

Pflegebedarfsabklärung aus versicherungs- und haftpflichtrechtlicher Sicht



Hardy Landolt

Prof. Dr. iur., LL.M., Lehrbeauftragter an den Universitäten St. Gallen und Zürich für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungs- sowie Gesundheitsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen, Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Inhaltsübersicht

- I. Ausgangslage
- II. Die verschiedenen Bedarfsabklärungen
 - A. Hauswirtschaftliche Bedarfsabklärung
 - B. Pflegebedarfs- und Hilflosigkeitsabklärung
 - C. Hilfsmittelbedarfsabklärung
- III. Pflegebedarfsabklärung
 - A. Sozialversicherungsrechtliche Pflegebedarfsabklärung