ISSN 0930-861X

Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht

2/2013
27. Jahrgang
Seiten 105–215

Aus dem Inhalt

Absicherung der Pflegebedürftigkeit in der Schweiz
Iren Bischberger, Zürich/Hardy Landolt, St. Gallen

Die Bekämpfung ausbeuterischer Kinderarbeit – Völkerrechtlicher Rahmen und nationale Regulierungsansätze in Süd- und Südostasien
Markus Kaltenborn/Lukas Groß

Politics, Social Rights and Social Security Coordination in German-Croatian Relations since 1968
Stefan Stegner, München

A Trifle Too Much Fiscal Recitude in Australia?
Terry Carney, Sydney

Portugal in der Sozial- und Finanzkrise – Hilfe durch eine erweiterte Umsetzung der (Dienstleistungs-)Richtlinie 2006/123/EG mit dem Decreto – Lei 15/2013?
Eberhard Fedtke, Aachen/Braga

C.F. Müller

Iren Bischofberger, Zürich und Hardy Landolt, St. Gallen

Absicherung der Pflegebedürftigkeit in der Schweiz

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung
II. Grundlagen des Schweizerischen Pflegesicherungssystems
  A. Verfassungsmässige Grundlagen
  B. Duales Finanzierungssystem
III. Pflegebetriebssubventionen
  A. Allgemeines
  B. Behinderteneinrichtungen
  C. Pflegeheime
IV. Pflegesozialleistungen
  A. Geschichtliche Entwicklung
  B. Hilflosenentschädigung
    1. Allgemeines
    2. Hilflosigkeit
      a) Allgemeines
      b) Hilfe bei der Verrichtung von alltäglichen Lebensverrichtungen
      c) Überwachungsbedürftigkeit
      d) Pflegebedürftigkeit
        i. Dauernde oder besonders aufwendige Pflege
        ii. Intensivpflegebedürftigkeit
      e) Lebenspraktische Begleitung
    3. Hilflosigkeitsgrade
  C. Pflegeentschädigung
    1. Allgemeines
    2. Unfallversicherung
      a) Allgemeines
      b) Anerkannte Pflegeformen
      c) Anerkannte Pflegeleistungen
    3. Invalidenversicherung
      a) Allgemeines
      b) Anerkannte Pflegeformen
      c) Anerkannte Pflegeleistungen
        i. Medizinische Eingliederungsmassnahmen
        ii. Geburtsgebrechensversicherung
        iii. Intensivpflegezuschlag für Minderjährige
    4. Krankenversicherung
      a) Allgemeines
      b) Anerkannte Pflegeformen
        i. Spitalpflege
        ii. Heimpflege
        iii. Spitexpflege
        iv. Angehörigenpflege
      c) Anerkannte Pflegeleistungen
        i. Allgemeines
        ii. Abklärung, Beratung und Koordination
        iii. Behandlungspflege

255_hjrZeitschriftZIASHeft2_Signatur_1 10-02-2014, 14:45:18

iv. Grundpflege
D. Assistenzbeitrag
1. Allgemeines
2. Anspruchsvoraussetzung
3. Anerkannte Assistenzformen
4. Anerkannte Assistenzleistungen
E. Pflegehilfsmittel
1. Abgabe von Hilfsmitteln
2. Entschädigung für Dienstleistungen Dritter
F. Ergänzungsleistungen
1. Allgemeines
2. Jährliche Ergänzungsleistung
a) Anrechenbare Ausgaben
i. Hauspflege
ii. Heimpflege
b) Anrechenbare Einnahmen
3. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten
a) Allgemeines
b) Anerkannte Krankheits- und Behinderungskosten
c) Höchstbeträge
G. Betreuungsgutschriften
1. Allgemeines
2. Anspruchsvoraussetzungen
a) Anerkannte Angehörige
b) Qualifizierte Hilflosigkeit
c) Leichte Erreichbarkeit
H. Weitere Sicherungsinstrumente
1. Steuerabzüge
2. Kantonale Förderung der Angehörigenpflege
3. Sozialhilfe
V. Kritische Würdigung und zukünftige Lösungsansätze
A. Kritische Würdigung
B. Auf- und Ausbau neuer Lösungsansätze

Abkürzungsverzeichnis

AB	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung (N = Nationalrat; S = Ständerat)
Abs.	Absatz
AHI-Praxis	Rechtsprechung und Verwaltungspraxis in den Bereichen AHV, IV etc. (Bern)
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	BG über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (SR 831.10)
AJP	Aktuelle Juristische Praxis (St. Gallen)
ALV	Arbeitslosenversicherung
Art.	Artikel
ARV	Arbeitsrecht und Arbeitslosenversicherung
ATSG	BG über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (SR 830.1)

ATSV	Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002 (SR 830.11)
AVIG	BG über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung (AVIG) vom 25. Juni 1982 (SR 837.0)
BA-K	Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht (Basler Kommentar)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BE-K	Berner Kommentar
BeV	Berufliche Vorsorge
BG	Bundesgesetz
BGE	Entscheid des Schweizerischen Bundesgerichtes
BGer	Schweizerisches Bundesgericht
BGG	BG über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG) vom 17. Juni 2005
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung der Schweiz. Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
BVG	BG über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 (SR 831.40)
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
bzw.	beziehungsweise
CaseTex	Die juristische Datenbank im Haftpflicht-, Sozial- und Privatversicherungsrecht (von Prof. Dr. Roland Schaer; http://www.legalnet.ch)
CHF	Schweizer Franken
CHSS	Soziale Sicherheit (Bern)
cm	Zentimeter
d. h.	das heisst
DSG	BG über den Datenschutz (DSG) vom 19. Juni 1992 (SR 235.1)
E.	Erwägung
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (Strassburg)
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	BG über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 6. Oktober 2006 (SR 831.30)
EMRK	Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 (SR 0.101)
EO	Erwerbsersatzordnung
EOG	BG über die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee, Zivildienst und Zivilschutz (EOG) vom 25. September 1952 (SR 834.1)
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht (bis 31. Dezember 2006; in der Folge als Bundesgericht bezeichnet)
EVGE	Entscheidungen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
f./ff.	folgende
FamZG	BG über die Familienzulagen (Familienzulagengesetz, FamZG) vom 24. März 2006 (SR 836.2)
FL	Familienzulagen (allgemein und in der Landwirtschaft)
FLG	BG über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) vom 20. Juni 1952 (SR 836.1)
Fn.	Fussnote

hilljournal	Health Insurance and Liability Law, hilljournal.ch
HVA	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) vom 28. August 1978 (SR 831.135.1)
HVI	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) vom 29. November 1976 (SR 831.232.51)
HVUV	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung (HVUV) vom 18. Oktober 1984 (SR 832.205.12)
i. c.	in casu
IFEG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen
i. S.	im Sinne/in Sachen
i. S. v.	im Sinne von
i. V. m.	in Verbindung mit
IV	Invalidenversicherung
IVG	BG über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 (SR 831.20)
JdT	Journal des tribunaux
KSIH	Kreisschreiben (des Bundesamts für Sozialversicherungen) über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung
KSTI	Kreisschreiben (des Bundesamts für Sozialversicherungen) über die Taggelder in der Invalidenversicherung
KV	Krankenversicherung
KVG	BG über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10)
LIKP	Landesindex der Konsumentenpreise
lit.	litera
LSE	Lohnstrukturerhebung (des Bundesamtes für Statistik)
m. w. H.	mit weiteren Hinweisen
Mio.	Million(en)
MuV	Mutterschaftsversicherung
MV	Militärversicherung
MVG	BG über die Militärversicherung (MVG) vom 19. Juni 1992 (SR. 833.1)
MVV	Verordnung über die Militärversicherung vom 10. November 1993 (SR 833.11)
n. p.	nicht publiziert
N/N.	Note(n); Fussnote(n); Randnote(n)
Nr.	Nummer
NZZ	Neue Zürcher Zeitung (Zürich)
OHG	BG über die Hilfe an Opfer von Straftaten vom 23. März 2007 (SR 312.5)
OR	BG betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, Fünfter Teil: Obligationenrecht, vom 30. März 1911 (SR 220)
PartG	BG über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare (Partnerschaftsgesetz, PartG) vom 18. Juni 2004, SR 211.231
Praxis/Pra	Die Praxis des Bundesgerichts (Basel)

RKUV	Kranken- und Unfallversicherung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis (Bern)
RSKV	Krankenversicherung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis (Bern) (ab 1984: abgelöst durch RKUV)
Rn	Randziffer
S.	Seite
s.	siehe
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (des Bundesamt für Statistik)
seco	Staatssekretariat für Wirtschaft
SG	Sammelstelle Gerichtsentscheide, Haftpflicht- und Versicherungsrecht
sog.	sogenannt
SozVersGer	Sozialversicherungsgericht
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts (Systematische Rechtssammlung)
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0)
SVG	Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958 (SR 741.01)
SVR	Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung
SVZ	Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift (Bern)
SZS	Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherungsrecht und berufliche Vorsorge (Bern)
u. a.	und andere (s); unter anderem (anderen)
usw.	und so weiter
UV	Unfallversicherung
UVG	BG über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 (SR 832.20)
UVV	Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (SR 832.202)
v. a.	vor allem
VersGer	Versicherungsgericht
VG	BG über die Verantwortlichkeit des Bundes sowie seiner Behördemitglieder und Beamten vom 14. März 1958 (SR 170.32)
VGer	Verwaltungsgericht
vgl.	vergleiche
VUV	Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (Verordnung über die Unfallverhütung (VUV)) vom 19. Dezember 1983 (SR 832.20)
VVG	BG vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (SR 221.229.1)
VwVG	BG über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (SR 172.021)
z. B.	zum Beispiel
ZAK	Zeitschrift für die Ausgleichskassen (Bern) (ab 1993: abgelöst durch AHI-Praxis)
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)
ZH-K	Zürcher Kommentar
Ziff.	Ziffer

I. Einleitung

In der Schweiz hat sich in den vergangenen rund 150 Jahren seit der Gründung des Bundesstaates – im Unterschied zum restlichen Europa ohne Unterbruch durch Weltkriege – ein komplexes Nebeneinander von Gesetzeswerken zur sozialen Absicherung der Risiken Alter, Krankheit und Unfall etabliert. Dabei sind die gesetzlichen Grundlagen, Verfahren und Vergütungen historisch gewachsen und wurden stetig ausdifferenziert. Damit steigt der Bedarf der Koordination zwischen den Gesetzgebungen und der konsistenten Verwendung von Begriffen und Konzepten.

Alle drei Risiken sind von gesellschaftlichen Veränderungen geprägt, wie sie in allen westlichen Ländern zu beobachten sind. Dazu gehören insbesondere: heterogene familiale Strukturen, berufliche und soziale Mobilität, neue Erwerbsmuster insbesondere von Frauen, vermehrte chronische Krankheiten und steigende Lebenserwartung. Letzteres betrifft das biologische Alter, und hier deutlich längere behinderungsfreie Lebensjahre, aber auch steigende Gebrechlichkeit und entsprechender Hilfebedarf im hohen Alter[1]. Zudem steigt auch – unabhängig vom Lebensalter – die Langlebigkeit *mit* Gesundheitsbeeinträchtigung aufgrund von pharmazeutischen, technischen oder chirurgischen Fortschritten. Hier dürfte der Unterstützungsbedarf ebenfalls steigen, einschliesslich fachlicher Anleitung und Beratung der betroffenen Person(en) und der Koordination von Dienstleistungen insbesondere im Privathaushalt.

Vor diesem Hintergrund steigt die Anzahl von Personen mit geburtsbedingten Gebrechen, Hochaltrigkeit, Krankheit oder Unfallfolgen mit einem dauerhaften oder vorübergehenden Bedarf an Hilfe, Betreuung und Pflege. Die Schweizer Sozialversicherungsgesetzgebung unterscheidet hier beim Zustand der entsprechenden Person zwischen *Hilfe- und Betreuungsbedürftigkeit* sowie *Pflegebedürftigkeit*. Ersteres betrifft eine Person, wenn sie wenige oder alle Fähigkeiten verloren hat, um im Alltag für sich selber zu sorgen, etwa bei der Körperpflege oder beim Haushalten. Zweiteres beschreibt einen Zustand, aufgrund dessen pflegefachliche Hilfe nötig wird, insbesondere zur Anleitung, Beratung oder Durchführung von pflegerischen Massnahmen[2]. Pflegebedürftigkeit ist demnach ein Ausschnitt aus der gesamten Hilfebedürftigkeit[3].

Der Umfang der über 65jährigen pflegebedürftigen Personen wird in der Schweiz auf 115 000 bis 135 000 geschätzt, wobei nur diejenigen mit einem hohen Pflegebedarf erhoben wurden[4]. Es ist davon auszugehen, dass diese Zahl bis ins Jahr 2030 weiter steigen wird, je nach Szenario auf 170 000 bis 230 000 Personen[5]. Die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahre gibt vor allem funktionale Einschränkungen bei der Verrichtung von Haushaltsaufgaben an.

1 Vgl. Lieberherr et al., 2010.
2 Siehe Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV.
3 Vgl. Wingenfeld et al., 2011.
4 Vgl. Höpflinger/Hugentobler, 2005, S. 48.
5 Vgl. Vgl. Höpflinger et al., 2011, S. 10.

Dieser Anteil, und der Bedarf an Haushaltsunterstützung und bei alltäglichen Verrichtungen nimmt mit steigendem Alter exponentiell zu[6].

Die altersunabhängigen Leistungen zugunsten von hilfe- und pflegebedürftigen Erwachsenen in Privathaushalten, die von Angehörigen übernommen wurden, umfassten im Jahr 2004 rund 34 Millionen Stunden. Dazu kommen die informellen Hilfeleistungen von Privatpersonen für andere Haushalte. Hier engagieren sich 12 % der Frauen und 11 % der Männer und setzen dafür pro Jahr ungefähr 100 Millionen Stunden unbezahlt ein[7].

Das Risiko »Pflegebedürftigkeit« stellt eher ein *Sonderrisiko* dar und tritt relativ selten ein. Ereignet es sich aber, ist es mit hohen Kosten für Kantone, Gemeinden und Einzelne verbunden, einschliesslich Opportunitätskosten für die Angehörigen[8]. Hilfe und Pflege bei langdauernder funktionaler Einschränkung wird basierend auf hiesigen Versorgungsprinzipien vorwiegend vom Privathaushalt der betroffenen Person und deren Angehörigen geleistet[9].

Schliesslich sind nicht nur nachfrageseitig Veränderungen zu beobachten, sondern auch beim personellen Angebot der Leistungserbringer. Die Versorgung durch professionelle Fachkräfte ist in der Schweiz *nicht sichergestellt.* Im Jahr 2009 wurden nur zwei Drittel der benötigten Pflegefachkräfte bzw. 2400 Pflegefachkräfte zuwenig ausgebildet[10]. Die Prognosen gehen davon aus, dass bis 2020 rund 25 000 zusätzliche Pflegefachkräfte notwendig werden[11].

Die Phänomene Hilfe- und Betreuungsbedürftigkeit sowie Pflegebedürftigkeit und damit auch die Frage, wie die entsprechenden Kosten durch öffentliche und private Mittel zu finanzieren sind, wird sich daher im Verlauf der nächsten Jahre und Jahrzehnte in der Schweiz zu einer *zentralen gesellschaftlichen Aufgabe* entwickeln[12].

II. Grundlagen des Schweizerischen Pflegesicherungssystems

A. Verfassungsmässige Grundlagen

Die Bundesverfassung verpflichtet das Gemeinwesen (Bund und Kantone), sich in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und privater Initiative dafür einzusetzen, dass *jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege* erhält[13]. Bei dieser Verpflichtung handelt es sich weder um eine Kompetenznorm[14] noch um ein soziales Grundrecht, sondern lediglich um ein

6 Vgl. Lieberherr et al., 2010, S. 23 ff.
7 Vgl. Schön-Bühlmann, 2005. Diese Zahlen basieren auf der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE), bzw. aus dem Modul »Unbezahlte Arbeit«. Im diesem Bericht wird zwischen Pflege und Betreuung einerseits und informelle Pflege und Dienstleistungen andererseits unterschieden.
8 Vgl. Perrig-Chiello/Höpflinger, 2012, und Bischofberger, 2011.
9 Vgl. Höpflinger et al., 2011.
10 Vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK), 2009.
11 Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2009.
12 Siehe dazu auch die gesundheitspolitischen Prioritäten Gesundheit 2020 des Schweizerischen Bundesrates (http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/– zuletzt besucht am 23.07.2013).
13 Vgl. Art. 41 Abs. 1 lit. b BV.
14 Vgl. Art. 41 Abs. 3 BV.

Sozialziel[15]. Auch aus dem Sozialrecht gemäss Art. 12 BV (Recht auf Hilfe in Notlagen) kann kein Anspruch darauf abgeleitet werden, zuhause gepflegt zu werden[16].

Die Bundesverfassung weist dem Bund verschiedene Teilkompetenzen zur Regelung des Sozialversicherungsrechts zu[17]. Die sozialversicherungsrechtlichen Kompetenzen des Bundes bestehen namentlich in Bezug auf die sozialen Risiken Alter und Invalidität[18] sowie Krankheit und Unfall[19]. Der Bund verfügt allerdings nicht über eine umfassende Bundeskompetenz zur Regelung des Sozialversicherungsrechts schlechthin. Die Kantone sind entweder gestützt auf Artikel 3 BV, eine besondere Verfassungsbestimmung[20] oder eine vom Bund an sie delegierte Kompetenz[21] ebenfalls zum Erlass sozialversicherungsrechtlicher Normen berechtigt.

Pflegebedürftigkeit wird in den sozialversicherungsrechtlichen Kompetenznormen nicht als ein selbstständiger Anknüpfungsbegriff verwendet, weist aber mannigfaltige Gemeinsamkeiten mit anderen von der Verfassung anerkannten Tatbeständen[22] auf. Da Pflegebedürftigkeit immer eine Folge von Alter, Krankheit oder Unfall ist, besteht eine besonders enge Verflechtung mit diesen sozialen Risiken. Entsprechend ist der Bund primär zuständig zu entscheiden, ob und wie die Pflegekosten sozialversicherungsrechtlich zu decken sind. Die Kantone und Gemeinden demgegenüber sind primär für die Sicherstellung einer genügenden Pflegeversorgung verantwortlich.

B. Duales Finanzierungssystem

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich historisch gewachsen ein unübersichtliches duales System der Pflege- und Betreuungskostenfinanzierung entwickelt. Bund und Kantone gewähren im Rahmen einer *Subjektfinanzierung* den Pflegebedürftigen zahlreiche Vergütungen für Betreuungs- und Pflegeleistungen. Es handelt sich insbesondere um folgende Vergütungen: Hilflosenentschädigung (unter Einschluss eines Intensivpflegezuschlages und einer Entschädigung für lebenspraktische Begleitung)[23], Pflegeentschädigung[24], Pflegehilfsmittel und Entschädigung für Dienstleistungen Dritter[25] sowie Betreuungsgutschriften[26].

---

15 Vgl. Art. 41 Abs. 4 BV.
16 Vgl. Urteil BGer vom 17.06.2005 (2P.73/2005) E. 5.
17 Siehe z. B. Art. 59 Abs. 5 BV und Art. 112 ff. BV.
18 Vgl. Art. 112 f. BV.
19 Vgl. Art. 117 BV.
20 Vgl. Art. 114 Abs. 4 BV und Art. 115 BV.
21 Vgl. z. B. Art. 111 Abs. 3 BV.
22 Z. B. Alter (Art. 8 Abs. 2, 41 Abs. 2 und 111 BV), Behinderung bzw. Behinderte/r (Art. 8 Abs. 2 und 108 Abs. 4 BV), Betagte/r (Art. 108 Abs. 4 und 112 Abs. 4 BV), Bedürftige (Art. 108 Abs. 4 und 115 BV), Invalidität bzw. Invalide/r (Art. 41 Abs. 2, 111 und 112 Abs. 6 BV), Krankheit bzw. Geisteskrankheit (Art. 41 Abs. 2, 117, 118 Abs. 2 lit. b, 119 Abs. 2 lit. c und Art. 136 Abs. 1 BV), Unfall (Art. 41 Abs. 2, und117 BV) sowie Existenzbedarf (Art. 112 Abs. 2 lit. b BV und 10. Übergangsbestimmung BV).
23 Infra Rn. 32 ff.
24 Infra Rn. 62 ff.
25 Infra Rn. 124 ff.
26 Infra Rn. 156 ff.

Ergänzend sehen Bund und Kantone eine *Objektfinanzierung* von Behinderteneinrichtungen[27], Pflegebetrieben[28] und Hilfsorganisationen[29] vor. Je nachdem, ob die Subvention vom individuellen Betreuungsaufwand des Pflegebedürftigen abhängt oder nicht, spricht man von einer subjektorientierten Objektfinanzierung (mitunter auch indirekte oder unechte Subjektfinanzierung genannt) oder einer reinen Objektfinanzierung. Die Kantone können in den Bereichen, in denen sie zur Finanzierung der durch Versicherungsleistungen nicht gedeckten Heim-[30] bzw. Pflegekosten[31] verpflichtet sind, wählen, ob sie eine Objekt- oder (unechte) Subjektfinanzierung vorsehen wollen[32].

III. Pflegebetriebssubventionen

A. Allgemeines

Sowohl die stationären als auch die ambulanten Pflegebetriebe werden vom Staat subventioniert. Bei den stationären Pflegebetrieben ist zwischen *Spitälern* i. S. v. Art. 39 Abs. 1 KVG, *Pflegeheimen* i. S. v. Art. 39 Abs. 3 KVG und *anderen Heimen*, insbesondere *Behinderteneinrichtungen* i. S. v. Art. 3 IFEG[33] zu unterscheiden[34]. Die ambulanten Pflegebetriebe sind entweder Spitex-Organisationen[35] oder freiberuflich tätige Pflegefachpersonen[36].

Die Finanzierung des Aufenthalts in einem Pflegeheim und in einer Behinderteneinrichtung richtet sich nach *unterschiedlichen Grundsätzen*. Das kantonale Recht sieht denn auch je Erlasse für Pflegeheime und Behinderteneinrichtungen vor[37]. Für Behinderteneinrichtungen, die ausnahmsweise gleichzeitig auf der Pflegeheimliste geführt werden, finden ausschliesslich die Vorschriften des IFEG und die dazu ergangene kantonale Ausführungsgesetzgebung Anwendung[38].

---

27 Siehe dazu infra Rn. 16 ff.

28 Vgl. Art. 25a KVG und infra Rn. 21 ff.

29 Vgl. Art. 74 IVG und Art. 17 Abs. 1 ELG.

30 Vgl. Art. 13 Abs. 2 ELG.

31 Vgl. Art. 25a Abs. 5 KVG.

32 Vgl. BGE 138 V 481 = Pra 2013 Nr. 31 E. 5.3.

33 Gemäss Art. 3 IFEG gelten als Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen:
- Werkstätten, die dauernd intern oder an dezentral ausgelagerten Arbeitsplätzen invalide Personen beschäftigen, die unter üblichen Bedingungen keine Erwerbstätigkeit ausüben können,
- Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen für invalide Personen,
- Tagesstätten, in denen invalide Personen Gemeinschaft pflegen und an Freizeit- und Beschäftigungsprogrammen teilnehmen können.

34 Art. 25a ELV unterscheidet nicht zwischen Pflegeheim und Behinderteneinrichtung. Als Heim gilt jede Einrichtung, die von einem Kanton als Heim anerkannt wird oder über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügt. Hat die IV-Stelle eine versicherte Person im Zusammenhang mit der Gewährung einer Hilflosenentschädigung als Heimbewohnerin im Sinne von Artikel 42ter Absatz 2 IVG eingestuft, so gilt sie auch für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen als Heimbewohnerin.

35 Vgl. Art. 51 KVV.

36 Vgl. Art. 49 KVV.

37 Exemplarisch zum Beispiel der Kanton Zürich: Pflegegesetz vom 27.09.2010 (855.1) und Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22.11.2010 (855.11) sowie Gesetz über Invalideneinrichtungen für erwachsene Personen (IEG) vom 01.10.2007 (855.2) und Verordnung über Invalideneinrichtungen für erwachsene Personen (IEV) vom 12.12.2007 (855.21).

38 Vgl. z. B. § 1 Abs. 2 des zürcherischen Pflegegesetzes vom 27.09.2010 (855.1).

B. Behinderteneinrichtungen

Die Behinderteneinrichtungen wurden bis zum In-Kraft-Treten des Neuen Finanzausgleichs am 1. Januar 2008 durch den Bund gestützt auf Art. 74 f. IVG und die Kantone subventioniert. Die Kantone sind seit 1. Januar 2011 verpflichtet, für die auf ihrem Gebiet befindlichen Heime und Behinderteneinrichtungen eine Versorgungs- und Subventionierungsregelung zu implementieren[39]. Die für eine *Behinderteneinrichtung* geltenden Finanzierungsgrundsätze sind im *Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG)* und subsidiär dem kantonalen Recht geregelt.

Das IFEG sieht in Artikel 7[40] eine *Kostenbeteiligung des Wohnsitzkantons* des Behinderten vor, der sich in einer anerkannten Institution aufhält, und zwar unabhängig davon, ob sich die Behinderteneinrichtung in- oder ausserhalb des Wohnkantons befindet. Die Kostenbeteiligung muss so hoch sein, dass »keine invalide Person wegen dieses Aufenthaltes Sozialhilfe benötigt«[41]. Sieht das kantonale Recht die Kostenbeteiligung durch Subventionen an anerkannte Institutionen oder an invalide Personen vor, so muss ein Rechtsanspruch auf diese Subventionen gewährleistet sein[42].

Die Details der Kostenbeteiligung werden in der *Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) vom 13. Dezember 2002* (Stand 1. Januar 2008) geregelt[43], die an Stelle der Interkantonalen Vereinbarung über Vergütungen an Betriebsdefizite und die Zusammenarbeit zu Gunsten von Kinder- und Jugendheimen sowie von Behinderteneinrichtungen (Heimvereinbarung) vom 2. Februar 1984 getreten ist[44]. Die IVSE bezweckt, die Aufnahme von Personen mit besonderen Betreuungs- und Förderungsbedürfnissen in geeigneten Einrichtungen ausserhalb ihres Wohnkantons ohne Erschwernisse zu ermöglichen, und ist nur auf interkantonale Sachverhalte anwendbar[45].

---

39 Vgl. Art. 10 IFEG.

40 Art. 7 IFEG lautet:
1 Die Kantone beteiligen sich soweit an den Kosten des Aufenthalts in einer anerkannten Institution, dass keine invalide Person wegen dieses Aufenthaltes Sozialhilfe benötigt.
2 Findet eine invalide Person keinen Platz in einer von ihrem Wohnsitzkanton anerkannten Institution, die ihren Bedürfnissen in angemessener Weise entspricht, so hat sie Anspruch darauf, dass der Kanton sich im Rahmen von Absatz 1 an den Kosten des Aufenthalts in einer anderen Institution beteiligt, welche die Voraussetzungen nach Artikel 5 Absatz 1 erfüllt.

41 Vgl. Art. 7 Abs. 1 IFEG.

42 Vgl. Art. 8 IFEG.

43 Siehe dazu *http://www.sodk.ch/ueber-die-sodk/ivse.html* (zuletzt besucht am 05.12.2013).

44 Siehe ferner das bis zum 31.12.2010 geltende Kreisschreiben über die Gewährung von Betriebsbeiträgen an Wohnheime, kollektive Wohnformen und Tagesstätten für Behinderte (Wohnheim-Kreisschreiben [KSWH], gültig ab 01.01.2007).

45 Ein interkantonaler Sachverhalt liegt vor, wenn eine invalide Person vor ihrem Eintritt in eine Behinderteneinrichtung ihren zivilrechtlichen Wohnsitz nicht in dem Kanton gehabt hat, in dem sich die Einrichtung befindet. Im innerkantonalen Verhältnis dagegen gelten die Bestimmungen des kantonalen und kommunalen Rechts sowie die bundesrechtlichen Vorgaben. Vgl. Kommentar der Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren zur Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) (gültig ab 01.01.2008, abrufbar unter *http://www.sodk.ch/ueber-die-sodk/ivse/regelwerke.html* [zuletzt besucht am 05.12.2013]) zu Artikel 1 IVSE.

Das IFEG schreibt den Kantonen nicht vor, ob *Versicherungsleistungen oder Subventionen* vorzusehen sind. Festgehalten wird lediglich, dass ein *Rechtsanspruch auf Subventionen* gewährleistet sein muss, wenn das kantonale Recht die Kostenbeteiligung durch Subventionen an anerkannte Institutionen oder an invalide Personen vorsieht[46]. Damit die Unterbringung von Geschädigten in geeigneten Institutionen sichergestellt ist, verpflichtet der Bundesgesetzgeber die Kantone, ein Bedarfs- und Behindertenkonzept zu erstellen, und den Wohnsitzkanton, im inner- und ausserkantonalen Verhältnis eine Kostenbeteiligung zu erbringen[47].

Bei einem *Aufenthalt in einer ausserkantonalen Behinderteneinrichtung* besteht gemäss Art. 28 Abs. 2 IVSE eine Kostenbeteiligungspflicht der Pflegebedürftigen. Sie haben die Kosten der Leistungsabgeltung teilweise oder vollständig aus ihrem Einkommen und aus Anteilen des Vermögens zu tragen. Die Berechnung der Kostenbeteiligung erfolgt dabei nach den im Wohnsitz- und nicht den im Standortkanton geltenden Regeln[48].

C. Pflegeheime

Gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG gelten Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der *Pflege und medizinischen Betreuung*[49] *sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten* dienen, als »Pflegeheim«. Heime, bei denen nicht primär Pflege und medizinische Betreuung oder Rehabilitation, sondern eine nicht-medizinische Betreuung im Vordergrund steht, werden von Art. 39 Abs. 3 KVG nicht erfasst. Darunter fallen insbesondere Altersheime ohne Pflegestationen oder Wohnheime für hilfsbedürftige Personen, nicht aber Hospize, die der medizinischen und palliativen Betreuung schwerstkranker Versicherten dienen, die nahe am Lebensende sind[50].

Pflegeheime sind aber nur dann zu Lasten der Krankenversicherung anerkannt, wenn sie die Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 KVG erfüllen[51]. Das fragliche Pflegeheim muss über eine genügende ärztliche Betreuung[52], erforderliches Fachpersonal[53] und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen[54], der inner- bzw. interkantonalen Bedarfsplanung entsprechen und zudem einen Leistungsauftrag erhalten haben bzw. auf der kantonalen Pflegeheimliste erwähnt sein[55].

Die für ein Pflegeheim geltenden *Finanzierungsgrundsätze* sind im KVG/KLV und subsidiär im kantonalen Recht geregelt. Es wird dabei zwischen den

46 Vgl. Art. 8 IFEG.
47 Vgl. Art. 2 und 7 IFEG.
48 Vgl. Art. 28 Abs. 3 IVSE.
49 Die Pflege und medizinische Betreuung umfassen nicht nur die Behandlungs-, sondern auch die allgemeine und sozio-psychiatrische Grundpflege (vgl. Art. 7 Abs. 2 KLV).
50 Vgl. Urteil EVG vom 19.12.2001 (K 77/00) E. 3b.
51 Vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG.
52 Vgl. RSKV 1979, S. 277.
53 Vgl. 107 V 54 E. 2a und RSKV 1979, S. 277.
54 Siehe dazu BGE 115 V 38 E. 9b/aa und 107 V 54 E. 1 und 2.
55 Vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG.

Pflege- und den Pensionskosten unterschieden. Die *Pensionskosten* tragen der Pflegebedürftige und der Kanton, in welchem sich das Pflegeheim befindet. Die Tragung der *Pflegekosten* richtet sich nach Art. 25a KVG. Besagte Bestimmung sieht vor, dass die Krankenversicherer lediglich einen Beitrag an die Heim- und Spitexpflegekosten leisten[56], der Pflegebedürftige maximal 20 % des maximalen Pflegebeitrages trägt und die übrigen Pflegekosten vom Kanton zu übernehmen sind[57]. Es obliegt den Kantonen zu entscheiden, ob der maximale Pflegekostenselbstbehalt verrechnet wird oder nicht. Vereinzelte Kantone, so z. B. der Kanton Zürich, haben entschieden, in Nachachtung des Grundsatzes »ambulant vor stationär« bei einer Hauspflege, d. h. der Pflege und Betreuung im Privathaushalt, die Hälfte der Selbstkostenbeteiligung zu übernehmen[58].

Von der Heim- und Spitexpflege zu unterscheiden sind die Spital- sowie die Akut- und Übergangspflege. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet[59]. Diese sehen vor, dass die Pflegekosten im Verhältnis 55 % zu Lasten des Wohnsitzkantons und 45 % zu Lasten der Krankenversicherer aufgeteilt werden[60].

IV. Pflegesozialleistungen

A. Geschichtliche Entwicklung

Die Sorgepflicht des Staates für »Hülflose« ist jedoch nicht neu, sondern seit Anbeginn des schweizerischen Bundesstaates anerkannt. Bereits im »Pensionsgesetz« vom 7. August 1852 – dem Vorläufer des späteren Militärversicherungsgesetzes – wurden Versicherungsleistungen zu Gunsten von »Hülflosen« vorgesehen. Nachdem der Bund zur Regelung der Kranken- und Unfallversicherung als kompetent erklärt wurde, stellte sich nicht nur in der Militärversicherung, sondern die grundsätzliche Frage, welche Versicherungsleistungen den »Hülflosen« zuerkannt werden sollten.

Im Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluss der Militärversicherung vom 5. Oktober 1899[61] wurde vorgesehen, im Falle gänzlicher Hülflosigkeit das Krankengeld auf 100 % zu erhöhen[62].

---

56 Vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG. Der ab 1. Januar 2011 geltende Pflegeheimtarif sieht zwölf Bedarfsstufen bzw. eine monatliche Vergütung von CHF 270,– (Tarifstufe 1: täglicher Pflegebedarf bis 20 Minuten) bis CHF 3240,– (Tarifstufe 12: täglicher Pflegebedarf über 220 Minuten) vor (vgl. Art. 7a Abs. 3 KLV).

57 Vgl. Art. 25a Abs. 5 KVG.

58 Vgl. z. B. § 9 Abs. 2 Pflegegesetz vom 27.09.2010 (Kanton Zürich).

59 Vgl. Art. 25a Abs. 2 KVG.

60 Vgl. Art. 49a Abs. 2 KVG.

61 Siehe BBl 1899 IV 61.

62 Ähnlich Art. 24 Abs. 9 und Art. 29 Abs. 2 Bundesgesetz betreffend Versicherung der Militärpersonen gegen Krankheit und Unfall vom 28. Juni 1901 = BBl 1901 III 65.

Die »Hülflosenzusatzrente« wurde später ins Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911[63] überführt, dessen Artikel 77 im ersten Absatz eine Erhöhung der Rente von 70 % auf 100 % des versicherten Jahresverdienstes vorsah, wenn der Versicherte »derart hülflos ist, dass er besonderer Wartung und Pflege« bedarf.

Eine ähnliche Regelung wurde in Artikel 26 des Bundesgesetzes über die Militärversicherung vom 23. Dezember 1914[64] für das Krankengeld statuiert. Das Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 20. September 1949[65] sah in Artikel 42 ebenfalls eine Erhöhung von Krankentaggeld und Invalidenpension vor und stipulierte zudem eine »angemessene Entschädigung», wenn die »Hilflosigkeit besondere Aufwendungen notwendig macht».

Damit war das Terrain für die Hilflosenentschädigung vorbereitet. Im Zusammenhang mit dem Erlass des IVG wurde heftig darüber debattiert, ob eine Hilflosenentschädigung generell für alle Hilfsbedürftigen eingeführt und ein eigentlicher Rechtsanspruch oder nur eine Ermessensleistung vorgesehen werden soll. Der Bundesrat schlug gezielte, nach Ermessen festzusetzende Fürsorgeleistungen statt feste Entschädigungen vor, weil erstere den Verhältnissen des einzelnen Falles besser gerecht werden[66].

Im Verlauf der parlamentarischen Beratungen entschieden sich die eidgenössischen Räte, entgegen des Bundesrates, einen Rechtsanspruch auf eine Hilflosenentschädigung vorzusehen. Artikel 76 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 begründete die bis heute nachwirkenden Grundsätze der Hilflosenentschädigung. Mit dem Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 5. Oktober 1967 wurde der Hilflosenentschädigungsanspruch auf in der Schweiz wohnhafte Versicherte eingeschränkt und zudem die zentrale Anspruchsvoraussetzung der Hilflosigkeit wie folgt definiert: »Als hilflos gilt, wer wegen der Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf«[67].

Mit dem Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 4. Oktober 1968 wurde ein Jahr später auch ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung in der AHV eingeführt. Artikel 43bis gewährte diesen Anspruch den in der Schweiz wohnhaften Bezügern einer Altersrente, wenn sie in schwerem Grade hilflos sind. Das einschränkende Kriterium der schweren Hilflosigkeit wurde in den Folgejahren zwar gelockert. Eine leichte Hilflosigkeit vermittelt allerdings erst seit der neuen Pflegefinanzierung, die am 1. Januar 2011 in Kraft trat, einen Anspruch

63 Vgl. BBl 1911 III 523.
64 Siehe BBl 1915 I 45.
65 Vgl. BBl 1949 II 509.
66 Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung und eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 24. Oktober 1958 = BBl 1958 II 1137, 1223.
67 Art. 42 Abs. 2 aIVG (1967).

auf eine Hilflosenentschädigung, allerdings nur denjenigen Altersrentnern, die sich nicht in einem Heim aufhalten[68].

In der Unfallversicherung galt weiterhin die Hilflosenzusatzrente. Eine eigentliche Hilflosenentschädigung wurde erst im Zusammenhang mit der Totalrevision Anfang der 1980er Jahre angedacht. Die unfallversicherungsrechtliche Hilflosenentschädigung wurde schliesslich in den Artikeln 26, 27 und 41 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 festgeschrieben.

B. Hilflosenentschädigung

1. Allgemeines

Die Hilflosenentschädigung der IV, AHV und UV stellt eine Geldleistung dar[69], die hilflose Personen erhalten. Die Hilflosenentschädigung der AHV/IV wird ausschliesslich vom Bund finanziert[70] und nur Versicherten mit Wohnsitz[71] und gewöhnlichem Aufenthalt[72] in der Schweiz gewährt[73]. Aus schweizerischer Sicht gehören die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV zu den beitragsunabhängigen Sonderleistungen und unterliegen nicht der Exportpflicht[74]. Dieser unterliegt demgegenüber die Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung, da diese prämienfinanziert ist und zudem in Ziffer II des Protokolls zum Anhang II FZA nicht explizit von der Exportpflicht ausgenommen wird.

Der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung der IV entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind[75]. Die Hilflosenentschädigung wird frühestens ab der Geburt gewährt[76]. Bei Versicherten, welche das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entsteht der Anspruch, sobald voraussichtlich während mehr als zwölf Monaten eine Hilflosigkeit besteht[77]. Weil der Beginn des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung im heutigen Zeitpunkt[78] im Verhältnis Unfallversicherung – IV koordiniert ist[79], kann die Situation nicht mehr entstehen, dass zunächst eine Hilflosenentschädigung von der IV zu beanspruchen ist, bis – in einem späteren Zeitpunkt – der Anspruch gegenüber der Unfallversicherung entsteht.

---

68 Vgl. Art. 43bis Abs. 2 AHVG.
69 Vgl. Art. 15 ATSG.
70 Vgl. Art. 77 Abs. 2 IVG.
71 Vgl. Art. 13 Abs. 1 ATSG.
72 Vgl. Art. 13 Abs. 2 ATSG.
73 Vgl. Art. 43bis Abs. 1 AHVG und Art. 42 Abs. 1 IVG.
74 Vgl. dazu BGE 132 V 423.
75 Vgl. Art. 35 Abs. 1 IVV.
76 Vgl. Art. 42 Abs. 4 IVG.
77 Vgl. Art. 42bis Abs. 3 IVG.
78 Vgl. für den früheren Rechtszustand BGE 124 V 166.
79 Vgl. BGE 133 V 41.

2. Hilflosigkeit

a) Allgemeines

Der Anspruch entsteht bei Eintritt einer Hilflosigkeit[80]. Eine Person gilt als hilflos, wenn sie wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf[81]. Die spezifischen Ausführungsbestimmungen erwähnen neben der *Hilfe bei der Verrichtung von alltäglichen Lebensverrichtungen* und der *persönlichen Überwachung* auch die *Pflege* und die *lebenspraktische Begleitung*[82].

b) Hilfe bei der Verrichtung von alltäglichen Lebensverrichtungen

Die alltäglichen Lebensverrichtungen betreffen sechs Bereiche[83]:

- Ankleiden und Auskleiden (inkl. allfälliges Anziehen oder Ablegen der Prothese),
- Aufstehen, Absitzen und 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), und
- Fortbewegung (in der Wohnung, im Freien, Pflege gesellschaftlicher Kontakte).

Für die Hilfsbedürftigkeit in einer Lebensverrichtung mit mehreren Teilfunktionen ist nicht verlangt, dass der Versicherte bei allen oder bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr genügt es, wenn er bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf Dritthilfe angewiesen ist[84]. In diesem Sinne ist die Hilfe beispielsweise bereits erheblich:

- beim Essen, wenn der Versicherte zwar selber essen, die Speisen aber nicht zerkleinern kann, oder wenn er die Speisen nur mit den Fingern zum Mund führen kann[85];
- bei der Körperpflege, wenn der Versicherte sich nicht selber waschen oder kämmen oder rasieren oder nicht selber baden bzw. duschen kann;
- bei Fortbewegung und Kontaktaufnahme, wenn der Versicherte im oder ausser Hause sich nicht selber fortbewegen kann oder wenn er bei der Kontaktaufnahme Dritthilfe benötigt[86].

---

80 Art. 37 UVV, der den Beginn des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung an den Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs knüpft, ist verfassungs- und gesetzwidrig (vgl. BGE 133 V 42 E. 3).

81 Vgl. Art. 9 ATSG.

82 Vgl. z. B. Art. 37 IVV und Art. 38 UVV.

83 Statt vieler BGE 121 V 88 E. 3a.

84 Vgl. BGE 117 V 146 E. 2.

85 Vgl. BGE 106 V 158 E. 2b.

86 Vgl. BGE 121 V 88 E. 3c.

Die Rechtsprechung differenziert bei der Hilfe in Bezug auf alltägliche Lebensverrichtungen zwischen *direkter und indirekter Dritthilfe*. Eine indirekte Dritthilfe besteht in einer Überwachung des Versicherten bei der Vornahme der relevanten Lebensverrichtungen, indem etwa die Drittperson ihn auffordert, eine Lebensverrichtung vorzunehmen, die er wegen seines psychischen oder kognitiven Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde[87].

c) Überwachungsbedürftigkeit

Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen der »persönlichen Überwachung«[88] und der »dauernden persönlichen Überwachung«[89]. Eine schwere Hilflosigkeit liegt nur vor, wenn der Versicherte in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf[90]. Eine leichte Hilflosigkeit demgegenüber setzt unter anderem eine dauernde persönliche Überwachung oder eine besonders aufwendige Pflege voraus[91].

Im Übrigen wertet der Verordnungsgeber eine *dauernde persönliche Überwachungsbedürftigkeit* als gleichwertig mit einem Hilfsbedarf in Bezug auf zwei der sechs oben genannten alltäglichen Lebensverrichtungen bzw. als leichte Hilflosigkeit[92]. Entsprechend genügt für die Annahme einer mittelschweren Hilflosigkeit, wenn ein Hilfsbedarf statt in Bezug auf vier nur bei zwei alltäglichen Lebensverrichtungen besteht, dafür aber eine dauernde persönliche Überwachung notwendig ist[93]. Dass der Verordnungsgeber die dauernde persönliche Überwachungsbedürftigkeit nur als leichte und nicht per se als mittlere Hilflosigkeit qualifiziert, ist verfassungs- und gesetzeskonform[94].

Eine dauernde persönliche Überwachungsbedürftigkeit i. S. v. Art. 37 Abs. 2 lit. b IVV bzw. Art. 38 Abs. 3 lit. b UVV erfordert eine über die bloss *minimale Überwachungsbedürftigkeit* i. S. v. Art. 37 Abs. 1 IVV und Art. 38 Abs. 2 UVV hinausgehende *qualifizierte Überwachungsbedürftigkeit*[95]. Bei der dauernden persönlichen Überwachung handelt es sich demgegenüber um eine Art medizinischer oder pflegerischer Hilfeleistung, welche infolge des physischen, geistigen oder psychischen Zustandes des Versicherten notwendig ist[96]. Das Erfordernis der Dauerhaftigkeit bedingt nicht, dass die betreuende Person ausschliesslich an die überwachte Person gebunden ist, und hat

87 Vgl. z. B. BGE 133 V 472 E. 5.1, 121 V 88 E. 3c sowie 107 V 145 E. 1c und 136 E. 1b.
88 Vgl. Art. 37 Abs. 1 IVV und Art. 38 Abs. 2 UVV.
89 Vgl. Art. 37 Abs. 3 lit. b IVV und Art. 38 Abs. 4 lit. b UVV.
90 Vgl. Art. 37 Abs. 1 IVV.
91 Vgl. Art. 37 Abs. 3 IVV und Art. 38 Abs. 4 UVV.
92 Vgl. Art. 37 Abs. 3 IVV und Abs. 38 Abs. 4 UVV.
93 Vgl. Art. 38 Abs. 3 UVV.
94 Vgl. z. B. BGE 130 V 61 E. 4.1 und 121 V 90 E. 3b sowie Urteil EVG vom 09.08.2004 (H 66/04) E. 5.1.
95 Vgl. BGE 107 V 145 E. 1d.
96 Vgl. Urteil BGer vom 05.03.2009 (8C_912/2008) E. 3.2.3 sowie ferner BGE 107 V 136 E. 1b und ZAK 1990, 44 E. 2c.

auch nicht die Bedeutung von »rund um die Uhr», sondern ist als Gegensatz zu »vorübergehend« zu verstehen[97].

Eine solche Hilfeleistung liegt vor, wenn eine Drittperson beim Aufstehen in der Nacht anwesend sein muss. Dies trifft insbesondere zu für die elterliche Hilfe, den Versicherten nach Erwachen in der Nacht aufzufordern, sich wieder hinzulegen und weiterzuschlafen[98], und für die Überwachung der Nahrungsaufnahme bei einem Versicherten, der am Prader-Labhart-Willi-Syndrom (PWS) erkrankt ist und an Polyphagie (krankhaft gesteigerte Nahrungsaufnahme infolge Fehlens eines Sättigungsgefühls) leidet[99]. Diese Form der Überwachung geht über die Hilfsbedürftigkeit im Rahmen der Teilfunktion »Aufstehen/Abliegen« hinaus[100].

Bei einem *Tetraplegiker* ist irrelevant, ob eine qualifizierte Überwachungsbedürftigkeit vorliegt, da in aller Regel eine dauernde Pflegebedürftigkeit ohne weiteres als gegeben betrachtet werden kann[101]. Die Hilfe bei der Einnahme von *Medikamenten* kann sowohl als dauernde Pflegebedürftigkeit[102] als auch als Überwachungsbedürftigkeit qualifiziert werden[103]. Das tägliche Aufreissen einer Medikamentenverpackung für einen Versicherten begründet eine dauernde Pflegebedürftigkeit[104]. Eine rund fünfzehnminütige Überwachung bei der täglichen Medikamenteneinnahme stellt keine dauernde persönliche Überwachung dar[105].

d) Pflegebedürftigkeit

i. Dauernde oder besonders aufwendige Pflege

Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen einer »dauernden Pflege»[106] und einer »besonders aufwendigen Pflege»[107]. Eine schwere Hilflosigkeit liegt nur vor, wenn der Versicherte in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf[108]. Eine leichte Hilflosigkeit demgegenüber setzt unter anderem eine dauernde persönliche Überwachung oder einer ständigen und besonders aufwendige Pflege voraus[109].

Bei der Voraussetzung einer »dauernden Pflege« handelt es sich um eine Art medizinischer oder pflegerischer Hilfeleistung, welche infolge des physischen, psychischen und kognitiven Zustandes der versicherten Person notwendig ist. Unter den Begriff der Pflege fällt zum Beispiel die Notwendigkeit,

97 Vgl. BGE 107 V 136 E. 1b und ZAK 1990, 44 E. 2c.
98 Vgl. Urteil EVG vom 06.10.2005 (I 72/05) E. 3.1.
99 Vgl. Urteil EVG vom 15.12.2003 (I 104/01) E. 4.
100 Vgl. ZAK 1987, 247.
101 Vgl. Urteil BGer vom 19.06.2007 (U 595/06) E. 3.2.2.
102 Vgl. Urteil EVG vom 03.09.2003 (I 214/03) E. 4.
103 Vgl. Urteil BGer vom 23.09.2003 (I 360/03) E. 4.1.
104 Vgl. Urteil EVG vom 03.09.2003 (I 214/03) E. 4.
105 Vgl. Urteil EVG vom 21.11.2006 (H 4/06) E. 4.2.
106 Vgl. Art. 37 Abs. 1 IVV und Art. 38 Abs. 2 UVV.
107 Vgl. Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV und Art. 38 Abs. 4 lit. c UVV.
108 Vgl. Art. 37 Abs. 1 IVV.
109 Vgl. Art. 37 Abs. 3 IVV und Art. 38 Abs. 4 UVV.

täglich Medikamente zu verabreichen oder eine Bandage anzulegen. »Dauernd« hat dabei nicht die Bedeutung von »rund um die Uhr», sondern ist als Gegensatz zu »vorübergehend« zu verstehen[110].

»Besonders aufwendig« ist die Pflege, wenn sie einen grossen Zeitaufwand erfordert, besonders hohe Kosten verursacht oder 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[111]. Ein täglicher Pflegeaufwand von 2 bis 2 ½ Stunden ist sicher dann als besonders aufwendige Pflege zu qualifizieren, wenn erschwerende qualitative Momente mit zu berücksichtigen sind[112]. Besonders aufwendig ist schliesslich auch der Umstand zu qualifizieren, wenn Eltern des Versicherten jeden Tag einen Dialysewechsel gegen Mitternacht vorzunehmen haben und aus diesem Grunde entweder ihren Schlaf unterbrechen oder das Zubettgehen bis dahin verschieben müssen[113].

ii. Intensivpflegebedürftigkeit

Die Invalidenversicherung gewährt minderjährigen Versicherten einen Intensivpflegezuschlag[114]. Der Gesetzestext selbst nennt die »intensive Betreuung« und nicht eine irgendwie geartete »Pflege« als Leistungstatbestand[115]. Der Verordnungsgeber konkretisiert die Betreuung dahingehend, dass auch der »Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters« anrechenbar ist[116]. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch Pflegefachpersonen vorgenommen werden, sowie für pädagogisch-therapeutische Massnahmen[117].

Eine intensive Betreuung liegt dabei vor, wenn der anrechenbare Mehrbedarf im Tagesdurchschnitt mindestens vier Stunden ausmacht. 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[118].

Der monatliche Intensivpflegezuschlag beträgt bei einem invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens 8 Stunden pro Tag 60 %, bei einem solchen von mindestens 6 Stunden pro Tag 40 % und bei einem solchen von mindestens 4 Stunden pro Tag 20 % des Höchstbetrages der Altersrente[119]. Der Zuschlag berechnet sich pro Tag und macht per 1. Januar 2013

110 Vgl. BGE 116 V 48 E. 6b.
111 Vgl. Rn. 8057 KSIH.
112 Vgl. Urteile BGer vom 31.05.2005 (I 565/04) E. 4.2.1 und vom 07.11.2001 (I 633/00) E. 1.
113 Vgl. Urteil BGer vom 31.05.2005 (I 565/04) E. 4.2.1.
114 Vgl. Art. 42ter Abs. 3 IVG und Art. 39 IVV.
115 Vgl. Art. 42ter Abs. 3 IVG.
116 Vgl. Art. 39 Abs. 2 IVV.
117 Vgl. Art. 39 Abs. 2 IVV.
118 Vgl. Art. 39 Abs. 3 IVV.
119 Vgl. Art. 42ter Abs. 3 IVG.

CHF 15,60 (ab vier Stunden), CHF 31,20 (ab sechs Stunden) und CHF 46,80 (ab acht Stunden) aus.

e) Lebenspraktische Begleitung

Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Gesundheitsbeeinträchtigung dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Die Entschädigung für lebenspraktische Begleitung stellt ein »zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe«[120] für *psychisch, physisch und geistig Behinderte* dar[121]. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor[122].

Diese Versicherungsleistung steht volljährigen versicherten Personen zu, die ausserhalb eines Heimes leben[123] und unter das IVG fallen. Verunfallte Versicherte, die sowohl eine Hilflosenentschädigung nach IVG und nach UVG beanspruchen könnten, erhalten ausschliesslich die Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung[124], bei der ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung nicht berücksichtigt wird[125]. *Altersrentner*, die auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind, erhalten ebenfalls keine Entschädigung für lebenspraktische Begleitung. Dieser Ausschluss stellt keine verfassungswidrige Altersdiskriminierung dar[126].

Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor[127]. Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung i. S. v. Art. 42 Abs. 3 IVG liegt vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht *selbstständig wohnen* kann, für *Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung* auf Begleitung einer Drittperson angewiesen oder ernsthaft gefährdet ist, sich *dauernd von der Aussenwelt zu isolieren*[128]. Zu berücksichtigen ist nur diejenige lebenspraktische Begleitung, die regelmässig und im Zusammenhang mit den vorerwähnten Situationen erforderlich ist[129].

---

120 BGE 133 V 450 E. 9.

121 Vgl. Urteile BGer vom 23.10.2007 (I 317/06) E. 4.3.2, vom 23.07.2007 (I0211/05) E. 2.2.3 und vom 17.10.2005 (I 528/05) E. 1.

122 Vgl. Art. 42 Abs. 3 IVG.

123 Vgl. Art. 42bis Abs. 5 IVG und Art. 38 Abs. 1 IVV.

124 Vgl. Art. 66 Abs. 3 ATSG. Der Versicherte kann von der AHV oder der IV den Betrag der Hilflosenentschädigung beanspruchen, den diese Versicherungen dem Versicherten ausrichten würden, wenn er keinen Unfall erlitten hätte, wenn die Hilflosigkeit nur zum Teil auf einen Unfall zurückzuführen ist (vgl. Art. 38 Abs. 5 UVV).

125 Vgl. Art. 38 Abs. 1–4 UVV.

126 Vgl. BGE 133 V 569 E. 5.3 und 5.5.

127 Vgl. Art. 42 Abs. 3 IVG.

128 Vgl. Art. 38 Abs. 1 IVV.

129 Regelmässigkeit liegt vor, wenn die lebenspraktische Begleitung über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens zwei Stunden pro Wochen benötigt wird (vgl. BGE 133 V 450 E. 6.2 und Rn. 8053 KIH).

Nicht darunter fallen insbesondere Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten im Rahmen vormundschaftlicher Massnahmen[130]. Es spielt dabei keine Rolle, ob die »Begleitung« direkt oder indirekt erfolgt. Die Begleitperson kann deshalb die notwendigerweise anfallenden Tätigkeiten auch selber ausführen, wenn die versicherte Person dazu gesundheitsbedingt trotz Anleitung oder Überwachung/Kontrolle nicht in der Lage ist[131]. Nicht massgeblich ist ferner, ob die Hilfeleistungen entgeltlich oder unentgeltlich erbracht werden[132]. Die vom BSV in den Verwaltungsweisungen vorgenommene Konkretisierung der Anwendungsfälle der lebenspraktischen Begleitung sind gesetzes- und verordnungskonform[133].

Die lebenspraktische Begleitung beinhaltet aber weder die direkte oder indirekte Dritthilfe bei den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen noch die Pflege bzw. die Überwachung des Versicherten. Sie stellt vielmehr ein zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe dar[134]. Steht die aktive Betreuung in den drei vorerwähnten Lebensbereichen, primär die Ermöglichung des selbstständigen Wohnens im Vordergrund, ist keine Überwachungsbedürftigkeit anzunehmen.

3. Hilflosigkeitsgrade

Die Bemessung der Hilflosenentschädigung richtet sich in der AHV, Invaliden- und Unfallversicherung nach denselben Kriterien[135], unterscheidet sich aber betragsmässig. Unterschieden wird zwischen der Hilflosigkeit schweren, mittleren oder leichten Grades:

Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn der Versicherte 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[136].

Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- in den *meisten alltäglichen Lebensverrichtungen* regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- in mindestens *zwei alltäglichen Lebensverrichtungen* regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer *dauernden persönlichen Überwachung* bedarf; oder
- in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf *lebenspraktische Begleitung* angewiesen ist[137].

130 Vgl. Art. 38 Abs. 3 IVV.
131 Vgl. BGE 133 V 450 E. 10.2.
132 Vgl. BGE 133 V 472 E. 5.3.2.
133 Vgl. BGE 133 V 450 E. 9.
134 Vgl. BGE 133 V 450 E. 9.
135 Vgl. BGE 127 V 115 E. 1d.
136 Vgl. Art. 37 Abs. 1 IVV.
137 Vgl. Art. 37 Abs. 2 IVV.

Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln:

- in mindestens *zwei alltäglichen Lebensverrichtungen* regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf;
- einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und *besonders aufwendigen Pflege* bedarf;
- wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und *erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte* pflegen kann; oder
- dauernd auf *lebenspraktische Begleitung* angewiesen ist[138].

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung geht bei »tiefen« Paraplegien, bei denen eine Rumpfstabilität besteht, *in der Regel von einer leichten Hilflosigkeit* aus[139]. Eine derartige Hilflosigkeit besteht bei einem Paraplegiker selbst dann, wenn er voll erwerbstätig ist bzw. keine Rente erhält[140]. Bei Tetraplegikern wird demgegenüber von einer Hilflosigkeit schweren Grades ausgegangen, weil eine hilflosenrechtlich relevante Pflegebedürftigkeit zusätzlich zur Hilflosigkeit in allen sechs massgeblichen Lebensverrichtungen besteht[141].

Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Fachperson und dem zuständigen Sozialversicherer erforderlich. Erstere hat anzugeben, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist. Der Versicherungsträger kann an Ort und Stelle weitere Abklärungen vornehmen. Bei Unklarheiten über physische, psychische oder kognitive Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen, regelmässig die Eltern, zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der dauernden persönlichen Überwachung und der Pflege gemäss sein[142].

Eine sorgfältige Abklärung der Hilflosigkeit ist besonders bei progredient verlaufenden Krankheiten, beispielsweise einer Demenzerkrankung, von grosser Bedeutung. Im Frühstadium der Krankheit ist abzuklären, ob bereits eine Hilflosigkeit in zwei alltäglichen Lebensbereichen bzw. eine Überwachungsbedürftigkeit besteht, welche einer leichten Hilflosigkeit entspricht[143].

---

138 Vgl. Art. 37 Abs. 3 IVV.

139 Vgl. BGE 117 V 146 ff. (dieser Fall betraf einen Paraplegiker mit einer Lähmungshöhe Th 8).

140 Vgl. BGE 133 V 42 E. 3.5 und SVR 2005 IV Nr. 4 S. 14.

141 Vgl. z. B. Urteil BGer vom 19.06.2007 (595/06) E. 3.3.2.

142 Statt vieler Urteile SozVersGer Kanton Zürich vom 29.06.2009 (AB.2009.00020) E. 3.1 (betreffend eines 1942 geboren Versicherten, der an fortgeschrittener Parkinson-Krankheit mit Demenz und Halluzinationen bei über 20-jährigem Verlauf leidet und seit Juli 2007 im Altersheim lebt).

143 Vgl. Urteil BGer vom 31.08.2012 (9C_432/2012 und 9C_441/2012).

Bei ausgeprägter Krankheit ist eine schwere Hilflosigkeit gegeben[144] und stellt sich im Hinblick auf die unterschiedliche Höhe der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten, je nachdem ob der Versicherte eine Hilflosenentschädigung der IV oder der AHV bezieht[145], in der Praxis die Frage, wann die schwere Hilflosigkeit eingetreten ist.

Die Höhe der Hilflosenentschädigung beträgt:

- in der Invalidenversicherung bei schwerer Hilflosigkeit 80 Prozent, bei mittelschwerer Hilflosigkeit 50 % und bei leichter Hilflosigkeit 20 % des Höchstbetrages der Altersrente[146], was für Versicherte, die in ihrem eigenen Zuhause leben, per 1. Januar 2013 CHF 468,– (leichte Hilflosigkeit), CHF 1170,– (mittlere Hilflosigkeit) und CHF 1872,– (schwere Hilflosigkeit) monatlich entspricht; die monatlichen Ansätze bei einem Heimaufenthalt machen einen Viertel aus;
- in der AHV für eine Hilflosigkeit schweren Grades 80 %, für eine Hilflosigkeit mittleren Grades 50 % und für eine Hilflosigkeit leichten Grades 20 % des Mindestbetrages der Altersrente[147], was per 1. Januar 2013 CHF 936,–, CHF 585,– und CHF 234,– pro Monat ausmacht.

C. Pflegeentschädigung

1. Allgemeines

Die verschiedenen Sozialversicherungszweige sehen im Rahmen des Heilbehandlungsanspruchs eine *unterschiedliche Ersatzpflicht für Pflegeleistungen* vor. Die Unterschiede betreffen sowohl die anerkannten Pflegeformen (Spital-, Heim-, Spitex- und Angehörigenpflege) als auch den Umfang der anerkannten Pflege (medizinische und nichtmedizinische Pflege).

Die Heilbehandlung wird, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen[148]. Sind die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt, so geht die Heilbehandlung im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten[149]:

- der Militärversicherung[150],
- der Unfallversicherung,
- der Invalidenversicherung,
- der Krankenversicherung.

---

144 Statt vieler Urteile BGer vom 06.05.2013 (9C_336/2012): Schwere Hilflosigkeit bejaht bei einer 1922 geborenen Versicherten, die beidseitig an fortgeschrittenem grünem Star und einer schweren Hornhauterkrankung (vollständige Erblindung des rechten Auges), an ausgeprägter Altersschwerhörigkeit, kognitiven Defiziten im Sinne einer dementiellen Entwicklung vom Alzheimertyp, Diabetes mellitus, Osteoporose im Frakturstadium sowie zeitweise an Harn- und Stuhlinkontinenz leidet.

145 Siehe dazu Art. 19b ELV.

146 Vgl. Art. 42ter Abs. 1 IVG.

147 Vgl. Art. 43bis Abs. 3 AHVG.

148 Vgl. Art. 64 Abs. 1 ATSG.

149 Vgl. Art. 64 Abs. 2 ATSG.

150 Auf die militärversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung wird nachfolgend nicht eingegangen.

2. Unfallversicherung

a) Allgemeines

Die *Unfallversicherung* ist als *kausale Sozialversicherung* nur bei einer *unfallbedingten Pflegebedürftigkeit* anwendbar. Als versicherte Risiken anerkannt sind Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten[151].

Die Pflegeentschädigung kann *nach Eintritt der Berentung* nur in den nachfolgenden Fällen gewährt werden, wenn der Versicherte[152]:

- an einer Berufskrankheit leidet,
- unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann,
- zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf oder
- erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

b) Anerkannte Pflegeformen

Die Unfallversicherung deckt unfallbedingte Spital- und Heim-[153] sowie Spitexpflegekosten[154]. *Pflegende Angehörige* sind ebenfalls als Leistungserbringer anerkannt, nur wird bei ihnen unterschieden, ob es sich um eine diplomierte Pflegefachperson handelt oder nicht[155]. Angehörige, die im Besitz eines Pflegediploms (Tertiärabschluss) sind, können eine sog. ZSR-Nummer (Zahlstellenregisternummer) beantragen und im Anschluss wie freiberuflich tätige Pflegefachpersonen gemäss einschlägigem Tarifvertrag abrechnen[156].

Angehörige, die kein Pflegediplom besitzen, erhalten nach pflichtgemässem Ermessen eine Entschädigung, auf die aber kein Rechtsanspruch besteht[157]. Die einschlägigen Empfehlungen Nr. 7/90 der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG[158] machen die Entschädigung für Angehörigenpflege davon abhängig, dass ein materieller Schaden (z. B. Lohnausfall des sonst auch erwerbstätigen Ehegatten, Reisespesen von auswärts wohnenden Kindern) nachgewiesen werden kann. Ist dem nicht so, soll eine Entschädigung gewährt werden, wenn die Hilfe eindeutig über das hinausgeht, was man von einem Familienmitglied füglich erwarten darf (z. B. täglich stundenlange Betreuung über eine grössere Zeitspanne hinaus).

---

151 Vgl. Art. 7 ff. UVG.

152 Vgl. Art. 21 Abs. 1 UVG und weiterführend Ziffer 3 Empfehlungen der AD-HOC-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27.11.1990, revidiert am 29.03.2005.

153 Vgl. Art. 10 UVG i. V. m. Art. 15 ff. UVV.

154 Vgl. Art. 18 Abs. 1 UVV.

155 Vgl. Art. 18 Abs. 1 und 2 UVV.

156 Der UVG-Tarifvertrag kann unter http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/8dokumente/freiberufliche/Tarifvertrag-Sozialw.pdf runtergeladen werden (zuletzt besucht am 05.12.2013).

157 Vgl. Art. 18 Abs. 2 UVV.

158 Siehe http://www.koordination.ch/fileadmin/files/ad-hoc/archiv/07-90-alt-08.pdf (zuletzt besucht am 05.12.2013).

Die für unentgeltliche Pflegeleistungen entschädigten *Stundenansätze* reichen *von CHF 12,– im Jahr 1991*[159] *bis CHF 35,– im Jahr 2010*[160]. In der Praxis wird regelmässig ein Stundenansatz von CHF 25,– herangezogen, wobei dieser Ansatz anhand der Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt wird bzw. dem gesamtschweizerischen Durchschnitts- bzw. Medianlohn für das Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) der Tätigkeitskategorie »Medizinische, soziale und pflegerische Tätigkeiten« entspricht.

c) Anerkannte Pflegeleistungen

Unter »Gesundheits- und Krankenpflege« wird im pflegetheoretischen Kontext die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen verstanden.

Professionelle Pflege schliesst die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung[161].

Der juristische Pflegebegriff ist enger. Unter »Pflege« wird im krankenversicherungsrechtlichen Kontext die Behandlungs- und Grundpflege[162] und im unfallversicherungsrechtlichen Kontext die medizinische Pflege verstanden. Die Behandlungspflege meint Pflegeleistungen, die einen eigentlichen Behandlungszweck erfüllen[163]. Im Krankenversicherungsrecht besteht eine abschliessende Aufzählung der versicherten behandlungspflegerischen Verrichtungen[164], während im Unfallversicherungsrecht keine Legaldefinition für die medizinische Pflege besteht.

Das Bundesgericht hat sich in BGE 116 V 41 E. 5a zum unfallversicherungsrechtlichen Pflegebegriff geäussert und folgendes festgehalten:

»Der Begriff der Hauspflege ist vielschichtig. Er umfasst zunächst die – weder ambulant noch in einem Spital, sondern eben zu Hause applizierten

159 Vgl. Urteil Versicherungsgericht Zürich vom 23.04.1991 = SG Nr. 764 E. II (CHF 12,– pro Stunde für Spitalgehilfin, die ihren Bruder pflegte).

160 Vgl. Urteil BGer vom 23.07.2010 (8C.896/2009) (vier Stunden pro Tag bei einem Tetraplegiker) und Einspracheentscheid SUVA vom 25.02.2000 (221099.SAM) (vier Stunden pro Tag bei einem Tetraplegiker, CHF 35,– für ausländische Pflegefachfrau mit Diplom in allgemeiner Krankenpflege, die nicht in der Schweiz zugelassen war).

161 Der International Council of Nurses (ICN) definiert die Aufgabe der Pflegefachperson wie folgt: »Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles« (siehe *http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/*– zuletzt besucht am 05.12.2013).

162 Dazu infra Rn. 97 ff.

163 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1 ff. KLV.

164 Vgl. BGE 136 V 172 = Pra 2010 Nr. 135 E. 4.3 und Urteil BGer vom 21.12.2010 (9C_702/2010) E. 4.2.2.

– Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung, die von einem Arzt vollzogen oder angeordnet werden. Hauspflege ist aber auch die zu Hause stattfindende medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege (siehe zu dieser Unterscheidung BGE 102 V 48 Erw. 1 mit Hinweisen; ZAK 1980 S. 182, 1977 S. 423 Erw. 1 a), der zwar das therapeutische (heilende) Agens fehlt, die aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes doch unerlässlich ist. Das trifft insbesondere auf medizinische Vorkehren im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG zu, welche lebensnotwendige organische Funktionen ermöglichen, unterstützen, sichern oder gleichsam ersetzen. Eine dritte Form von Hauspflege ist die nichtmedizinische Pflege, sei es am Betroffenen selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, sei es als Hilfestellungen in seiner Umgebung durch Führung des Haushaltes oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten.«

Der unfallversicherungsrechtliche Pflegebegriff, mithin die »medizinische« Pflege, umfasst insoweit nicht nur die krankenversicherungsrechtliche Behandlungspflege, sondern darüber hinaus alle grundpflegerischen Massnahmen, die unter Art. 21 Abs. 1 UVG fallen. Gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c und d sind insbesondere Pflegeleistungen versichert, die entweder zur Erhaltung der verbliebenen Erwerbsfähigkeit erforderlich sind, oder bei erwerbsunfähigen Versicherten dazu dienen, den Gesundheitszustand entweder wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

Hierzu zählen etwa die Dekubitusprophylaxe sowie Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut, die krankenversicherungsrechtlich Grundpflege darstellen[165], unfallversicherungsrechtlich aber als medizinische Pflegehandlungen zu qualifizieren sind, da sie notwendig sind, um eine wesentliche Beeinträchtigung der Gesundheit des Versicherten zu verhindern. Zur medizinischen Pflege zählen ferner die tägliche Verabreichung von Medikamenten und das Anlegen einer Bandage[166] sowie das Katheterisieren oder Klopfen und Pressen der Blase, das Anlegen eines Kondoms mit Urinal und das digitale Stuhlausräumen[167].

Massnahmen, die im Zusammenhang mit alltäglichen Lebensverrichtungen erbracht werden, oder der Führung des Haushaltes oder der Besorgung von alltäglichen Angelegenheiten dienen, sind nicht zur medizinischen Pflege zu zählen. Diese begründen, soweit die vorerwähnten Voraussetzungen erfüllt sind, eine Hilflosigkeit[168].

165 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV.
166 Vgl. BGE 107 V 136 E. 1b, 106 V 153 E. 2a und 105 V 52 E. 4.
167 Vgl. BGE 116 V 41 E. 4b.
168 Dazu supra Rn. 32 ff. und infra Rn. 102 ff.

3. Invalidenversicherung

a) Allgemeines

Die Invalidenversicherung gewährt als finale Volksversicherung medizinische Eingliederungsmassnahmen[169]. Seit dem In-Kraft-Treten der 5. IVG-Revision[170] besteht kein Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen für Erwachsene mehr bzw. nur noch für Versicherte vor dem vollendeten 20. Altersjahr. Dabei ist zu unterscheiden, ob die versicherte Person an einem Geburtsgebrechen leidet oder nicht[171].

b) Anerkannte Pflegeformen

Die medizinischen Massnahmen umfassen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch Pflegefachpersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien, und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien[172]. Beim Entscheid über die Gewährung von ärztlicher Behandlung in Anstalts- oder Hauspflege ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen[173].

c) Anerkannte Pflegeleistungen

i. Medizinische Eingliederungsmassnahmen

Häusliche, ambulant oder stationär durchgeführte medizinische Massnahmen (Behandlungspflege unter Einschluss der akzessorischen Grundpflege[174])[175] werden nur gewährt, wenn sie nicht auf die Behandlung des Leidens an sich[176], sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, das rentenrelevante funktionelle Leistungsvermögen dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren[177].

ii. Geburtsgebrechensversicherung

Versicherte, die an einem anerkannten Geburtsgebrechen leiden[178], haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Ge-

169 Vgl. Art. 12 ff. IVG.
170 Am 01.01.2008 erfolgt.
171 Vgl. Art. 12 und 13 IVG.
172 Vgl. Art. 14 Abs. 1 IVG.
173 Vgl. Art. 14 Abs. 3 IVG.
174 Bei der akzessorischen Grundpflege handelt es sich um grundpflegerische Verrichtungen, die im Zusammenhang mit der Durchführung von behandlungspflegerischen Massnahmen anfallen bzw. notwendig sind. Akzessorisch ist zum Beispiel die grundpflegerische Körperpflege bzw. –reinigung (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV) nach behandlungspflegerischer Darmentleerung (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 11 KLV).
175 Vgl. BGE 120 V 280 E. 3b.
176 Eine Behandlung des Leidens an sich stellen insbesondere die Behandlung von Verletzungen, Infektionen sowie inneren und parasitären Krankheiten dar (vgl. Art. 2 Abs. 4 IVV).
177 Vgl. Art. 12 Abs. 1 IVG.
178 Siehe dazu Anhang Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV).

burtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen[179]. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zählt die tägliche Krankenpflege nicht zu den medizinischen Massnahmen, weil ihr kein therapeutischer Charakter im eigentlichen Sinn zukommt[180].

Ferner wurde erwogen, dass Pflegemassnahmen gemäss Art. 13 f. IVG nur solche pflegerischen Verrichtungen darstellen können, die von diplomiertem Pflegepersonal ausgeführt werden müssen und auch ausgeführt werden. Vorkehren – auch lebenserhaltender Art –, die eine medizinisch oder pflegerisch nicht geschulte Person, insbesondere Angehörige, auszuführen in der Lage ist oder dazu angeleitet werden kann, stellen von vornherein keine medizinische Massnahmen dar[181]. Die fragliche Rechtsprechung des Bundesgerichts hat für grosse Irritation in der Praxis gesorgt, weil die IV-Stellen bislang Entlastungseinsätze der Kinderspitex entschädigten.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen hat in der Folge mit IV-Rundschreiben Nr. 297 vom 01.02.2011 und nachfolgend mit IV-Rundschreiben Nr. 308 vom 27.02.2012 die gemäss Art. 13 f. IVG leistungspflichtigen Pflegemassnahmen im Bereich der Kinderspitex konkretisiert[182]. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat erwogen, dass die in den vorerwähnten IV-Rundschreiben Nr. 297 und 308 vorgenommene Aufzählung der leistungspflichtigen Pflegemassnahmen für den Richter lediglich eine Auslegungshilfe darstellen und in jedem Fall nicht als abschliessend zu verstehen sind[183].

iii. Intensivpflegezuschlag für Minderjährige

Pflegerelevant ist sodann der den Minderjährigen zukommende Intensivpflegezuschlag[184]. Dieser wird insbesondere gewährt für den Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege und dauernder Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters[185]. Zwischen der Pflegeentschädigung gemäss Art. 13 f. IVG einerseits und der im Rahmen der 4. IVG-Revision im Jahr 2004 nebst der Hilflosenentschädigung neu eingeführten Intensivpflegezuschlag andererseits gilt der Grundsatz der Alternativität. Alle nicht unter Art. 13 f. IVG fallenden Pflegeleistungen werden invalidenversicherungsrechtlich durch die Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag abgegolten[186].

179 Vgl. Art. 13 IVG.
180 Vgl. BGE 136 V 209 ff.
181 Vgl. BGE 136 V 209 ff.
182 Siehe IV-Rundschreiben Nr. 308/Kinderspitex-Leistungen nach Artikel 13 IVG in Verbindung mit Artikel 14 IVG (online verfügbar unter http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:35/lang:deu – zuletzt besucht am 05.12.2013).
183 Siehe Urteil vom 16.11.2011 (IV 2011/268).
184 Vgl. dazu supra Rn. 46 ff.
185 Vgl. Art. 39 Abs. 2 und 3 IVV.
186 Vgl. BGE 136 V 209 E. 10.3.

4. Krankenversicherung

a) Allgemeines

Die Krankenversicherung ist als finale Sozialversicherung sowohl bei einer krankheits- als auch einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit anwendbar, in letzterem Fall aber nur subsidiär zur Unfallversicherung und insoweit die Leistungsvoraussetzungen der Krankenversicherung erfüllt sind[187]. Soweit die Geburtsgebrechensversicherung nicht für krankenversicherungsrechtliche Pflegeleistungen aufzukommen hat, sind diese subsidiär vom Krankenversicherer zu entschädigen[188].

b) Anerkannte Pflegeformen

i. Spitalpflege

Die Spitalaufenthaltskosten werden unter Einschluss von Kost und Logis vollumfänglich übernommen[189]. Eine Spitalpflege setzt voraus, dass beim Versicherten eine *medizinische oder eine soziale Spitalbedürftigkeit*[190] vorliegt. Ist der Versicherte nicht mehr spital-, aber heim- bzw. spitexbedürftig[191], galt nach der Rechtsprechung eine Übergangszeit von einem Monat für die Umplatzierung ins Heim[192]. Seit dem Inkrafttreten der Neuen Pflegefinanzierung besteht lediglich noch ein *Anspruch auf eine zweiwöchige Akut- und Übergangspflege*[193].

Leistungen der Akut- und Übergangspflege umfassen alle in Art. 7 Abs. 2 KLV aufgeführten Massnahmen (Abklärung, Beratung, Koordination und Untersuchung sowie Behandlungs- und Grundpflege), welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet[194] und von freiberuflichen Pflegefachpersonen, einer Spitex-Organisation oder einem Pflegeheim durchgeführt werden[195]. Akut- und Übergangspflege werden nach den *Regeln der Spitalfinanzierung*[196] und nicht nach den sonst üblichen Pflegetarifen entschädigt[197].

---

187 Vgl. Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG.

188 Vgl. Urteile BGer vom 10.06.2011 (9C_886/2010) E. 4.5.

189 Vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG.

190 Spitalbedürftigkeit ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, anderseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand des Versicherten einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (vgl. BGE 126 V 323 E. 2b und 120 V 206 E. 6a).

191 Für psychiatrische Dauerpatienten gelten, auch wenn der Gesundheitszustand Schwankungen unterworfen ist, prinzipiell die Regeln für Pflegeheimpatienten, sofern nicht vorübergehende Verschlimmerungen des Leidens wieder eine Akutspitalbedürftigkeit bewirken (vgl. BGE 120 V 200 E. 6a und Urteil EVG vom 20.10.2006 [K 20/06] E. 3.1).

192 Vgl. BGE 124 V 362 = RKUV 1999, S. 31 E. 2c. Siehe ferner Urteil EVG vom 27.12.2000 (K 11/00) E. 3.

193 Vgl. Art. 26a Abs. 2 KVG.

194 Vgl. Art. 25a Abs. 2 KVG.

195 Vgl. Art. 7 Abs. 3 KLV.

196 Siehe Art. 49a KVG.

197 Vgl. Art. 25a Abs. 2 KVG.

ii. Heimpflege

Die versicherten Pflegeleistungen, die in einem Pflegeheim i. S. v. Art. 39 Abs. 3 KVG erbracht werden, richten sich nach den Grundsätzen der ambulanten Pflege[198] und werden nach Zeittarif entschädigt[199]. Der Bundesrat ist umfassend ermächtigt, die versicherten Pflegeleistungen, die Bedarfsermittlung, den Tarif und die Qualitätskontrollen zu regeln[200], wobei der Gesetzgeber in Ergänzung zu den allgemeinen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Festlegung der versicherten Pflegeleistungen verlangt, die »notwendige Qualität« zu berücksichtigen[201].

iii. Spitexpflege

Die Spitexpflege umfasst einerseits die Pflege durch freiberufliche Pflegefachpersonen i. S. v. Art. 49 KVV[202] und andererseits die Pflege durch eine kantonalrechtlich anerkannte Spitex-Organisation i. S. v. Art. 51 KVV[203], [204]. Im bisherigen Recht war nicht geregelt, ob auch die versicherten Pflegemassnahmen durch anerkannte Leistungserbringer in Tages- oder Nachtstrukturen, von Spitex-Pflegefachkräften im Pflegeheim oder ambulant im Pflegeheim durchgeführt werden dürfen. Die Neue Pflegefinanzierung klärt diese Unsicherheit und anerkennt alle diese Betreuungsformen, unabhängig davon, ob die versicherte Leistung ausschliesslich am Tag oder während der Nacht erbracht werden[205].

Gemäss dem *Spitextarif* sind für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination derzeit pro Stunde CHF 79,80, für Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung CHF 65,40 und für Massnahmen der Grundpflege CHF 54,60 zu entschädigen[206]. Massgeblich sind Zeiteinheiten von 5 Minuten, wobei pro versicherte Verrichtung mindestens 10 Minuten zu entschädigen sind[207]. Im Gegensatz zum Spitex- unterscheidet der Pflegeheimtarif nicht nach Art der Pflegemassnahme, sondern einzig nach dem zeitlichen Pflegebedarf pro Tag. Dieser ist denn auch in der Abrechnung aufzuführen[208].

198 Vgl. Art. 50 KVG.
199 Vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV.
200 Vgl. Art. 25a Abs. 3 und 4 KVG.
201 Vgl. Art. 25a Abs. 4 KVG.
202 Pflegefachpersonen sind anerkannt, wenn sie ein Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (seit der Bildungsreform im Gesundheitswesen im Jahr 2004 »Höhere Fachschule« oder »Fachhochschule»), die Berufsausübungsbewilligung im jeweiligen Tätigkeitskanton und eine zweijährige praktische Pflegetätigkeit aufweisen. Kein Pflegefachdiplom stellt der Ausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes für den Besuch des Lehrgangs »Pflegehelfer/in« dar (120 Std. Theorie, 12 Tage Praxis) (vgl. Urteil EVG vom 05.09.2000 [K 62/00] E. 2).
203 Das kantonale Spitexrecht stellt nicht unselbstständiges Ausführungsrecht zu Bundesrecht, sondern eigenständiges kantonales Bewilligungsrecht dar, weshalb nicht die Einheitsbeschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten, sondern nur die subsidiäre Verfassungsbeschwerde offen steht (vgl. Urteil EVG vom 27.03.1998 i. S. Hauspflegeverein »Ein Herz für alle Fälle« E. 1a).
204 Vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV.
205 Vgl. art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 Abs. 2bis KLV.
206 Vgl. Art. 7a Abs. 1 KLV.
207 Vgl. Art. 7a Abs. 2 KLV.
208 Vgl. Art. 9 Abs. 2 KLV.

iv. Angehörigenpflege

In der Krankenversicherung sind Angehörige, die selbst nicht die Zulassungsvoraussetzungen des KVG erfüllen, keine anerkannten Leistungserbringer[209]. Es besteht deshalb für die Angehörigenpflege selbst gestützt auf die Austauschbefugnis keine Leistungspflicht[210]. Eine solche besteht nur, wenn der pflegende Angehörige über eine ZSR-Nummer verfügt[211]. Das Bundesgericht hat eine Leistungspflicht bei einem Ehegatten abgelehnt, der die Voraussetzungen für eine ZSR-Nummer erfüllte, aber eine solche (noch) nicht beantragt hatte[212].

Keine Umgehung des Zulassungserfordernisses stellt die Anstellung von pflegenden Angehörigen, die nicht im Besitz eines Pflegefachdiploms sind, durch eine zugelassene Spitex-Organisation dar. In einem solchen Fall liegt entschädigungspflichtige Spitex- und nicht Angehörigenpflege vor[213]. Angestellte Angehörige dürfen nur relativ einfache Grundpflege und/oder Grundpflege in einfachen Situationen[214], nicht aber Behandlungspflege[215] erbringen.

c) Anerkannte Pflegeleistungen

i. Allgemeines

Die Leistungen der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim umfassen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV:

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a);
- Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (lit. b);
- Massnahmen der Grundpflege (lit. c).

ii. Abklärung, Beratung und Koordination

Die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sind:

- Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt und dem Patienten;
- Beratung des Patienten sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;
- Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.

---

209 Vgl. BGE 111 V 324.
210 Vgl. BGE 126 V 330 = RKUV 2000, S. 288 E.01b.
211 Vgl. BGE 133 V 218 E. 6.
212 Vgl. Urteil BGer vom 10.05.2007 (K 141/06 und K 145/06) E.05.2.
213 Vgl. Urteil EVG vom 21.06.2006 (K 156/04) = RKUV 2006, S. 303 E.04.
214 Vgl. Art. 9a Abs. 1 lit. a und b KLV sowie Urteile EVG vom 25.08.2003 (K060/03) E.03.3 und VersGer Kanton St. Gallen vom 18.08.2006 i. S. L. = SGGVP 2006 Nr. 18.
215 Vgl. Urteil BGer vom 19.12.2007 (9C_597/2007) E. 5.1.

Anzumerken ist, dass die Leistungskategorie »Koordination« seit dem 1. Januar 2012 in Kraft ist. Diese Neuerung basiert auf einer Anpassung im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Palliative Care Strategie des Bundes. Um den Verbleib zuhause bis zum Lebensende auch mit instabiler Symptomatik zu sichern, wurde anerkannt, dass die oft zahlreich in einem Privathaushalt agierenden Leistungserbringer gut koordiniert sein müssen und diese Koordinationsleistung entsprechend zu vergüten ist[216]. Die Vergütungsvoraussetzungen sind in der Verordnung nicht auf palliative Situationen beschränkt.

iii. Behandlungspflege

Die Unterscheidung in Behandlungs- und Grundpflege[217] ist in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Erstens handelt es sich bei der »Behandlungspflegeliste« um eine positive Liste, weshalb nur explizit aufgeführte Leistungen versichert sind[218]. Zweitens gelten für behandlungs- und grundpflegerische Leistungen unterschiedliche Tarife[219]. Drittens kann die Hilflosenentschädigung nur an die Grund-, nicht aber an die Behandlungspflege angerechnet werden[220].

Als Behandlungspflegeleistungen sind folgende anerkannt[221]:

- Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
- einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
- Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
- Massnahmen zur Atemtherapie (wie O_2-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
- Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
- Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse,
- Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
- enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
- Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
- Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,

---

216 Vgl. Rex et al., 2013.

217 Das Begriffspaar »Grund- und Behandlungspflege« wurde im deutschsprachigen Raum 1967 durch den Krankenhaus-Ökonomen Siegfried Eichhorn eingeführt. Die Begriffe »Grundpflege« und »Behandlungspflege« entstanden hierbei als Übersetzungen aus einer englischsprachigen Arbeit von 1954 (vgl. Friesacher, 2008, S. 192 f.). Der mit dieser Aufteilung der Pflegepraxis verbundene Dualismus zwischen wenig anspruchsvollen originär pflegerischen Tätigkeiten und höher qualifizierten, aber ärztlich bestimmten Arbeiten wurde mit einem sich ändernden Berufsverständnis und dem Aufkommen der Pflegewissenschaft zugunsten einer ganzheitlicheren Betrachtungsweise verlassen (statt vieler Müller, 1998, und Mittelstaedt, 1998).

218 Vgl. BGE 136 V 172 = Pra 2010 Nr. 135.

219 Vgl. Art. 7a Abs. 1 KLV.

220 Vgl. Urteil BGer vom 12.7.2012 (9C_43/2012) E. 4.1.1.

221 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV.

- pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
- Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,
- pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
- Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

Behandlungspflegerischer Natur sind die beim Vorliegen eines Hirntumors erbrachten Leistungen im Zusammenhang mit der Kontrolle der Ausscheidung (Durchfall), die Temperaturkontrolle, die Beurteilung von Allgemeinzustand/Kreislaufkontrolle/Schmerzerfassung sowie die Lagerung/Hilfestellung bei Aspirationsgefahr und Shuntlagerung. Schwierigkeiten bereitet demgegenüber die leistungsrechtliche Einordnung der Hilfestellungen rund um das chemotherapiebedingte Erbrechen mit einem Aufwand von zwei bis fünf Stunden pro Nacht; das Bundesgericht qualifizierte auch diese Leistungen, unter Einschluss der Wartezeiten, als Behandlungspflege[222].

iv. Grundpflege

Bei der Grundpflege wird zwischen der allgemeinen Grundpflege und den Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung[223] unterschieden:

- Zur *allgemeinen Grundpflege* zählen etwa Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen, Betten, Lagern, Bewegungsübungen, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden oder beim Essen und Trinken[224].
- Die *Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen* umfassen unter anderem die Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen[225].

Das Bundesgericht hat klargestellt, dass es sich bei den beiden »Grundpflegelisten« nicht um eine Positivliste handelt und im Unterschied zum Pflegeaufwand in Heimen auch keine zeitlichen Grenzen festgelegt sind, es im Hinblick auf eine rechtsgleiche Praxis aber zu begrüssen wäre, wenn der Verordnungsgeber die unter dem Titel der Grundpflege als Pflichtleistungen zu vergütenden Massnahmen näher umschreiben würde[226]. Die »offene« Grundpflegeliste umfasst insoweit auch nicht explizit aufgeführte Pflegeleistungen.

222 Vgl. Urteil BGer vom 12.7.2012 (9C_43/2012) E. 4.1.2.
223 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV
224 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV.
225 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV.
226 Vgl. Urteil BGer vom 21.12.2010 (9C_702/2010) E. 4.2.2.

Diese können aber nicht alternativ oder sogar kumulativ zu anderen explizit aufgeführten Leistungen beansprucht werden.

Das Durchführen von Bewegungsübungen, Mobilisieren, Massnahmen zur Dekubitusprophylaxe und zur Verhütung von Hautschäden stellen etwa Grundpflegeleistungen dar[227] und können im Rahmen einer Physiotherapie nicht (nochmals) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beansprucht werden. Das Bundesgericht stellt aber fest, dass das Pflegepersonal keine »eigentliche Physiotherapie« durchführen könne und Bewegungsübungen im Rahmen der Grundpflege keine Physiotherapie darstelle, gleichwohl aber dieselben Leistungen nicht doppelt abgerechnet werden dürfen[228].

Da Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV nur Pflegeleistungen umfassen, ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine Pflege- oder eine nicht versicherte Betreuungsleistung bzw. hauswirtschaftliche Dienstleistung vorliegt[229]. Gegenstand von Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen können zwar Beeinträchtigungen in den grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen bilden, sind aber nur so weit entschädigungspflichtig, als sie krankheitsbedingt sind. Es muss sich zudem um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere Haushaltshilfe) handeln. Mit der besonderen Grundpflege sollen psychisch erkrankte Person befähigt werden, die alltäglichen Lebensverrichtungen wieder selbst zu besorgen (›Hilfe zur Selbsthilfe‹)[230].

Als *hauswirtschaftliche Dienstleistungen* zu qualifizieren sind Tätigkeiten, die mit der wirtschaftlichen und tatsächlichen Haushaltsführung in Zusammenhang stehen, wie etwa Einkäufe, Nahrungszubereitung inklusive Hilfe beim Essen und Trinken[231], Besorgen der Wäsche und andere ähnliche Verrichtungen, welche nicht auf der Liste der Grundpflegeleistungen stehen, welche die obligatorische Pflegeversicherung vergüten muss[232]. Die Begleitung der pflegebedürftigen Person vom Schlafzimmer zum Esssaal stellt ebenfalls keine Pflegemassnahme nach KVG/KLV dar[233]. Die Hilfe beim Essen und Trinken kann kontextabhängig eine Grundpflegeleistung sein[234].

D. Assistenzbeitrag

1. Allgemeines

Die Diskussionen betreffend Einführung eines Assistenzbeitrages zwecks Förderung des selbstbestimmten Lebens von Behinderten reichen bis in die 1990er Jahre zurück.

---

227 Vgl. Urteil BGer vom 23.12.2010 (9C_374/2010) E. 2.3.
228 Ibid. E. 4.4.
229 Vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.3.
230 BGE 131 V 178 E. 2.2.3.
231 Vgl. Entscheid Bundesrat vom 09.03.1998 = RKUV 1998 KV Nr. 28 S. 180 E. II.
232 Vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.2.
233 Ibid.
234 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV und infra Rn 182 f.

Das bereits im Rahmen der 4. IVG-Revision geplante Instrument wurde allerdings nicht umgesetzt. In den Schlussbestimmungen der Änderung vom 21. März 2003 (4. IV-Revision)[235] wurde der Bundesrat aber verpflichtet, »unverzüglich nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung einen oder mehrere Pilotversuche, in denen Erfahrungen mit Massnahmen gesammelt werden, die eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung von Versicherten mit einem Bedarf an Pflege und Betreuung stärken», in die Wege zu leiten.

Mit Verordnung vom 10. Juni 2005 über den Pilotversuch »Assistenzbudget« wurde dieser Pilotversuch geregelt. Seit dem 1. Januar 2006 wurde der Pilotversuch Assistenzbudget schliesslich in den Kantonen Basel-Stadt, St. Gallen und Wallis durchgeführt[236]. Auf Grund der positiven Ergebnisse schlug der Bundesrat die Einführung eines Assistenzbeitrages vor[237].

Im Rahmen der 6. IVG-Revision (erster Teil 6a) wurde ein Assistenzbeitrag per 1. Januar 2012 eingeführt[238]. Mit dem Assistenzbeitrag soll der Zweck der IV, dem Versicherten eine *eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung* zu ermöglichen[239], erfüllt werden. Der Assistenzbeitrag bezweckt ferner, Versicherte, die bereits zu Hause leben, so lange wie möglich einen *Heimübertritt* hinaus zu zögern, und Bewohner von Behindertenheimen den Austritt aus einem solchen zu ermöglichen. Der Bundesrat rechnet mit 400 Heimaustritten und 700 vermeidbaren Heimeintritten in den nächsten 15 Jahren[240].

2. Anspruchsvoraussetzung

Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag steht Versicherten zu, denen eine Hilflosenentschädigung der IV ausgerichtet wird, die zu Hause leben und die volljährig sind[241]. Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag steht weder den Bezügern einer Hilflosenentschädigung der Unfall-[242] bzw. der Militärversicherung[243] noch den Bezügern einer Hilflosenentschädigung der AHV[244] zu.

Bei nur teilweise unfallbedingter Hilflosigkeit hat die Unfallversicherung zwar Anspruch auf jenen Teil der Hilflosenentschädigung der IV, den diese ausrichten würde, wenn die versicherte Person nicht verunfallt wäre[245], dem

235 Vgl. AS 2003, 3837 Ziff. II und BBl 2001, 3205.
236 Siehe http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/00372/index.html?lang=de (zuletzt besucht am 5. Dezember 2013).
237 Vgl. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) vom 24. Februar 2010 (nachfolgend: Botschaft 6. IV-Revision) = BBl 2010, 1817, 1865 ff.
238 Vgl. Art. 42quater ff. IVG, Art. 39a ff. IVV und Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag (KSAB, gültig ab 1. Januar 2013) sowie Erläuterungen zur Verordnung über die Invalidenversicherung vom 16.11.2011 (nachfolgend Erläuterungen Assistenzbeitrag; online verfügbar unter http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00025/index.html?lang=de – zuletzt besucht am 5. Dezember 2013).
239 Vgl. Art. 1a lit. c IVG.
240 Vgl. Botschaft 6. IV-Revision, 2010, S. 1922.
241 Vgl. Art. 42quater Abs. 1 IVG.
242 Vgl. Art. 26 f. UVG.
243 Vgl. Art. 20 MVG.
244 Vgl. Art. 43bis AHVG.
245 Vgl. Art. 42 Abs. 6 IVG.

Versicherten wird die Hilflosenentschädigung jedoch ausschliesslich von der Unfallversicherung ausgerichtet; ein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag besteht deshalb auch in diesem Fall nicht[246].

3. Anerkannte Assistenzformen

Als Assistenzperson anerkannt sind natürliche Personen[247] vom Versicherten oder ihrer gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines Arbeitsvertrages angestellt sind, und weder mit dem Versicherten verheiratet sind, mit ihr in eingetragener Partnerschaft leben oder eine faktische Lebensgemeinschaft führen noch in gerader Linie mit ihr verwandt sind[248].

Der *Ausschluss naher Angehöriger* begründet der Bundesrat mit dem Hinweis auf die Unterstützungspflicht gemäss Artikel 328 ZGB und die Unterhaltspflicht gemäss Artikel 163 und 276 ff. ZGB, und vertritt die Meinung, dass die Angehörigenbetreuung mit Hilflosenentschädigung, Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten durch die EL sowie Betreuungsgutschriften hinreichend abgedeckt werde[249].

Diese Begründung ist vor dem Hintergrund der politischen Rahmenbedingungen, insbesondere der Sparbemühungen in der IV, zu sehen. Es ist offensichtlich, dass die Hilflosenentschädigung, die in schweren Fällen jährlich maximal CHF 22 464,– beträgt, nicht genügt, um den Erwerbsausfall von pflegenden Ehegatten oder betreuenden Eltern oder die ungedeckten Betreuungs- und Pflegekosten zu decken.

4. Anerkannte Assistenzleistungen

Die versicherte Person hat nur Anspruch auf einen Assistenzbeitrag, wenn ihr Hilfebedarf zur Anstellung einer oder mehrerer Assistenzpersonen für mehr als drei Monate führt[250]. Folgende Hilfeleistungen sind vergütungsfähig:

- alltägliche Lebensverrichtungen (Ankleiden, Auskleiden, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft)[251],
- Haushaltsführung (Haushaltsführung, administrative Aufgaben, Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf und weitere Besorgungen sowie Wäsche- und Kleiderpflege)[252],
- gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung (Hobbys, Pflanzen/Haustiere, Lesen, Radio/TV, Sport, Kultur, Besuch von Anlässen)[253],

246 Vgl. Botschaft 6. IV-Revision, 2010, S. 1900.
247 Nicht berechtigt sind demnach Hilfeleistungen, die durch stationäre (Heime, Spitäler, psychiatrische Kliniken) oder teilstationäre Institutionen (Werk-, Tages- und Eingliederungsstätten) sowie durch Organisationen und andere juristische Personen erbracht werden (Ausnahme Beratung- und Unterstützungsleistungen).
248 Vgl. Art. 42quinquies lit. a und b IVG.
249 Vgl. Botschaft 6. IV-Revision, 2010, S. 1867 und 1902 f.
250 Vgl. Art. 39d IVV.
251 Vgl. Art. 39c lit. a IVV und Botschaft 6. IV-Revision, S. 1904 f.
252 Vgl. Art. 39c lit. b IVV und Botschaft 6. IV-Revision, S. 1904 f.
253 Vgl. Art. 39c lit. c IVV und Botschaft 6. IV-Revision, S. 1904 f.

- Erziehung und Kinderbetreuung[254],
- Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit[255],
- berufliche Aus- und Weiterbildung[256],
- Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt, wozu Tätigkeiten im geschützten Rahmen in Werk- oder Tagesstätten und der Besuch von Weiterbildungen bei Behindertenorganisationen nicht zu zählen sind[257],
- Überwachung während des Tages[258] und
- Nachtdienst[259].

Als direkte Hilfe werden neben Hilfeleistungen zur Unterstützung oder Ausführung von Tätigkeiten auch Leistungen anerkannt, welche den fehlenden Hör- oder Sehsinn ausgleichen (dolmetschen, lormen, vorlesen usw.). Als indirekte Hilfe werden Anleitungen, Kontrolle sowie Überwachung bei der Ausführung von Tätigkeiten anerkannt[260].

Der für den Assistenzbeitrag massgebliche Hilfebedarf wird mit Hilfe eines standardisierten Abklärungsinstruments (FAKT) sowohl für direkte als auch für indirekte Hilfeleistungen ermittelt[261]. Steht der monatliche Assistenzbedarf fest, ist der Zeitaufwand der Hilfeleistungen, die durch die Hilflosenentschädigung[262], die Beiträge für Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels[263] und den für die Grundpflege[264] ausgerichteten Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen[265] abgegolten sind[266], in Abzug zu bringen[267].

Der Verordnungsgeber hat folgende monatliche Höchstansätze festgelegt:

- für Hilfeleistungen in den Bereichen alltägliche Lebensverrichtungen, Haushaltsführung und gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung pro alltägliche Lebensverrichtung, die bei der Festsetzung der Hilflosenentschädigung festgehalten wurde, bei leichter Hilflosigkeit: 20 Stunden, bei mittlerer Hilflosigkeit: 30 Stunden und bei schwerer Hilflosigkeit: 40 Stunden[268].

---

254 Vgl. Art. 39c lit. d IVV.
255 Vgl. Art. 39c lit. e IVV.
256 Vgl. Art. 39c lit. f IVV und Botschaft 6. IV-Revision, S. 1904 f.
257 Vgl. Art. 39c lit. g IVV.
258 Vgl. Art. 39c lit. h IVV.
259 Vgl. Art. 39c lit. i IVV.
260 Siehe Rn 4005 ff. KSAB.
261 Siehe dazu Latzel/Andermatt, Pilotversuch (verfügbar online http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/03203/index.html?lang=de – zuletzt besucht am 5. Dezember 2013).
262 Vgl. Art. 42 ff. IVG.
263 Vgl. Art. 21ter Abs. 2 IVG.
264 Kein Koordinationsbedarf besteht in Bezug auf behandlungspflegerische Leistungen, da diese beim Assistenzbeitrag nicht angerechnet (vgl. Art. 42sexies Abs. 3 IVG) und ausschliesslich von der Kranken- und Unfallversicherung gedeckt werden (vgl. Art. 25a KVG und Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV und Art. 18 UVV). Randziffer 4110 KSAB sieht demgegenüber einen Abzug der medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG vor.
265 Vgl. Art. 25a KVG i. V. m. Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV.
266 Vgl. Art. 42sexies Abs. 1 und 3 IVG.
267 Vgl. Rn. 4105 ff. KSAB.
268 Vgl. Art. 39e Abs. 2 lit. a IVV.

- für Hilfeleistungen in den Bereichen Erziehung und Kinderbetreuung, Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, berufliche Aus- und Weiterbildung sowie Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt: insgesamt 60 Stunden[269],
- für die Überwachung während des Tages: 120 Stunden[270].

Der Assistenzbeitrag beträgt derzeit (seit 01.01.2013) CHF 32,80 pro Stunde[271]. Muss die Assistenzperson für die benötigten Hilfeleistungen in den Bereichen nach Art. 39c lit. e–g über besondere Qualifikationen verfügen, so beträgt der Assistenzbeitrag CHF 49,15 pro Stunde[272]. Die IV-Stelle legt den Assistenzbeitrag für den Nachtdienst nach Intensität der zu erbringenden Hilfeleistung fest; er beträgt höchstens CHF 87,40 pro Nacht[273].

E. Pflegehilfsmittel

1. Abgabe von Hilfsmitteln

Eine Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit zieht normalerweise Kosten für Pflegehilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl, Duschrollstuhl, Inkontinenzartikel, Salben etc.) nach sich. Die Pflegehilfsmittel werden einerseits von der Krankenversicherung im Rahmen der Mittel- und Gegenstände-Liste (sog. MiGel-Liste)[274] und andererseits von der IV übernommen. Der Versicherte hat Anspruch auf die in den jeweiligen Hilfsmittellisten aufgeführten Hilfsmittel[275], unabhängig davon, ob er das fragliche Hilfsmittel oder ein gleichwertiges Hilfsmittel bereits angeschafft hat[276].

Die Hilfsmittellisten, insbesondere die im Anhang zur HVI enthaltene Liste, sind insofern abschliessend, als sie die in Frage kommenden Hilfsmittelkategorien aufzählen. Dagegen ist bei jeder Hilfsmittelkategorie zu prüfen, ob die Aufzählung der einzelnen Hilfsmittel (innerhalb der Kategorie) ebenfalls abschliessend oder bloss exemplifikativ ist[277]. Die jeweiligen Hilfsmittel können entweder in natura – leihweise oder zu Eigentum – in einfacher und zweckmässiger Ausführung abgegeben[278] oder – im Bereich der Invaliden- und Militärversicherung – als Geldleistung (Amortisationsbeiträge, Ersatzleistung bzw. Entschädigung für Dienstleistungen Dritter)[279] entschädigt werden.

Die IV hat die in der Hilfsmittelliste unter Ziffer 14 erwähnten und nachfolgend aufgeführten Pflegehilfsmittel (Hilfsmittel für die Selbstvorsorge) abzugeben:

---

269 Vgl. Art. 39e Abs. 2 lit. b IVV.
270 Vgl. Art. 39e Abs. 2 lit. c IVV.
271 Vgl. Art. 39f Abs. 1 IVV.
272 Vgl. Art. 39f Abs. 2 IVV.
273 Vgl. Art. 39f Abs. 3 IVV.
274 Anhang 2 zur KLV (verfügbar unter http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html – zuletzt besucht am 05.12.2013).
275 Vgl. Art. 21 f. IVG und HVI, Art. 11 UVG und HVUV, Art. 21 MVG.
276 Vgl. Art. 2 Abs. 5 HVI.
277 Vgl. BGE 121 V 260 E. 2b und Art. 2 Abs. 5 HVI.
278 Vgl. Art. 21 Abs. 3 IVG.
279 Vgl. Art. 21bis Abs. 1 und 2 IVG sowie Art. 21 Abs. 2–4 MVG.

14.01 WC-Dusch- und WC-Trockenanlagen sowie Zusätze zu bestehenden Sanitäreinrichtungen,
sofern die versicherte Person ohne einen solchen Behelf nicht zur Durchführung der betreffenden Körperhygiene fähig ist. Die Abgabe erfolgt leihweise.

14.02 Krankenheber:
Zur Verwendung im privaten Wohnbereich. Die Abgabe erfolgt leihweise.

14.03 Elektrobetten (mit Aufzugbügel, jedoch ohne Matratze und sonstiges Zubehör):
Zur Verwendung im privaten Wohnbereich für Versicherte, die darauf angewiesen sind, um zu Bett zu gehen und aufzustehen. Die Abgabe erfolgt leihweise. Dauernd Bettlägerige sind vom Anspruch ausgeschlossen.
Vergütet wird der Kaufpreis eines Bettes bis zum Höchstbeitrag von 2500 Franken. Der Beitrag an die Auslieferungskosten des Elektrobettes beträgt 250 Franken.

14.04 Invaliditätsbedingte bauliche Änderungen in der Wohnung:
Anpassen von Bade-, Dusch- und WC-Räumen an die Invalidität, Versetzen oder Entfernen von Trennwänden, Verbreitern oder Auswechseln von Türen, Anbringen von Haltestangen, Handläufen und Zusatzgriffen, Entfernen von Türschwellen oder Erstellen von Schwellenrampen, Installation von Signalanlagen für hochgradig Schwerhörige, Gehörlose und Taubblinde. Der Höchstbeitrag für Signalanlagen beträgt 1300 Franken.

14.05 Treppenfahrstühle und Rampen:
Für Versicherte, die ohne einen solchen Behelf ihre Wohnstätte nicht verlassen können.
Wird anstelle eines Treppenfahrstuhls ein Treppenlift eingebaut, so beträgt der Höchstbeitrag 8000 Franken. In diesem Fall besteht kein Anspruch auf Vergütung von Reparaturkosten. Die Abgabe erfolgt leihweise.

14.06 Assistenzhund für körperbehinderte Personen,
sofern die Eignung der versicherten Person als Assistenzhundhalterin erwiesen ist und sie dank dieser Hilfe eigenständiger zu Hause leben kann. Der Anspruch besteht nur für schwer körperbehinderte Erwachsene, die eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit mittleren oder schweren Grades beziehen. Die Versicherung leistet zum Zeitpunkt der Abgabe des Assistenzhundes einen Pauschalbetrag von 15 500 Franken, der sich wie folgt zusammensetzt: 12 500 Franken für die Anschaffungskosten und 3000 Franken für Futter- und Tierarztkosten. Die Leistung kann maximal alle acht Jahre eingefordert werden, für jeden Hund jedoch nur einmal.

Einen darüber hinaus gehenden Pflegehilfsmittelkatalog kennen weder die AHV noch die Unfallversicherung. Pflegebedürftige AHV-Rentner erhalten entweder im Rahmen der Besitzstandswahrung die bisher von der Invalidenversicherung abgegebenen Pflegehilfsmittel oder sind auf die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten verwiesen[280].

Die bis 31. Dezember 2010 in Kraft gewesene ELKV sah unter diesem Titel die leihweise Abgabe (*) bzw. die Abgabe zu Eigentum folgender Pflegehilfsmittel vor:

- Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz (Ziffer 20*),
- Inhalationsapparate (Ziffer 21*),
- Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen, sofern ein Versicherter ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist (Ziffer 22*),
- Krankenheber, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist (Ziffer 23*),
- Elektrobetten, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit darstellt (Ziffer 24*),
- Nachtstühle (Ziffer 25),
- Coxarthrosestühle (Ziffer 26*) und
- Aufzugständer (Bettgalgen) (Ziffer 27*).

Diese Regelung wurde im Zusammenhang mit der Neuregelung des Finanzausgleichs zwischen den Kantonen per 1. Januar 2008 aufgehoben. Die Kantone sind nunmehr spätestens mit Wirkung ab 1. Januar 2011 (Ende der Übergangsfrist) gehalten, eine Vergütungspflicht für notwendige, zweckmässige und wirtschaftliche Hilfsmittel, namentlich Pflegehilfsmittel, vorzusehen, wobei sie den Umfang festlegen können[281]. Die meisten Kantone führen die frühere Pflegehilfsmittel-Liste der ELKV fort.

2. Entschädigung für Dienstleistungen Dritter

Invaliden-[282] und Militärversicherung[283] sehen sodann einen Anspruch auf Dienstleistungen Dritter vor. Voraussetzung für diesen Anspruch ist, dass der Versicherte die Voraussetzungen für die Abgabe eines bestimmten Hilfsmittels, namentlich auch, sofern erforderlich, eine dauernde existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausführt[284], erfüllen würde, dieses aber wegen Gegebenheiten, die in seiner Person liegen, nicht benützen kann[285].

An Stelle des Hilfsmittels erhält der Versicherte in einem solchen Fall eine Geldleistung. Die monatliche Vergütung für die Dienstleistungen Dritter darf weder den Betrag des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens des Versicherten noch den anderthalbfachen Mindestbetrag der ordentlichen einfachen Al-

280 Dazu infra Rn. 144 ff.
281 Vgl. Art. 14 Abs. 1 lit. f ELG.
282 Vgl. Art. 21bis Abs. 2 IVG. Die Regeln der IV gelten sinngemäss auch für die AHV (vgl. Art. 4 HVU).
283 Vgl. Art. 21 Abs. 4 MVG.
284 Vgl. 118 V 200 E. 3c.
285 Vgl. BGE 112 V 11 E. 1a und EVGE 1968, S. 272.

tersrente, d. h. CHF 1755,– (Stand: 01.01.2013), übersteigen[286]. Hätte der Versicherte Anspruch auf ein Hilfsmittel, kann dieses aber nicht selber bedienen, z. B. selbst ein Motorfahrzeug lenken, sind ihm die Substitutionskosten bis zum vorerwähnten Maximalbetrag zu entschädigen.

Ist der Versicherte bereits mit Hilfsmitteln, z. B. einem Hörgerät, adäquat versorgt, können auf Grund der substitutiven Natur keine zusätzlichen Dienstleistungen Dritter, namentlich Kosten eines Gebärdendolmetschers, gewährt werden[287]. Die Dienstleistung Dritter darf lediglich den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers kompensieren, um den Versicherten zu befähigen, den Arbeitsweg zurückzulegen oder berufliche Funktionen zu verrichten[288].

Die Hilfsmittelverordnung der Invalidenversicherung erwähnt insbesondere folgende Dienstleistungen Dritter[289]:

- *Transport und Begleitung von Behinderten vom Wohn- zum Arbeitsort* an Stelle eines Motorfahrzeuges oder eines Blindenführhundes auf dem Arbeitsweg, insbesondere auch Taxikosten,
- *Vorlesen von berufsnotwendigen Texten* zur Ermöglichung der Berufsausübung im Falle von Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung[290],
- *Dolmetschen von speziell anspruchsvollem Gesprächs-/Lernstoff*, wenn dies für die Berufsausübung oder den Schulbesuch im Falle von Gehörlosigkeit oder schwerer Hörbehinderung notwendig ist.

Bei *Bürohilfskräften* ist zu unterscheiden, ob die Hilfskraft an Stelle eines Hilfsmittels, das einen behinderungsbedingten Funktionsausfall des Versicherten, z. B. den Verlust der Sehkraft, substituiert, tätig ist oder nur Tätigkeiten ausführt, die der nur noch teilerwerbsfähige Versicherte behinderungsbedingt noch ausführen könnte bzw. ausgeführt hätte. Letztere Tätigkeiten stellen, auch wenn sie unter der Anleitung und Aufsicht des Versicherten erfolgen, und zeitlich relativ kurz sind, z. B. ca. zwei Wochenstunden, keine Dienstleistung Dritter dar[291].

Haben Versicherte für die Erwerbstätigkeit in einem *Landwirtschafts- oder Gewerbebetrieb* Anspruch auf ein *kostspieliges Hilfsmittel*, das von der IV nicht zurückgenommen oder nur schwer wieder abgegeben werden kann, so kann an Stelle des vom Versicherten angeschafften Hilfsmittels ein *selbstamortisierendes Darlehen* ausgerichtet werden[292]. Die Darlehenssumme verringert sich jährlich, je nach Abschreibungsdauer der Investitionen. Fallen die Anspruchsvoraussetzungen vor Ablauf der Abschreibungsdauer dahin, ist der Versicherte gegenüber der IV zur Rückzahlung der Restschuld verpflichtet[293].

---

286 Vgl. Rn. 1042 KHMI und Anhang 1 Ziff. 6.4.
287 Vgl. Urteil EVG vom 17.03.2005 (I 354/03) E.03.4.
288 Vgl. BGE 112 V 11 E.01b und 96 V 84.
289 Vgl. Rn. 1037 KHMI.
290 Siehe dazu Urteil BGer vom 18.09.2009 (9C_493/2009) E.05.2.2.3.
291 Vgl. BGE 112 V 11 E. 2 und 96 V 84.
292 Vgl. Art. 21bis Abs. 2bis IVG.
293 Vgl. Urteil BGer vom 25.01.2008 (9C_592/2007) E. 3.2 und Botschaft vom 21.02.2001 über die 4. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung = BBl 2001, S. 3205 ff., 3264.

F. Ergänzungsleistungen

1. Allgemeines

Personen mit *Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt* in der Schweiz haben Anspruch auf Ergänzungsleistungen, wenn sie eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung[294] beziehen oder Anspruch auf eine Invalidenrente der IV hätten, wenn sie die Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 IVG erfüllen würden[295]. Die versicherten Ergänzungsleistungen bestehen einerseits in einer *jährlichen Ergänzungsleistung*[296] sowie in einer *Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten*[297]. Bei beiden Leistungen ist das Pflegerisiko mitversichert, aber nicht voll gedeckt.

Die Ergänzungsleistungen bezwecken eine *Sicherung des sozialversicherungsrechtlichen Existenzminimums*[298]. Dieses geht über das absolute Sozialhilfeminimum hinaus[299]. Wer Ergänzungsleistungen bezieht, ist nach der Rechtsprechung denn auch nicht per se bedürftig und kann Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung erheben[300]. Die Ergänzungsleistungen sind subsidiär zu anderen Sozialversicherungsleistungen, insbesondere zu solchen der Kranken- und Unfallversicherung[301], anwendbar.

2. Jährliche Ergänzungsleistung

a) Anrechenbare Ausgaben

i. Hauspflege

Die jährliche Ergänzungsleistung ergibt sich durch eine Gegenüberstellung der anrechenbaren Ausgaben und der anrechenbaren Einnahmen. Sie entspricht dem Differenzbetrag und wird monatlich ausbezahlt. Bei den Ausgaben wird unterschieden, ob der Versicherte in einem Heim oder Zuhause betreut und gepflegt wird.

Anrechenbare Ausgaben sind bei Versicherten, die zu Hause wohnen, u. a. der *Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf*, die *Wohnungskosten* und die *Krankenkassenprämie*. Lebt der Versicherte in einem Paar- oder Familienhaushalt, erfolgt eine Gesamtberechnung, in welche die anerkannten Ausgaben und Einnahmen aller Mitglieder des fraglichen Haushalts miteinbezogen werden[302].

---

294 Personen mit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben erst Anspruch auf Ergänzungsleistungen, wenn sie das 18. Altersjahr vollendet haben (vgl. Art. 6 ELG).

295 Vgl. Art. 4 Abs. 1 lit. c und d ELG.

296 Vgl. Art. 3 Abs. 1 lit. a ELG.

297 Vgl. Art. 3 Abs. 1 lit. b ELG.

298 Vgl. Art. 2 Abs. 1 ELG.

299 Die anrechenbaren Ausgaben von CHF 31 340,– für einen Alleinstehenden zuzüglich die in Art. 10 Abs. 3 ELG erwähnten Ausgaben sind höher als das in den SKOS-Richtlinien erwähnte sozialhilferechtliche Existenzminimum.

300 Vgl. Urteil BGer vom 25.09.2008 (8C_530/2008) E. 4.2.

301 Statt vieler z. B. Urteil EVG vom 23.01.2002 (P 72/01) E. 2.

302 Vgl. Art. 9 Abs. 2 ELG.

Bei den Wohnungskosten können behinderungsbedingte Auslagen bis maximal CHF 3600,– für die *Miete einer rollstuhlgängigen Wohnung* zusätzlich zum jährlichen Maximalbetrag berücksichtigt werden[303]. Bewohnt der pflegebedürftige Versicherte eine eigene Wohnung oder ein Eigenheim, sind behinderungsbedingte Investitionen, z. B. für den Einbau und Betrieb eines Treppenlifts, als Gebäudeunterhaltskosten bis zum steuerlichen Maximalbetrag anzurechnen, sofern sie nicht als werterhaltend zu qualifizieren sind[304].

ii. Heimpflege

Beim *Wohnen im Heim* wird an Stelle des Betrags für den allgemeinen Lebensbedarfs ein *Betrag für persönliche Auslagen* und an Stelle der Wohnungskosten eine *Tagestaxe* berücksichtigt[305]. Als Folge des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Heim- und Hauspflege kann ein Heimbewohner als Ergänzungsleistung den Gegenwert des für eine zu Hause lebende Person berechneten maximalen Existenzminimums beziehen[306]. Liegen die Heimaufenthaltskosten über dem Existenzminimum von zu Hause lebenden EL-Bezügern, müssen die Kantone die Differenz vollständig übernehmen[307].

Die Kantone können eine *Obergrenze bei den anrechenbaren Tagestaxen* vorsehen[308]. Bislang war es den Kantonen nicht untersagt, Tagestaxen vorzusehen, die den Versicherten zum Bezug von Sozialhilfeleistungen zwangen. Seit Inkrafttreten der »Neuen Pflegefinanzierung« am 1. Januar 2011 müssen die anrechenbaren Tagestaxen beim Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim von Bundesrechts wegen so hoch sein, dass der Versicherte nicht sozialhilfebedürftig wird[309].

Die Kantone geniessen bei der Umsetzung des Sozialhilfeabhängigkeitsverbots einen Ermessensspielraum, weshalb ein Pensionär nicht zwingend Ergänzungsleistungen erhält, die genügen, um für den eigenen Aufenthalt in einem Heim aufkommen zu können[310]. Es kommt hinzu, dass das Sozialhilfeabhängigkeitsverbot nur bei einem Aufenthalt in einem »anerkannten Pflegeheim« gilt[311]. Anerkannte Pflegeheime sind solche, die sich auf der kantonalen Pflegeheimliste befinden und die weiteren Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 3 KVG erfüllen. Indem das ELG auf die krankenversicherungsrechtliche Anerkennung und Planung verweist, auferlegt es indessen die Beachtung einiger Grundsätze in Bezug auf den Umfang und die Auszahlung der Ergänzungsleistungen zu Gunsten der Personen, die in einem Heim wohnen[312].

---

303 Vgl. Art. 10 lit. b Ziff. 3 ELG.

304 Siehe Art. 16 ELV und Ziffer 4.3.9 des Kreisschreibens Nr. 11 »Abzug von Krankheits- und Unfallkosten sowie von behinderungsbedingten Kosten vom 31.08.2005« der Eidgenössischen Steuerverwaltung.

305 Vgl. Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG.

306 Vgl. Art. 13 Abs. 2 ELG.

307 Vgl. Art. 13 Abs. 2 letzter Satz ELG.

308 Vgl. Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG. Siehe zum Zweck dieses kantonalen Vorbehalts Urteil EVG vom 21.09.2004 (P 25/04) E. 4.3 und ferner die Übersicht über die im Jahr 2009 geltenden Taxen, in: Mitteilungen vom 10.6.2009 an die AHV-Ausgleichskassen und EL-Durchführungsstellen Nr. 251.

309 Vgl. Art. 10 Abs. 2 ELG.

310 Vgl. BGE 138 V 481 = Pra 2013 Nr. 31 E. 4.

311 Vgl. Art. 10 Abs. 2 lit. ELG.

312 Vgl. BGE 138 V 481 = Pra 2013 Nr. 31 E. 4.4.

In erster Linie muss der Kanton dafür besorgt sein, dass jede Person, die unter seine Gerichtsbarkeit fällt und die den gesetzlichen Bedingungen für den Aufenthalt in einem Heim entspricht, tatsächlich über einen Platz verfügen kann. In zweiter Linie kann den Versicherten grundsätzlich nicht die Möglichkeit vorenthalten werden, zwischen den auf der kantonalen Liste aufgeführten Heimen zu wählen. Drittens muss der bedürftige Pensionär eines Heimes, dessen Aufenthaltstarife den vom Kanton festgesetzten Höchstbetrag überschreiten, gleichfalls sich darin aufhalten können, jedoch unter der Bedingung, dass das zur Diskussion stehende Heim es akzeptiert, die Person zu dem vom Kanton festgesetzten Tarif aufzunehmen[313].

Der vom Wohnsitzkanton vorgesehene Höchstbetrag für Tagestaxen ist auf die Festsetzung der anerkannten Ausgaben einer Versicherten anwendbar, die sich in einem spezialisierten Pflegeheim in einem andern Kanton aufhält, welcher einen höheren anrechenbaren Betrag kennt. Mit Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG vereinbar ist, wenn ein Kanton die zu berücksichtigenden Aufenthaltskosten in einer Weise begrenzt, dass im Regelfall nur die Sozialhilfeabhängigkeit von Pensionären verhindert wird, die in einer von ihm selber anerkannten Einrichtung betreut werden. In einem neueren Urteil hat das Bundesgericht nicht beanstandet, dass eine betagte Frau mit zunehmender Demenz jährliche Aufenthaltskosten von CHF 63 875,– zu tragen hat, weil sie von ihrem Wohnkanton Tessin in ein Pflegeheim im Kanton Zürich wechselte, wo ihre Töchter leben[314].

Bei der Berechnung der Ergänzungsleistung des Ehegatten, der nicht im Heim oder Spital lebt, werden lediglich die Mietzinsausgaben für Alleinstehende von derzeit CHF 13 200,– berücksichtigt[315]. Diese Regelung hat zur Folge, dass der nicht im Heim lebende Ehegatte trotz der Heraufsetzung der Vermögensfreigrenze auf CHF 300 000,–[316] gefährdet ist, die bisherige eheliche Wohnung verlassen zu müssen, wenn die jährlichen Unterhaltskosten der Wohnung oder des Wohnhauses über CHF 13 200,– liegen.

b) Anrechenbare Einnahmen

Von den anrechenbaren Ausgaben werden die anrechenbaren Einnahmen abgezogen. Dazu zählen u. a. Erwerbs- und Renteneinkommen sowie Zinserträge. Angerechnet wird ein Fünfzehntel bei Alleinstehenden bzw. ein Zehntel bei Ehepaaren bei Altersrentnern desjenigen Vermögens, das über der Vermögensfreigrenze von CHF 37 500,– für Alleinstehende und CHF 60 000,– für Ehegatten liegt[317]. Die Kantone können bei einem Heimaufenthalt den Anteil des anrechenbaren Vermögens auf einen Fünftel erhöhen[318].

Die für in *selbstbewohntes Wohneigentum investiertes Eigenkapital* bisher geltende Vermögensfreigrenze von CHF 112 500,– wurde mit In-Kraft-Treten

313 Ibid.
314 Vgl. BGE 138 V 481 = Pra 2013 Nr. 31.
315 Vgl. Art. 1c Abs. 2 ELV.
316 Dazu infra Rn 142.
317 Vgl. Art. 11 Abs. 1 lit. c ELG.
318 Vgl. Art. 11 Abs. 2 ELG.

der »Neuen Pflegefinanzierung« am 1. Januar 2011 auf *CHF 300 000,–* erhöht, wenn ein Ehegatte im Heim und der andere Ehegatte in einer selbstbewohnten Liegenschaft lebt bzw. die Ehegatten in einer selbstbewohnten Liegenschaft leben und einer von ihnen Bezüger einer Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Unfall- oder Militärversicherung ist[319].

Sind in der Tagestaxe eines Heims oder Spitals auch die *Kosten für die Pflege* einer hilflosen Person enthalten, so wird die Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Militär- oder Unfallversicherung als Einnahme angerechnet[320].

3. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

a) Allgemeines

Eine *Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten* kann von den Bezügern einer jährlichen Ergänzungsleistung beansprucht werden[321]. Auch Heimbewohner sind anspruchsberechtigt, aber nur bis maximal CHF 6000,– pro Jahr[322]. Versicherte, die auf Grund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung haben, im übrigen aber alle Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug einer jährlichen Ergänzungsleistung erfüllen, haben Anspruch auf die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten, die den Einnahmenüberschuss übersteigen[323].

b) Anerkannte Krankheits- und Behinderungskosten

Die zu entschädigenden Krankheits- und Behinderungskosten werden im Rahmen bundesrechtlicher Vorgaben[324] durch die Kantone bezeichnet[325]. Die Kantone haben von Bundesrechts wegen folgende Kosten zu vergüten[326]:

- Kosten für zahnärztliche Behandlung,
- Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen,
- Kosten für ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren,
- Diätkosten,
- Kosten für Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle,
- Hilfsmittel und
- die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG.

Bis zum 31. Dezember 2010 wurde der *Erwerbsausfall pflegender Angehöriger* entschädigt, sofern diese nicht in die EL-Berechnung eingeschlossen waren und der Erwerbsausfall sowohl »wesentlich« als auch »länger dauernd« war[327]. Praxisgemäss kann unter Umständen bereits eine Erwerbseinbusse von

319 Vgl. Art. 11 Abs. 1bis ELG.
320 Vgl. Art. 15b ELV.
321 Vgl. Art. 14 Abs. 1 ELG.
322 Vgl. Art. 14 Abs. 3 lit. b ELG.
323 Vgl. Art. 14 Abs. 6 ELG.
324 Vgl. Art. 14 Abs. 1 und 3 ELG.
325 Vgl. Art. 14 Abs. 2 ELG.
326 Vgl. Art. 14 Abs. 1 ELG.
327 Vgl. Art. 13b aELKV. Siehe z. B. die Anwendungsfälle Urteile BGer vom 10.08.2009 (9C_84/2009) (Pflege durch Mutter), vom 11.02.2009 (8C_773/2008) (Pflege durch Enkelin) und vom 23.11.2007 (8C_227/2007) (Pflege durch Schwester).

10 % als erheblich betrachtet werden; ein Ausfall von lediglich fünf Arbeitstagen begründet aber keine dauernde Erwerbseinbusse[328]. Per 1. Januar 2011 müssen die Kantone eigene Verordnungen zur Vergütung des Erwerbsausfalls erlassen. Beispielsweise gilt derzeit im Kanton Aargau ein Erwerbsausfall von 10 % und eine Dauer von vier Wochen als antragsberechtigt[329].

Die kantonalen Ausführungsbestimmungen verweisen regelmässig auf die früheren bundesrechtlichen Grundsätze, sehen aber mitunter für pflegende Angehörige, unabhängig vom Nachweis eines Erwerbsausfalls, Entschädigungen vor, im Kanton Bern beispielsweise maximal CHF 9600,– pro Jahr[330].

Die Frage, ob und allenfalls in welchem Ausmass pflegende Angehörige einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wären, ist mit Rücksicht auf die persönlichen, familiären, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse unter Berücksichtigung des Umfangs der zu leistenden Pflege zu beurteilen[331]. Die Verwaltung hat angesichts der Beweisschwierigkeiten den anspruchsbegründenden Sachverhalt der mutmasslichen Erwerbstätigkeit »besonders sorgfältig« zu erheben[332]. Die Annahme einer Erwerbseinbusse gestützt auf statistische Werte ist mit dem Untersuchungsgrundsatz nicht vereinbar[333]. Bestanden beim pflegenden Angehörigen vor Beginn des Betreuungsverhältnisses seit Jahren grossen Einkommensschwankungen, ist die Annahme einer Erwerbseinbusse nicht gerechtfertigt[334].

c) Höchstbeträge

Die Kantone sind im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben frei, die ersatzfähigen Kosten und die zu ersetzenden Höchstbeträge zu bestimmen[335]. Sie sind insbesondere berechtigt, die Kostenvergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben zu beschränken.

Die ausgewiesenen Krankheits- und Behinderungskosten werden im Umfang der geltenden *allgemeinen und besonderen Höchstbeträge*, die je nach Hilflosigkeitsgrad abgestuft sind, übernommen. Die Kantone können seit dem 1. Januar 2011 allgemeine und besondere Höchstbeträge festlegen. Die allgemeinen kantonalen Höchstbeträge dürfen folgende Beträge nicht unterschreiten:

Bei zu Hause lebenden Personen:

- alleinstehenden und verwitweten Personen sowie Ehegatten von in Heimen oder Spitälern lebenden Personen: CHF 25 000,–,
- Ehepaaren: CHF 50 000,– und

328 Vgl. Urteil BGer vom 25.04.2007 (P 18/06) E. 4 und SVR 1998 EL Nr. 10 S. 25.
329 Vgl. § 14 Abs. 3 Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV-AG) vom 17. November 2010.
330 Vgl. Art. 15 Abs. 3 EV ELG (BE).
331 Vgl. Urteil BGer vom 11.02.2009 (8C_773/2008) E. 5.2.
332 Ibid. E. 5.2
333 Vgl. Urteil BGer vom 23.11.2007 (8C_227/2007) E. 4.3.
334 Ibid. E. 4.5.
335 Vgl. Art. 14 Abs. 2 und 3 ELG.

- Vollwaisen: CHF 10 000,–[336]
- Bei in Heimen lebenden Personen: CHF 6000,–[337].

Bei zu Hause lebenden alleinstehenden und verwitweten Personen oder bei zu Hause lebenden Ehegatten von in Heimen oder Spitälern lebenden Personen, denen ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV oder UV zusteht, erhöht sich der Mindestbetrag von CHF 25 000,– bei schwerer Hilflosigkeit auf CHF 90 000,– bzw. bei mittlerer Hilflosigkeit auf CHF 60 000,–[338]. Dieselbe Erhöhung wird auch bei Bezügern einer Hilflosenentschädigung der AHV gewährt, die vorher eine Hilflosenentschädigung der IV bezogen haben[339].

Bei zu Hause lebenden Ehepaaren, von denen einer oder beide hilflos sind, erhöht sich der Mindestbetrag von CHF 50 000,– wie folgt[340]:

Anzahl Personen mit HE	*Grad der Hilflosigkeit*	*Höchstbetrag*
beide Ehegatten	je schwer	CHF 180 000,–
	je mittelschwer	CHF 120 000,–
	ein Ehegatte schwer	CHF 150 000,–
	ein Ehegatte mittelschwer	CHF 150 000,–
ein Ehegatte	schwer	CHF 115 000,–
	mittelschwer	CHF 85 000,–

Die besonderen Höchstgrenzen, bei schwer hilflosen Alleinstehenden CHF 90 000,–, bezwecken, pflege- und betreuungsbedürftigen Personen die Gelegenheit zu geben, möglichst lange selbstständig wohnen zu können und nicht in ein Heim eintreten zu müssen. Aus diesem Grund beschränkt sich die Erhöhung der allgemeinen Höchstgrenze von CHF 25 000,– auf die Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten.

Im Unterschied zur allgemeinen Höchstgrenze, bei Alleinstehenden CHF 25 000,–, wird bei der Festlegung der besonderen Höchstgrenze, bei Alleinstehenden maximal CHF 90 000,–, die Hilflosenentschädigung vorab in Abzug gebracht, da die Erhöhung nur in Frage kommt, »soweit die Kosten für Pflege und Betreuung durch die Hilflosenentschädigung nicht gedeckt sind«[341].

336 Vgl. Art. 14 Abs. 3 lit. a ELG.
337 Vgl. Art. 14 Abs. 3 lit. b ELG.
338 Vgl. Art. 14 Abs. 4 ELG und Art. 19b Abs. 1 ELV.
339 Vgl. Art. 14 Abs. 5 ELG.
340 Vgl. Art. 19b Abs. 2 ELV.
341 Art. 3d Abs. 2bis 2. Halbsatz von Satz 1 aELG und ferner Urteil BGer vom 10.08.2009 (9C_84/2009) E. 4.2.

G. Betreuungsgutschriften

1. Allgemeines

Im Rahmen der 10. AHV-Revision wurden mit Wirkung ab 1. Januar 1997 Erziehungs-[342] und Betreuungsgutschriften[343] eingeführt. Die Betreuungsgutschriften bestehen in einer jährlichen Rentengutschrift für Versicherte, die hilflose Angehörige betreuen[344], d. h. die betreute Person muss Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades haben[345]. Die Betreuungsgutschriften stehen nur obligatorisch oder freiwillig nach AHVG versicherten Personen zu[346].

Für Zeiten, in welchen gleichzeitig ein Anspruch auf eine Erziehungsgutschrift besteht, kann keine Betreuungsgutschrift angerechnet werden[347]. Sofern hilflose Kinder durch Verwandte in auf- oder absteigender Linie betreut werden, denen keine Erziehungsgutschriften zustehen, können die Betreuungsgutschriften auch schon für Zeiten vor dem 16. Altersjahr des Kindes angerechnet werden[348].

2. Anspruchsvoraussetzungen

a) Anerkannte Angehörige

Die betreute Person muss eine Verwandte in auf- oder absteigender Linie oder ein Geschwister des Versicherten sein[349]. Den Verwandten sind Ehegatten, Schwiegereltern und Stiefkinder sowie eingetragene Partnerschaften gleichgestellt[350]. Die Betreuungsgutschrift wird unabhängig von der Betreuungs- und Pflegeintensität egalitär ausgerichtet und entspricht dem Betrag der dreifachen minimalen jährlichen Altersvollrente im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs[351]. Bei verheirateten Personen wird die Betreuungsgutschrift während der Kalenderjahre der Ehe hälftig aufgeteilt[352]. Erfüllen mehrere Personen die Voraussetzungen für die Anrechnung von Betreuungsgutschriften, so wird die Betreuungsgutschrift zu gleichen Teilen auf alle anspruchsberechtigten Personen aufgeteilt[353].

---

342 Vgl. Art. 29sexies AHVG
343 Vgl. Art. 29septies AHVG und Art. 52g ff. AHVV sowie Kreisschreiben über die Betreuungsgutschriften (KSBGS; Stand: 01.01.2012).
344 Vgl. Art. 29septies Abs. 1 AHVG.
345 Vgl. Art. 29septies Abs. 1 AHVG.
346 Vgl. Art. 29septies Abs. 1 AHVG.
347 Vgl. Art. 29septies Abs. 2 AHVG.
348 Vgl. Rn. 1002 KSBGS.
349 Vgl. Art. 29septies Abs. 1 AHVG.
350 Vgl. Art. 29septies Abs. 1 AHVG.
351 Vgl. Art. 29septies Abs. 4 AHVG.
352 Vgl. Art. 29septies Abs. 6 AHVG.
353 Vgl. Art. 52i AHVV.

b) Qualifizierte Hilflosigkeit

Der betreuten Person muss ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV, der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung für *mindestens mittlere Hilflosigkeit* zustehen[354].

Der Gesetzestext setzt explizit einen »anerkannten« Anspruch voraus, was so verstanden werden könnte, dass nur die Betreuung von Bezügern einer Hilflosenentschädigung Anspruch auf Betreuungsgutschriften vermittelt. Die Rechtsprechung hat jedoch geklärt, dass es genügt, wenn die betreute Person hilflos ist und eine Hilflosenentschädigung der AHV/IV oder der Unfallversicherung[355] beanspruchen könnte. Ob sie tatsächlich eine Hilflosenentschädigung bezieht, ist unerheblich[356].

Der Hilflosenentschädigung gleichgestellt ist der Intensivpflegezuschlag[357]. Bei minderjährigen Versicherten, die von Angehörigen betreut werden, werden Betreuungsgutschriften in der Regel nur für die Zeit zwischen der Vollendung des 16. und dem 18. Altersjahr des Kindes berücksichtigt, da bis zur Vollendung des 16. Altersjahres Erziehungsgutschriften angerechnet werden.

c) Leichte Erreichbarkeit

Bis zur Revision der Betreuungsgutschriften im Jahr 2011[358] setzte der Anspruch auf Betreuungsgutschriften einen gemeinsamen Haushalt der betreuenden und der betreuten Person voraus. Diese Voraussetzung war erfüllt bei gleicher Wohnung, einer anderen Wohnung im gleichen Gebäude oder einer Wohnung in einem anderen Gebäude auf demselben oder einem benachbarten Grundstück[359]. Bei einer Entfernung von 800 Metern zwischen dem Haus der betreuenden und der Wohnung der pflegebedürftigen Person kann nicht mehr von einem benachbarten Grundstück bzw. von einem gemeinsamen Haushalt gesprochen werden[360].

Seit dem 1. Januar 2012 genügt es, wenn die betreute Person leicht erreicht werden kann[361]. Das Erfordernis der leichten Erreichbarkeit ist insbesondere dann erfüllt, wenn die Betreuungsperson nicht mehr als 30 km entfernt von der betreuten Person wohnt oder diese innert einer Stunde erreichen kann[362]. Die Wohnsituation, wonach die betreute Person leicht zu erreichen ist, muss während mindestens 180 Tagen im Kalenderjahr gegeben sein[363].

---

354 Vgl. Art. 29septies Abs. 1 AHVG.
355 Siehe BGE 127 V 113 ff.
356 Vgl. BGE 126 V 435 ff.
357 Vgl. Rn. 1002 KSBGS.
358 Siehe Ziff. I des BG vom 17. Juni 2011 (Verbesserung der Durchführung), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011, 4745; BBl 2011, 543).
359 Vgl. aArt. 52g AHVV.
360 Vgl. BGE 129 V 352 ff.
361 Vgl. Art. 29septies Abs. 1 AHVG.
362 Vgl. Art. 52g AHVV.
363 Vgl. Rn. 3010.1 KSBGS.

H. Weitere Sicherungsinstrumente

1. Steuerabzüge

Von den gesamten steuerbaren Einkünften werden die zu ihrer Erzielung notwendigen Aufwendungen und die allgemeinen Abzüge abgerechnet. Als allgemeine Abzüge gelten unter anderem auch die behinderungsbedingten Kosten des Steuerpflichtigen oder der von ihm unterhaltenen Personen mit Behinderungen im Sinne des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 13. Dezember 2002, soweit der Steuerpflichtige die Kosten selber trägt[364]. Die Eidgenössische Steuerverwaltung ESTV hat die Ausführungsbestimmungen mit Kreisschreiben Nr. 11: Abzug von Krankheits- und Unfallkosten sowie von behinderungsbedingten Kosten geregelt.

2. Kantonale Förderung der Angehörigenpflege

Eine finanzielle Förderung der Angehörigenpflege erfolgt ferner im kantonalen Recht durch *besondere Steuerabzüge*[365] und gesundheitsrechtliche *Pflegeentschädigungen*[366]. Diese werden dabei in der Regel dem pflegenden Angehörigen und zudem unabhängig davon ausgerichtet, ob der Pflegebedürftige die Voraussetzungen der seit 2008 kantonalisierten Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten erfüllt[367].

3. Sozialhilfe

Die Betreuungs- und Pflegekosten, die von keinem anderen Sicherungssystem gedeckt werden, sind von der Sozialhilfe zu tragen. Die Sozialhilfe ist von der Nothilfe[368] zu unterscheiden und von den Kantonen zu regeln. Jeder Kanton hat eine eigene Sozialhilfegesetzgebung, verweist darin regelmässig auf die Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe[369]. Diese sehen eine Grunddeckung (Grundbedarf für Lebensunterhalt, Wohnungskosten zuzüglich Krankenversicherungsprämie) und situationsbedingte Leistungen vor. Der Grundbedarf für den Lebensunterhalt beinhaltet die Kosten für Gesundheitspflege ohne Selbstbehalte und Franchisen (z. B. selbst gekaufte Medikamente)[370].

Die situationsbedingten Leistungen betreffend Pflege und Betreuung sind die Folgenden:

---

364 Vgl. Art. 9 Abs. 2 lit. h^{bis} StHG und Art. 33 Abs. 1 lit. h^{bis} DBG.

365 Siehe z. B. § 42 I d StG AG (CHF 3000,–) und Art. 28 lit. g StG BE.

366 Vgl. § 24 lit. c SPG AG und § 21 lit. b SPV AG (Pflegeentschädigung in der Höhe der maximalen Waisenrente gemäss AHVG), § 11 SpitexG BS und §§ 6 ff. SpitexVO BS (ab einer Stunde Pflegebedürftigkeit pro Tag, maximal 35 % des Höchstbetrages der AHV-Rente) und Art. 4 HPflG FR (Pauschalentschädigung von CHF 25,– pro Tag).

367 Vgl. Art. 14 Abs. 1 ELG.

368 Dazu supra Rn. 9.

369 Vgl. http://www.skos.ch/store/pdf_d/richtlinien/richtlinien/RL_deutsch_2012.pdf (zuletzt besucht am 05.12.2013).

370 Vgl. Ziffer B.2.1 SKOS-Richtlinien 2012.

- Unter den Titel *krankheits- und behinderungsbedingte Auslagen* fallen Kosten für Leistungen, die nicht im Rahmen der medizinischen Grundversorgung liegen, aber im konkreten Einzelfall sinnvoll und nutzbringend sind. Vergütet werden Mehrauslagen im Zusammenhang mit Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause oder in Tagesstrukturen, Transport zur nächstgelegenen Behandlungsstelle und Hilfsmittel[371].
- Die Vergütung von *Erwerbskosten und Auslagen für nicht lohnmässig honorierte Leistungen* umfassen auch die effektiven Kosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung anderer, nicht lohnmässig honorierter Leistungen (Freiwilligen- oder Nachbarschaftsarbeit, Pflege von Familienangehörigen, Teilnahme an Integrations- oder Qualifikationsprogrammen, Stellensuche etc.) anfallen. Die effektiven mit solchen von der Sozialhilfe erwünschten und geförderten Tätigkeiten zusammenhängenden zusätzlichen Kosten sind bei der Budgetierung vollumfänglich zu berücksichtigen. Für die Mehrkosten auswärts eingenommener Hauptmahlzeiten gilt allgemein ein Ansatz von 8 bis 10 Franken pro Mahlzeit. Diese Kosten dürfen nicht mit Integrationszulagen oder Einkommens-Freibeträgen verrechnet werden[372].
- Eine *Integrationszulage* wird nicht erwerbstätigen Personen gewährt, die das 16. Lebensjahr vollendet haben und sich besonders um ihre soziale und/oder berufliche Integration sowie um diejenige von Menschen in ihrer Umgebung bemühen. Die Integrationszulage beträgt je nach der erbrachten Leistung und ihrer Bedeutung für den Integrationsprozess zwischen CHF 100 und 300 pro Person und Monat. Diese Bandbreite stellt einen verbindlichen Handlungsrahmen dar, innerhalb dessen die zuständigen Sozialhilfeorgane die Einzelheiten der Anwendung festlegen können. Über die Integrationszulage sollen berufliche Qualifizierung, Schulung und Ausbildung, gemeinnützige oder nachbarschaftliche Tätigkeit sowie die Pflege von Angehörigen finanziell honoriert und gefördert werden[373].

V. Kritische Würdigung und zukünftige Lösungsansätze

A. Kritische Würdigung

In der Schweiz ist seit der Gründung des Bundesstaates im Jahr 1848 anerkannt, dass die Solidargemeinschaft für Hilfs- und Pflegebedürftige zu sorgen hat. Historisch bestand diese Unterstützung erst in einer Hilflosenzusatzrente, mithin einem prozentualen Zuschlag zum Taggeld bzw. zur Invalidenrente der Militär- und der Unfallversicherung.

Mit der Einführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie der Invalidenversicherung (IV) wurde *vor rund 50 Jahren ein Systemwechsel* vollzogen. An Stelle der Hilflosenzusatzrente wurden Hilflosenentschädigungen in allen Sozialversicherungssystemen eingeführt. Diese Versi-

371 Vgl. Ziffer C.1.1 SKOS-Richtlinien 2012.
372 Vgl. Ziffer C.1.2 SKOS-Richtlinien 2012.
373 Vgl. Ziffer C.2 SKOS-Richtlinien 2012.

cherungsleistung wurde und war während Jahrzehnten die Betreuungs- und Pflegeentschädigung, da sie allen hilfs- und pflegebedürftigen Personen erleichterte, mit Gesundheitsbeeinträchtigungen zu Hause bleiben zu können.

Der Gesetzgeber hat in den vergangen fünfzig Jahren den sachlichen Geltungsbereich der Hilflosenentschädigung ausgedehnt und zudem neue Versicherungsleistungen für hilfs- und pflegebedürftige Personen eingeführt. Das *Neben- und Durcheinander der Versicherung von diversen Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen* hat das schweizerische Pflegeversicherungssystem überaus komplex werden lassen. Je mehr Versicherungsleistungen bestehen, desto grösser werden die Unklarheit für die Versicherten und die Versicherer, den Koordinationsbedarf und die Gefahr der Über- und Unterdeckung.

Die zum Teil unklaren und verwirrlichen Begriffe für die Umschreibung von »Hilflosigkeit« und »Pflegebedürftigkeit», die an das babylonische Sprachenwirrwar erinnern, verstärken die *Inkohärenz des Systems*. Weil sich Hilflosen- und Pflegeentschädigungen, so wie sie normativ verstanden werden, teilweise überschneiden, muss letztlich mit Bezug auf jede Leistungskategorie einzelfallweise geprüft werden, inwieweit eine sachliche Kongruenz besteht.

Das Ineinanderübergehen und Überlagern von an sich wesensverschiedenen Versicherungsleistungen ist rechtsstaatlich bedenklich, weil einerseits *keine Rechtssicherheit* herrscht und andererseits sich die Versicherer mit den Versicherten im Rechtsalltag über den Umfang der Leistungspflicht oft und zunehmend streiten, um möglichst wenig bezahlen zu müssen bzw. weil geltend gemacht wird, der fragliche Hilfs- oder Pflegebedarf sei bereits durch eine andere Versicherungsleistung abgedeckt. Da *hilflose und pflegebedürftige Personen* zu den *Schwächsten der Gesellschaft* zählen, werden sie tendenziell durch solche schwer durchschaubare Systeme benachteiligt.

Eine weitere *Benachteiligung* erfolgt durch die *teilweise Objektfinanzierung* bzw. Subventionierung von Leistungserbringern. Ausgehend vom Förderungsgedanken, der den Gesetzgeber in den 1950er Jahren veranlasst hat, Bau- und Betriebsbeiträge für Behinderteneinrichtungen und -organisationen in der Invalidenversicherung vorzusehen, wurde die Objektfinanzierung zunehmend ausgebaut und in jüngster Vergangenheit – anlässlich der Neuregelung des Finanzausgleichs und der Einführung der »Neuen Pflegefinanzierung« – kantonalisiert.

Das Nebeneinander von Pflegeversicherungsleistungen und Pflegebetriebssubventionen verkompliziert das System nicht nur, sondern es verursacht auch ein *Autonomiedefizit* derart, dass die betreuungs- und pflegebedürftige Person zwar Geld erhält, aber nicht alles Geld erhält, das der Staat für sie ausgibt. Die Wahlfreiheit unter den vorhandenen Leistungsangeboten und letztlich die Selbstbestimmung leiden unter einem solchen System.

B. Auf- und Ausbau neuer Lösungsansätze

Bei der *Neukonzeption des Begriffs der Pflegebedürftigkeit* sind insbesondere die Schirmbegriffe »Grund- und Behandlungspflege« sowie »Aktivitäten des täglichen Lebens« zu fokussieren. Die Verwendung und *Unterscheidung der sogenannten Grund- und Behandlungspflege* – sie entstammt der gesundheitsökonomischen Sicht der 1960er Jahre[374] – wurde bereits in den 1990er Jahren aus pflege- wie auch rechtswissenschaftlicher Sicht *als überholt* beurteilt[375]. Das Begriffspaar wurde zwar in anfänglichen Auflagen von einigen deutschsprachigen Pflegelehrbüchern verwendet[376], ist jedoch in aktuellen und vor allem internationalen Handbüchern zur Pflegeausbildung nicht ersichtlich[377].

Anstelle der beiden Kategorien bietet sich der *Pflegeprozess als national und international etabliertes Kategorisierungssystem* an[378]. Der Pflegeprozess schliesst sowohl die Anamnese ein (Abklärung[379]), die pflegerischen Massnahmen und ebenso die heute in der KLV nicht aufgeführte, aber unter heutigen Qualitätsgesichtspunkten immer wichtigere Evaluation der eingeleiteten Massnahmen[380]. Ein Vorteil des Pflegeprozesses ist auch, dass die prozessuale Einbettung einer Massnahme im Vergleich zu kontextunabhängigen Einzelleistungskatalogen und deren Vergütung stärker auf ein *kombiniertes Qualitäts- und Kostendenken* ausgerichtet ist.

Auch der zweite Schirmbegriff, die »(Instrumentellen) Aktivitäten des Täglichen Lebens», geht auf Publikationen aus den 1960er Jahren zurück[381]. In der Fachliteratur zur Langzeitversorgung werden dazu zahlreiche unterschiedliche Modelle und Interpretationen referenziert und kritisch diskutiert[382]. Auffallend ist einerseits die *grosse Variation der Anzahl Aktivitäten*, die von 14 bis 6 reicht[383] und andererseits, dass bereits in der frühen Nutzung des Konzepts innerhalb der 6 ATL unterschiedliche Aktivitäten definiert sind[384].

Interessant ist auch, dass vor allem bei den Instrumenten mit wenigen ATLs die Pflegebedürftigkeit auf den *somatisch orientierten Status* fokussiert und hier primär Defizite markiert (Baden, Kleiden, Toilette etc.). Die kommunikativen Funktionen, die vor allem der Beurteilung der Massnahmen dienen (u. a. Beurteilen der Schmerzfreiheit) dienen, oder die Erfassung der sozialen Teilhabe, z. B. die Alltagsgestaltung, bleibt mit diesen Instrumenten unbe-

374 Vgl. Eichhorn, 1967.
375 Vgl. Klie, 1998, und Müller, 1998.
376 Vgl. u. a. Juchli, 1973.
377 Siehe etwa Menche (2011). Pflege heute (5. Auflage). München: Urban & Fischer; Schewior-Popp/Sitzmann/Ullrich, (2012). Thiemes Pflege – Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung (12. Auflage). Stuttgart: Thieme; Rosdahl Bunker/Kowalski (2011). Textbook of Basic Nursing (10th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
378 Siehe etwa Wilkinson, 2012.
379 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV.
380 Vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2009.
381 Lawto/Brody, 1969.
382 Exemplarisch Feinstein et al., 1986, Bennett, 1999, und Sikkes et al., 2009.
383 14 ATL bei Henderson, 1960, und 6 bei Lawton/Brody, 1969.
384 Vgl. Katz, 1963, und Lawton/Brody, 1969.

rücksichtigt. Insofern sind heute Instrumente zur Erfassung von Pflegebedürftigkeit zu wählen, die bei somatischen, bzw. psychischen und kommunikativ-kognitiven Einschränkungen, eine Gleichbehandlung ermöglichen.

Beiden Schirmbegriffen ist gemeinsam, dass sie Funktionen, bzw. funktionale Einschränkungen kategorisieren, *ohne den Kontext zu berücksichtigen.* Die Kategorie »Essen und Trinken« ist ein gutes Beispiel dafür, dass vom Kontext losgelöste Funktionen zu einer ungenauen Einschätzung führen. Die Erfassung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme resultiert z. B. bei einer gesunden Person mit zwei gebrochenen Armen in einem vorübergehenden Hilfebedarf beim Essen und Trinken. Hier ist eine repetitive Hilfestellung nötig, indem Speisen und Getränke mundgerecht gereicht werden, wobei dies in der Regel in einem standardisierten Zeitrahmen möglich ist. Hingegen ist »Essen und Trinken« für eine Person mit Halbseitenlähmung sowie Schluck- und Kaubeschwerden in der Hilfestellung und dessen Zeitrahmen anders zu bewerten.

Die Schluckschwierigkeiten sind zunächst in einem rehabilitativen Prozess zu stabilisieren und die neu erlernten Ess- und Schlucktechniken danach im Alltag aufrecht zu erhalten. Die Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist auch sekundärpräventiv anzugehen, um insbesondere eine Aspirationspneumonie zu vermeiden. Der Zeitaufwand für die mundgerechte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist nur bedingt standardisierbar, bzw. abhängig von der Ausprägung der verbleibenden Lähmung und der Kau- und Schluckbeschwerden. Hinzu kommt, dass auch die Haushaltführung aufwändiger ist, wenn die Bereitstellung von Speisen und Getränken den Schluckbeschwerden angepasst werden muss.

Ein Beispiel für die Kombination von somatischen und kognitiven Einschränkungen bzw. die Erfassung des entsprechenden *Hilfebedarfs ist die Mundpflege bei einem dementen Menschen.* Im Minimum sind folgende Aufgaben zu berücksichtigen: manuelle Hilfestellung oder Übernahme der Zahnreinigung, kommunikative Instruktion zum Zähneputzen oder zum Öffnen des Mundes, Inspektion der Mundhöhle, und schliesslich die Evaluation zum Zustand der Zähne und der Mundschleimhaut.

Angesichts dieser unterschiedlichen Anforderungen für ein und dieselbe ATL-Kategorie kann auch *nicht von »einfacher Grundpflege« gesprochen werden,* denn die somatischen oder kognitiven Umstände – in der häuslichen Pflege oft kombiniert mit räumlichen Einschränkungen – sind mitunter alles andere als einfach. Entsprechend müssen die manuellen Tätigkeiten mit geeigneten Verhaltens- oder Motivationstechniken kombiniert und der Krankheitsverlaufsdynamik laufend angepasst werden.

Bei dieser Komplexität der Pflegebedürftigkeit setzen neuere Systematisierungs-Bemühungen zum Begriff und Inhalt der Pflegebedürftigkeit an. In Deutschland wurde dazu unlängst ein neues *Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit* entwickelt[385], dem eine gründliche Ana-

385 Vgl. Wingenfeld et al., 2011.

lyse des Begriffs und der internationalen Verfahren vorausging. Die acht neu herausgearbeiteten Kategorien[386] sind in ein Begutachtungsverfahren eingebettet, das inhaltlich und messtechnisch kohärent ist, sich an Ressourcen und weniger an Defiziten orientiert und für die individuelle Pflegeplanung eine solide Grundlage bietet.

Bereits seit 2001 stellt auch die WHO ihre »*Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*«[387] zur Verfügung, die sich – entgegen einem weit verbreiteten Missverständnis – nicht nur bei Behinderungszuständen, sondern *bei sämtlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen* nutzen lässt. Anhand der Personen- und Kontextfaktoren wird die Funktionseinschränkung erhoben und bewertet. Dieses Instrument hat sich vor allem in der rehabilitativen Gesundheitsversorgung etabliert.

Bemerkenswert ist, dass sich beide genannten Verfahren nicht primär an der durch Professionelle durchgeführten Leistungen, d. h. dem Pflegebedarf, orientieren, sondern an der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten. Diese ist über Jahre oder Jahrzehnte hinweg massgeblich, um dauerhaft mit Gesundheitsbeeinträchtigungen leben zu können. Insofern zeigt sich hier die zunehmende *Nutzerorientierung, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung* der erkrankten Person, die als Anforderung im Gesundheitswesen seit geraumer Zeit angemahnt wird[388] und in der Schweiz seit dem 1. Januar 2013 in der neuen Gesetzgebung zum Erwachsenen- und Kinderschutz verankert wurde.

Vor dem Hintergrund dieser beiden Instrumente können Schweizer Gesetzgeber, Behörden und Fachgremien bei der Neukonzeption von Pflegebedürftigkeit und der Kategorisierung des Hilfe- und Pflegebedarfs auf weit gereifte Arbeiten aus dem Ausland zurückgreifen[389].

Die Vergütung von Pflege- und Hilfeleistungen wird in der Schweiz als *Einzelleistungskatalog* bzw. als Zeit- oder Taxwert für Einzelleistungen kon-

386 Die acht Kategorien zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit sind: 1. Mobilität, 2. kommunikative und kognitive Funktionen, 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, 7. Ausserhäusliche Aktivitäten, 8. Haushaltsführung.

387 World Health Organization, 2001 (siehe http://www.who.int/classifications/icf/en/– zuletzt besucht am 05.12.2013).

388 Vgl. u. a. Schaeffer, 2004.

389 Die Diskussion zu Pflegebedürftigkeit setzte in der Schweiz u. a. deshalb noch kaum ein, da hierzulande die Pflegewissenschaft im internationalen Vergleich erst sehr spät im Bildungssystem Fuss fasste (erster Studiengang MSc in Nursing im Jahr 1996 an der damaligen Kaderschule für Krankenpflege in Kooperation mit der Universität Maastricht und durchgeführt bis 2006, ab 2001 MScN Studiengänge an der Universität Basel sowie ab 2006 an vier Fachhochschulen und an der Universität Lausanne) und damit auch Institute mit entsprechenden Forschungsprogrammen erst nach und nach etabliert wurden. Die Mitgestaltung bei gesetzgeberischen Prozessen und zu relevanten Diskussionen zu Pflegebedürftigkeit war deshalb kaum möglich, bzw. in der Schweiz ausgebildete Pflegewissenschafter(inn)en standen für die Gremienarbeit nicht zur Verfügung. Andererseits wurde die Fachdiskussion zu Pflegebedürftigkeit von gerontologisch ausgebildeten Fachleuten geprägt, d. h. der Diskussionsfokus zu Pflegebedürftigkeit lag auf altersbedingten Funktionseinschränkungen (siehe u. a. Höpflinger et al., 2011). Relevante pflege- oder rechtswissenschaftliche Kritikpunkte (u. a. zum Konzept der Grund- und Behandlungspflege) wurden dabei kaum aufgegriffen. Hinzu kommt, dass die Schweizer Sozialversicherungsgesetzgebung neben der Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung keine Pflegeversicherung kennt. Deshalb blieb der Begriff der Pflegebedürftigkeit bis dato im Schatten der Krankheits- und Invaliditätsbegriffe und den dazu traditionell etablierten Erfassungssystemen und Vergütungskatalogen.

zipiert[390]. Dieses System mag für einmalige, kürzere und klinisch überschaubare Episoden dem Zweck dienen. Jedoch sind sie als Vergütungssystem bei den aus epidemiologischer Sicht zunehmenden, langdauernden und therapieintensiven Versorgungsverläufen weniger geeignet[391]. Als Alternative bietet sich ein *Pauschalierungs- oder Capitalisationssystem* an, wie es in der hiesigen hausärztlichen Praxis als Modell der prospektiven Vergütung seit den 1990er Jahren existiert und praktiziert wird[392].

In der pflegerischen Langzeitversorgung ist dazu das *Bedarfserhebungsinstrument »Resident Assessment Instrument« (RAI)* weit verbreitet[393]. Darin ist ein Modul für Pflegeaufwandgruppen (»Resource Utilization Groups« [RUG]) integriert, das konzeptionell mit den DRG (»Diagnose Related Groups«) vergleichbar ist und somit die Pauschalierung von Leistungsgruppen ermöglicht. Das Modul der RUG ist jedoch in der für die Schweizer Spitex angepassten Software RAI-Home Care Schweiz nicht integriert. Auch in Pflegeheimen wird das Modul entweder gar nicht oder zumindest nicht systematisch genutzt. Hingegen hat sich eine Mischform etabliert, in dem die zwölf Pflegestufen, bzw. der dazu in der KLV festgeschriebene Zeitaufwand[394] anstelle der Pflegeaufwandgruppen den RAI Gruppen zugeordnet wurde.

Das Bundesgericht betont, dass das RAI-Abklärungsinstrument Empfehlungen im Bereich der Hauspflege einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter und für das Gericht nicht verbindlich seien. Es könne sie jedoch bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie *eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen* zuliessen[395]. Es kann und soll deshalb für die Pflegebedarfsfeststellung sowohl in der Kranken- als auch der Unfallversicherung[396] beigezogen werden.

Manche Kantone hinterlegen den Pflegeaufwandgruppen als Grundlage für die Tarifierung ein Fallgewicht, z. B. lohngewichtet nach der Pflegezeit[397]. So entsteht – zwar pragmatisch, aber nicht ganz unproblematisch – eine Mischform zwischen hiesigen Vorgaben der Sozialversicherungsgesetzgebung und einem wissenschaftlich entwickelten und international etablierten Instrument.

Anzunehmen ist, dass in der Schweiz basierend auf Erfahrungen in anderen OECD Ländern zukünftig pauschalierte Vergütungssysteme und andere Finanzierungsneuerungen oder -reformen in der häuslichen und stationären Langzeitversorgung diskutiert werden[398]. Hier wird auch die Koordination,

390 Vgl. etwa Art. 7 und Art. 7a KLV.
391 Vgl. Carpenter et al., 1997.
392 Exemplarisch Baur, 2004.
393 Für die Spitex empfiehlt es der Spitex Verband Schweiz als Instrument der Wahl (RAI Home Care). Für stationäre Langzeitinstitutionen entscheiden die Kantone, welches Instrument genutzt wird (u. a. RAI Nursing Home).
394 Vgl. Art. 7a Abs. 3 KLV.
395 Vgl. BGE 136 V 172 E. 4.3.3 und 124 V 351 E. 2e sowie Urteil BGer vom 21.12.2010 (9C_702/2010) E. 4.2.3.
396 Vgl. Urteil BGer vom 12.7.2013 (8C_1037/2012) E. 5.2.4.
397 Vgl. Vettori et al., 2007.
398 Vgl. OECD, 2013.

die ab 1. Januar 2012 als Einzelleistung in die KLV aufgenommen wurde, ein zentrales Element eines integrierten Versorgungsansatzes. Dass die *Pauschalierung in der Spitex funktionieren kann*, zeigt ein erfolgreiches Modell des in New York ansässigen, und weltweit einer der grössten Spitexdienste, der mit der staatlichen Krankenversicherung für Erwerbsschwache (Medicaid) und Betagte (Medicare) ein Versicherungsmodell für Langzeitversorgung entwickelt hat[399].

Neuere Konzepte zur Bewältigung von dauerhaften Gesundheitsbeeinträchtigungen integrieren auch die *Selbstmanagementförderung bei chronisch kranken Menschen*[400]. Insofern ist Pflegebedürftigkeit nicht nur aus dem Blickpunkt der Leistungen der Gesundheitsprofessionellen zu bewerten. Auch Patientinnen und Patienten tragen je nach ihren Fähigkeiten massgeblich dazu bei, dass sie beispielsweise die Verabreichung von Medikamenten wirkungsvoll in den Alltag integrieren. Hier entwickelte sich international seit den 1980er Jahren ein Fundus an Wissen und Erfahrungen, damit Gesundheit und ein gesundheitsförderlicher Alltag auch mit chronischer Krankheit möglich sind und die erkrankten Personen eine entsprechende Alltagskompetenz entwickeln können. In der Schweiz wurde dazu in den letzten Jahren die Thematik der Patientenbildung intensiv gefördert[401], interessanterweise auch unter aktiver Beteiligung von Krankenversicherern[402].

Eine besondere Form des Selbstmanagements obliegt auch *pflegenden Angehörigen, wenn sie ihre familiale Arbeit mit der Erwerbsarbeit vereinbaren* (müssen)[403]. Bis vor wenigen Jahren wurde in der Schweizer Wirtschaft und Politik kaum wahrgenommen, dass das Augenmerk zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht nur auf Eltern mit gesunden Neugeborenen und Kleinkindern, sondern auch auf Berufstätige mit pflegebedürftigen Angehörigen zu richten ist. Hierzulande gibt es bislang keine vergleichbaren gesetzlichen Vorgaben zur Förderung von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege wie etwa die »Familienpflegezeit« in Deutschland, die »Hospizkarenz« in Österreich, oder die »Compassionate Care« in Kanada und den USA.

Die Betriebe müssen allerdings im Rahmen des Arbeitsgesetzes[404] und des Obligationenrechts[405] der Sorge der familialen Aufgaben in Form von freien Stunden oder Tagen Rechnung tragen. Personalverantwortliche und Sozialpartner haben verhältnismässig rasch auf die neuen Fragen und Herausforderungen für Betriebe reagiert[406]. Für eine stabile Berufstätigkeit sind allerdings nicht nur die Arbeitgebenden wichtig, sondern auch die Gesundheitsversorgung ist ein zentraler Akteur, damit Berufstätige kontinuierlich ihrer Erwerbs-

399 Vgl. Bischofberger, 2012c, und Johnson/McCarthy, 2013
400 Exemplarisch Kickbusch/Haslbeck, 2011.
401 Vgl. Haslbeck, 2012.
402 Siehe dazu Partnerschaften bei www.evivo.ch, einem krankheitsübergreifenden Programm zur Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit.
403 Vgl. Barkholdt/Lasch, 2004, Bischofberger et al., 2009, und Bischofberger et al., 2013.
404 Vgl. Art. 36 Abs. 1 ArG.
405 Vgl. Art. 329 Abs. 3 OR.
406 Exemplarisch Bischofberger/Höglinger, 2008, Escher Clauss, 2011, Leis, 2012, und Derrer Balladore, 2012.

tätigkeit nachgehen können und nicht unnötig kontaktiert (oder gestört) werden müssen. Insofern trägt die einwandfrei koordinierte und integrierte Versorgung auch zur sozialen Absicherung, bzw. zur *nachhaltigen Sicherung der Berufstätigkeit bei*[407].

Eine andere Form, die Leistungen der *pflegenden Angehörigen* zu positionieren, bietet die Möglichkeit sie *durch die Spitex anzustellen.* Dies wurde unlängst aus rechts- und pflegewissenschaftlicher Sicht beleuchtet[408]. Die Anstellung liegt in der Verantwortung der jeweiligen Spitex-Organisation. Im Rahmen der kantonalen Zulassung ist sie auch für die Aufsicht der geleisteten Pflegequalität verantwortlich. Bisherige Erfahrungen aus Sicht der Spitex-Organisation und der angestellten Angehörigen sind positiv[409]. Ebenfalls lässt sich volkswirtschaftlich argumentieren, dass durch die Anstellung zusätzliche Steuereinnahmen und Sozialversicherungsbeiträge entstehen.

Andererseits ist möglicherweise mit zusätzlichen Kosten zulasten der Krankenversicherungen zu rechnen, wenn bislang kostenlos erbrachte Leistungen von Angehörigen von der Spitex-Organisation in Rechnung gestellt werden. Allerdings bewegt sich der Anteil der Spitex an den Gesamtkosten des Schweizer Gesundheitswesens bei lediglich 2,8 %[410]. Daran dürften auch die mit Bedacht gewählten Anstellungsverhältnisse nicht massgeblich ändern. Allerdings ist hier davon auszugehen, dass die bisher vor allem von Frauen geleistete, weitgehend unbezahlte familiale Betreuungs- und Pflegearbeit aufgrund veränderter Familienstrukturen, geographischer Mobilität sowie vermehrter Erwerbspartizipation von Frauen ohnehin weniger umfangreich ausfällt.

Um die derzeitige Praxis des Erwerbsmodells »Anstellung von Angehörigen durch die Spitex« fundiert zu diskutieren, sind vier Punkte vertieft zu untersuchen[411]:

- Quantitative Erfassung der Anstellungsverhältnisse bei Spitex-Organisationen und der bisherigen Erfahrungen,
- Möglichkeit, die Anstellung an die Qualifikation für den Abschluss eines Gesundheitsberufes anzurechnen,
- Erfahrungen aus Sicht der zu pflegenden Personen erheben, und
- Forschungsbedarf zur sozialethischen Dimension, denn mit der Anstellung wird eine neue Kategorie von Angehörigen geschaffen.

Eine weitere Möglichkeit zur personellen Sicherung der Betreuung im Privathaushalt ist die sogenannte *Care Migration*[412]. Dazu hat sich in der Schweiz in den zurückliegenden Jahren ein Markt für Betreuungsdienstleistungen entwickelt. Vorrangig aus Mittel- und Osteuropa kommen Care-Migrantinnen in

407 Vgl. Bischofberger, 2012a, und Bischofberger, 2012b.
408 Vgl. Leu/Bischofberger, 2012.
409 Vgl. King, 2011.
410 Vgl. Weiss Zbinden, 2010.
411 Ein Projekt dazu wird derzeit im Rahmen der Förderung mit einem KTI InnovationsScheck von der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, bzw. dem Forschungsinstitut Careum F+E, in Zusammenarbeit mit der Spitex Köniz durchgeführt (siehe www.careum.ch > Forschung > Patientensicherheit).
412 Vgl. van Holten et al., 2013.

hiesige Haushalte und wohnen oft auch dort, um für eine gewisse Zeit Sorgearbeiten für hilfe- und pflegebedürftige Personen zu übernehmen. Daraus ergibt sich ein komplexes Spannungsfeld von gesellschaftlichen und (sozial-)politischen Rahmenbedingungen zu diesem weitgehend unkontrollierten Markt. Neben den arbeitsrechtlichen Fragen interessieren für diesen Bericht vor allem Fragen zur Sicherung der Versorgungsqualität. Hier könnte sich für Spitex-Organisationen anbieten, dass sie in Haushalten, in denen Care Migrantinnen tätig sind, supervisorisch oder konsiliarisch wirken und so einen Auftrag der Qualitätssicherung übernehmen[413].

In Bezug auf die Vergütung der Leistungen von Care Migrantinnen gilt Folgendes: Im Rahmen der Invalidenversicherung, bzw. des Assistenzbeitrags ist die Suche nach einer Assistenzperson auf dem freien Arbeitsmarkt vorgesehen. Dabei ist die Anstellung einer Care Migrantin durch die behinderte Person möglich. Der Gesetzgeber macht keine Vorgaben zur Qualifikation der Assistenzperson. Wenn Care Migrantinnen hingegen bei Vermittlungsagenturen angestellt sind, die kein kantonal zugelassener Leistungserbringer sind, ist eine Vergütung der allfällig von ihr erbrachten Grundpflegeleistungen durch die Krankenversicherung nicht möglich. Care Migrantinnen üben demnach dieselbe Arbeit in verschiedenen Haushalten aus, ihre Leistungen für Personen mit unterschiedlicher Versicherungsdeckung werden jedoch ungleich vergütet. Dieser Sachverhalt ist auch hinsichtlich der Qualitätssicherung relevant, die im KVG gefordert wird. Pflegebedürftige Personen und ihre Angehörige sind entsprechend zu den Vergütungsmöglichkeiten zu informieren[414].

Seit Inkrafttreten des Pilotversuchs »Assistenzbudget« am 1. Januar 2006 war es möglich, dass pflegende Angehörige von ihren behinderten Nächsten auf Kosten der IV angestellt werden konnten. Dieses war vorher und bis Ende 2008 nur den Bezügern von Ergänzungsleistungen möglich[415]. Die Inanspruchnahme der Anstellungsoption im Rahmen des Pilotversuchs blieb jedoch unter den Erwartungen[416]. Seit der Einführung des Assistenzbeitrags im IVG am 1. Januar 2012 besteht diese Möglichkeit nicht mehr, d. h. in gerader Linie Verwandte können nicht mehr als Assistenzperson angestellt werden. Ebenfalls wurde im Jahr 2008 die ELKV Option auf Bundesebene aufgehoben[417]. Diese ermöglichte, dass Angehörige von ihren pflegebedürftigen Nächsten angestellt werden können. Seither regeln dies die Kantone mittels Verordnungen. Die quantitative Inanspruchnahme unter diesen neuen kantonalen Voraussetzungen bleibt zu untersuchen.

---

413 Vgl. van Holten et al., 2012.

414 Vgl. Jähnke et al., 2012; Siehe auch den Ratgeber zur Beschäftigung einer Haushaltshilfe, herausgegeben von der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich:: *http://www.stadt-zuerich.ch/content/prd/de/index/gleichstellung/themen/erwerbsarbeit/haushalthilfe_im_alter/publikationen.html* – zuletzt besucht am 21. Juni 2013).

415 Siehe dazu supra Rn. 146.

416 Vgl. Latzel/Andermatt, 2008.

417 Art. 13b aELKV erlaubte die Ausrichtung einer Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten für betreuende und pflegende Angehörige.

Schliesslich wird in der Schweiz aufgrund einer bundesrätlichen Initiative die sogenannte Zeitvorsorge als sozialpolitisch neue Möglichkeit diskutiert. Dazu wurde vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben[418]. Ziel war es zu untersuchen, inwiefern sich personale Ressourcen von Rentnerinnen und Rentnern unmittelbar nach der Pensionierung erschliessen lassen, und ob sich mit dem Zeitvorsorgesystem die Kosten des Gemeinwesens für die Hilfe und Betreuung zu Hause für die ältere Bevölkerung eindämmen lässt.

Die Ergebnisse zeigen in Bezug auf die Pflegesicherung, dass ein Potenzial für freiwillig geleistete Zeitvorsorgestunden vorhanden ist. Parallel zur Etablierung des Zeitvorsorgesystems müsste jedoch die professionelle häusliche Pflege und Betreuung ausgebaut werden, denn der Leistungskatalog der Zeitvorsorgenden wird als »pflegeunterstützend« bezeichnet. Zudem wird darauf hingewiesen, dass aufgrund der geringen Datenlage im In- wie auch im Ausland sowie der komplexen Strukturen des Zeitvorsorgesystems die Machbarkeit erst im Rahmen eines Pilotprojekts geklärt werden kann. Ein Zeitvorsorgesystem ist derzeit in der Stadt St. Gallen zum Start vorbereitet[419]. Operativ sieht dieses Modell vor, dass pro zeitvorsorgender Person maximal 750 Stunden angesammelt werden können. Diese Stunden werden langfristig besichert, so dass die Nutzung der Stunden für das Rentenalter garantiert ist. Strukturell sind sowohl Leistungserbringer als auch Freiwilligenorganisationen kooperativ in das Zeitvorsorgesystem eingebunden[420].

Vor dem Hintergrund dieser kritischen Würdigung und der Präsentation von Lösungsansätzen wird deutlich, dass verschiedene Neuerungen in der Langzeitversorgung von hochaltrigen und behinderten Personen an- und weiter zu denken sind. Insbesondere wäre der Gesetzgeber gut beraten, im Rahmen einer *Neukonzeption der Hilflosen- und Pflegeentschädigungen ein kohärentes und rechtsgleiches Entschädigungssystem für Assistenzleistungen unter der Verantwortung eines Sozialversicherungsträgers* zu schaffen. Nur so wäre ein nachvollziehbares Versicherungssystem möglich und würden die heute irrlichtenden Versicherungsleistungen zu Autonomiegaranten. Wegweisend dabei werden aktuelle nationale sowie internationale Untersuchungen unter den Schirmbegriffen »Unbezahlte Care-Arbeit« und »long-term care« sein[421].

Literaturverzeichnis

Andermatt, Chr. (2008), Personen mit einer Hilflosenentschädigung der IV. Vergütung von Hilfe, Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen. Schlussbericht. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Nr. 6/08, Bern

Balthasar, A./Müller, F. (2005), Evaluation des Pilotversuchs »Assistenzbudget«, in: CHSS 2005, 292 ff.

418 Vgl. Oesch/Künzi, 2008.

419 Vgl. Jochum-Müller/Harringer, 2011.

420 Siehe auch http://www.stadt.sg.ch/home/gesellschaft-sicherheit/aeltere-menschen/zeitvorsorge.html (zuletzt besucht am 05.12.2013).

421 Siehe dazu Stutz/Knupfer, 2012, Colombo, 2011, und OECD, 2013.

Barkholdt, C./Lasch, V. (2004), Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit – Expertise für die Sachverständigen-Kommission für den 5. Altenbericht der Bundesregierung. Dortmund/Kassel.

Baumann, K./Lauterburg, M. (2001), Knappes Geld – ungleich verteilt. Gleichstellungsdefizite in der Invalidenversicherung, Basel.

Baur, R. (2005), Managed Care-Modelle – Bestandesaufnahme 2004. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bennett, J. A. (1999), Activities of daily living. Old-fashioned or still useful?, in: Journal of Gerontological Nursing, 25(5), 22–29.

Bigovic-Balzardi, A. (2000), De l'indemnité pour impotence à l'allocation d'assistance, in: CHSS 2000, 48 ff.

Bigovic-Balzardi, A. (2000), Von der Entschädigung Hilfloser zur Finanzierung der Assistenz behinderter Menschen. Einführung einer Assistenzentschädigung mit der 4. IV-Revision, in: CHSS 2000, 48 ff.

Binswanger, P. (1960), Die Renten und die Hilflosenentschädigungen der eidgenössischen Invalidenversicherung, in: ZBl 1960, 1 ff.

Bischofberger, I./Höglinger, M. (2008), Herausforderungen für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege, in: Schweizer Arbeitgeber, No. 8, 36–39.

Bischofberger, I./Lademann, J./Radvanszky, A. (2009), work & care – Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren: Literaturstudie zu Herausforderungen für pflegende Angehörige, Betriebe und professionelle Pflege, in: Pflege 22, 277–286.

Bischofberger, I. (2011), Angehörige als wandelnde Patientenakte: Ausgewählte Ergebnisse aus einem Projekt zur Klärung der Rolle der Angehörigen, in: Care Management 4(5), 27–29.

Bischofberger, I. (2012a), Erwerbstätige pflegende Angehörige – drei zentrale Handlungsfelder, in: CHSS No. 1, 6–8.

Bischofberger, I. (2012b), work & care: Die Unternehmen sind gefordert, in: Care Management 5(4), 23–25.

Bischofberger, I. (2012c), Spitex in New York – gross, modern, innovativ, in: Krankenpflege, 105(9), 18–22.

Bischofberger, I./Radvanszky, A./van Holten, K./Jähnke, A. (2013), Berufstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich: Seismo, 162–184.

Blum-Schneider, B. (2012), Pflege schwer kranker Kinder zu Hause – Wer leistet und wer bezahlt?, in: Pflegerecht 2012, 194 ff.

Bucher, S. (1999), Soziale Sicherheit, beitragsunabhängige Sonderleistungen und soziale Vergünstigungen. Eine europarechtliche Untersuchung mit Blick auf schweizerische Ergänzungsleistungen und Arbeitslosenhilfen, Diss. Freiburg i. Ü.

Bucher, S. (2007), Die sozialrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichts zum FZA und zu Anhang K des EFTA-Übereinkommens. Ein Überblick über einige Entscheide mit weiterführenden Bemerkungen, in: SZS 2007, 308 ff.

Bucher, S. (2011), Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011.

Bundesamt für Gesundheit (2009),. Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Bern: BAG. http://swiss-q.admin.ch/pdf/Qualitaetsstrategie.pdf (zuletzt besucht am 05.12.2013).

Carpenter, I. G./Turner, G. F./Fowler, R. W. For the Casemix for the Elderly Inpatient Work Group (1997), Casemix the inpatient elderly people: Rehabilitation and post-acute care, in: Age and Ageing, 26(2), 123–131.

Clavadetscher-Pfenninger, M./Huber, F. (2003), Dementielle Erkrankungen im Alter. Die Hilflosenentschädigung der AHV – Hinweise für Hausärzte, SÄZ 2003, 1234 ff.
Colombo, F./Llena-Nozal, A./Mercier, J./Tjadens, F. (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: OECD.
Derrer Balladore, R. (2012), Spagat zwischen Beruf und Pflege, in: Schweizer Arbeitgeber, No. 6, 18–19.
Dubacher, H. (2006), Wie berücksichtigt man die Hilflosenentschädigung?, in: Zeitschrift für Sozialhilfe 2006/2, 16 ff.
Duc, J.-L. (2010), Confiscation de l'allocation pour impotent allouée à un rentier de l'AVS qui séjourne dans un EMS? in: plädoyer 2010/2, 36 ff.
Eberhard, P./Ritter M. (2007), Pilotversuch Assistenzbudget: Wer nimmt teil? in: CHSS 2007, 266 ff.
Ebnöther, C. (2010), Für die Pflege zu Hause gibt es Geld. Hilflosenentschädigung der AHV, Visit 2010, 24 ff.
Eichhorn, S. (1967), Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis der Krankenhausbetriebes, Band 1. Stuttgart: Kohlhammer.
Escher Clauss, S. (2011), Die fortschrittliche Firma investiert nach der Krippe auch in die Pflege, in: HR Today, Januar/Februar, 6–8.
Ettlin, R. (1998), Die Hilflosigkeit als versichertes Risiko in der Sozialversicherung. Unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, Diss. Freiburg i. Ü.
Ettlin, R. (2003), Sozialversicherungsrechtliche Aspekte bei Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit, in: HAVE 2003, 115 ff.
Feinstein, A. R./Josephy, B. R./Wells C. K. (1986), Scientific and clinical problems in indexes of functional disability, in: Annals of Internal Medicine 1986, 105, 413–420.
Friesacher, H. (2008), Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft, Göttingen: V&R unipress.
Gächter, T. (2010), Die Finanzierung von Pflegeheimaufenthalten vor und nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung, in: HILL 2010 Nr. 7.
Gassmann, J./Lüthy, Chr. (2000), Assistenzentschädigung. Psychisch Behinderte nicht mehr benachteiligen!, in: CHSS 2000, 56 ff.
Gehrig, M./Guggisberg, J. et al. (2013), Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilflosenentschädigung der IV. Eine Bestandsaufnahme im Kontext der Massnahmen der 4. IVG-Revision. Schlussbericht. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Nr. 2/13, Bern.
Haslbeck, J. (2012), Selbstmanagementförderung: Empowerment zu gesundheitsbewusstem Leben mit chronischer Krankheit, in: Care Management 5(1), 23–26.
Henderson, V. (1960), Basic Principles of Nursing Care. London: International Council of Nurses.
Höpflinger F./Bayer-Oglesby, L./Zumbrunn, A. (2011), Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern/Neuchâtel: Hans Huber/Observatorium Gesundheit.
Höpflinger F./Hugentobler V. (2005), Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz, Bern: Hans Huber.
Huber, F. (1997), Langzeitpflege in der Schweiz und ihre Finanzierung, in: CHSS 1997, 241 ff.
Jähnke, A./van Holten, K./Bischofberger, I. (2012), Befragung der Spitex zur Situation in Privathaushalten mit Care-Migrantinnen: Schlussbericht Teilprojekt im Rahmen des Projekts »Arbeitsmarkt Privathaushalt«. Zürich: Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich.

Jochum-Müller, G./Harringer, R. (2011), Zeitvorsorge – Solidarität zwischen dem dritten und vierten Lebensalter – Machbarkeitsstudie für ein Zeitvorsorgesystem in der Stadt St. Gallen. Dornbirn: Jochum-Müller OG.

Johnson, M. B./McCarthy, D. (2013), The Visiting Nurse Service of New York's Choice Health Plans: Continuous Care Management for Dually Eligible Medicare and Medicaid Beneficiaries (Case Study in Innovations in Care Transitions), New York: Commonwealth Fund (*http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Case%20Study/2013/Jan/1659_McCarthy_care_transitions_VNSNY_case_study_v2.pdf* – zuletzt besucht am 05.12.2013).

Juchli, L. (1973), Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Stuttgart.

Kanka, K. (2005), Vom Betreuten zum Unternehmer, in: CHSS 2005, 295 ff.

Kickbusch, I./Haslbeck, J. (Hrsg.), (2011), Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben (Übersetzung basierend auf Lorig, Kate – Living a Healthy Life With Chronic Conditions), Zürich: Careum Verlag.

Kieser, U./Landolt, H. (2012), Unfall – Haftung – Versicherung, Zürich

Kieser, U./Leu A. (2007), Haftpflicht- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte bei Demenzkranken, in: HILL 2007 II Nr. 4.

King, S. (2011), Pflegende Angehörige: Anstellung bei der Spitex, in: Schauplatz Spitex, No. 4, 27.

Klie, T. (1998), Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege, in: Pflege & Krankenhausrecht 1, 1998, 13–17.

Laâmir-Bozzini, M. (2012), Der Assistenzbeitrag, in: Pflegerecht 2012, 219 ff.

Landolt, H. (1995), Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht. Unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, Diss. Zürich.

Landolt, H. (2001), Nationale Pflegesozialleistungen und europäische Sozialrechtskoordination. Unter besonderer Berücksichtigung der bilateralen Abkommen der Schweiz mit der EG, in: ZIAS 2001, 111 ff.

Landolt, H. (2001), Pflegerecht. Band I: Grundlagen des Pflegerechts. Eine Darstellung der begrifflichen, statistischen und volkswirtschaftlichen Grundlagen und des internationalen Pflegerechts, Bern.

Landolt, H. (2002), Das soziale Pflegesicherungssystem. Eine Darstellung der sozialen Pflegeleistungen des Bundes und der Kantone unter besonderer Berücksichtigung der Spital-, Heim- und Hauspflegeleistungen, Bern.

Landolt, H. (2002), Pflegerecht. Band II: Schweizerisches Pflegerecht. Eine Darstellung der verfassungs- und bundesrechtlichen Grundlagen des Schweizerischen Pflegerechts unter besonderer Berücksichtigung des privat- und sozialrechtlichen Pflegesicherungssystems sowie des Pflegeschadenersatz- und des Pflegehaftpflichtrechts, Bern.

Landolt, H. (2003), Stand und Entwicklung des Pflegeversicherungsrechts, in: SZS 2003, 84 ff.

Landolt, H. (2004), Überblick über die Rechtsprechung des EVG im Jahr 2003 zu den sozialen Plegeversicherungsleistungen, in: AJP 2004, 1019 ff.

Landolt, H. (2009), Soziale Sicherheit pflegender Angehöriger, in: AJP 2009, 1233 ff.

Landolt, H. (2010), Der Grundsatz der Austauschbefugnis im Sozialversicherungsrecht, in: AJP 2010, 1127 ff.

Landolt, H. (2010), Die neue Pflegefinanzierung, in: SZS 2010, 18 ff.

Landolt, H. (2010), Soziale Sicherheit älterer Geschädigter und ihrer Angehörigen, in: Personen-Schaden-Forum 2010, Zürich 2010, 13 ff.

Landolt, H. (2010), Sozialversicherungsrechtliche Austauschbefugnis, in: Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit. Festschrift für Erwin Murer zum 65. Geburtstag, Bern 2010, 391 ff.

Landolt, H. (2011), Die EL als Pflegeversicherung, in: SZS 2011, 184 ff.

Latzel, G./Andermatt, Chr. (2008), Vergütung von Hilfe, Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen. Personen mit einer Hilflosenentschädigung der IV. Schlussbericht. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht. Nr. 6/08, Winterthur.

Latzel, G./Andermatt, Chr. (2008), Vergütung von Hilfe, Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen, in: CHSS 2008, 284 ff.

Lawton, P. M./Brody, E. M. (1969), Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9(3), 179–186.

Leis, S. (2012), Betreuung und Pflege von Eltern und Angehörigen – »Pflege daheim führt oft zu Isolation« Syna Magazin, No. 5, 19.

Leu, A./Bischofberger, I. (2012), Pflegende Angehörige als Angestellte in der Spitex: Eine Annäherung aus rechtlicher, qualifikatorischer und konzeptioneller Perspektive, in: Pflegerecht 1(4), 210–218.

Lieberherr, R./Marquis, J.-F./Storni, M./Wiedenmayer, G. (2010), Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007: Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Maurer, A. (1988), Soziale Sicherheit bei Pflegebedürftigkeit. Bestandesaufnahme und Reformbestrebungen, in: SZS 1988, 1 ff.

Meyer, U. (2010), Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2. Aufl., Zürich

Mittelstaedt, E. (1998), Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege aus sozialrechtlicher und ökonomischer Perspektive, in: PfleGe 1998/2, S. 7 ff.

Müller, E. (1998), Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs, in: PfleGe 1998 (3)2, 1–6.

Nydegger L. B./Eberhard, P. (2006), Startphase abgeschlossen. Erste Ergebnisse aus dem Pilotversuch Assistenzbudget, in: CHSS 2006, 278 ff.

Oesch, T./Künzi, K. (2008), Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen – Literaturübersicht und Einschätzungen von Experten aus der Praxis. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen/Büro Bass.

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD), (2013), A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en – zuletzt besucht am 05.12.2013).

Pestalozzi-Seger, G. (2000), Assistenzentschädigung. Selbständige Lebensführung ausserhalb von Heimen ermöglichen!, in: CHSS 2000, 52 ff.

Rex, Chr./Giaquinta, R./Bischofberger, I. (2013), Koordinationsleistungen in der Spitex abrechnen – wie geht das?, in: Schauplatz Spitex 2013.

Ritter, M. (2005), Mehr Selbstbestimmung für Behinderte. Pilotversuch »Assistenzbudget«, in: CHSS 2005, 229 ff.

Ritter, M. (2003), Pilotversuche zur Erprobung neuer Modelle der Hilflosenentschädigung in der IV, in: CHSS 2003, 282 ff.

Rouiller-Zbinden, C./Foffa, D. (2000), Der Vorschlag des BSV für die Einführung einer Assistenzentschädigung, in: CHSS 2000, 62 ff.

Ryser, S. (1986), Die Bedeutung der Verwaltungsweisungen für die Bemessung von Invalidität und Hilflosigkeit. Nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959, Diss. Bern.

Schaeffer, D. (2004), Der Patient als Nutzer, Bern.
Scherrer, U. (2005), Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in: CHSS 2005, 254 ff.
Scherrer, U. (2004), Finanzierung der Pflegekosten. Näher an den Ursachen anknüpfen, in: CHSS 2004, 233 ff.
Schläppi, R. (2004), Das Wasser steht vielen bis zum Hals. Alterspflegekosten. Der Pflegefall durchkreuzt die Erbplanung, in: Schweizer Versicherung 2004, 8 ff.
Schlauri, F. (2011), Koordination der Ergänzungsleistungen mit sonstigen Schadenausgleichs- und Bedarfsdeckungssystemen, in: SZS 2011, 207 ff.
Schnider, H. (2000), 4. IVG-Revision und Assistenzentschädigung, in: CHSS 2000, 191 ff.
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK), (2009), Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Bern.
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), (2009), Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020, Neuchâtel.
Sikkes, S. A./de Lange-de Klerk, E. S./Pijnenburg, Y. A./Scheltens, P./Uitdehaag, B. M. (2009), A systematic review of Instrumental Activities of Daily Living scales in dementia: room for improvement, in: Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 80(1), 7–12.
Stutz, H./Knupfer, C. (2012), Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern – Anpassungsbedarf des Sozialstaats in Zeiten sich ändernder Arbeitsteilung. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann/Büro Bass/Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe.
Usinger-Egger, P. (2012), Sozialrechtliche Qualifizierung der Hilflosentschädigung, in: SZS 2012, 238 ff.
van Holten, K./Jähnke, A./Bischofberger, I. (2013), Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt (Obsan Bericht 57), Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
Vettori, A./Trageser, J./Iten, R. (2007), Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten. Zürich/Bern: Infras/Bundesamt für Gesundheit.
Weiss Zbinden, K. (2011), Spitex Statistik 2010. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik
Wilkinson, J. (2012), Nursing process and critical thinking (5th edition), Boston: Pearson.
Wingenfeld, K. (2000), Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen, in: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft (S. 339–361), Weinheim.
Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2011), Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Band 2), Berlin: GKV-Spitzenverband.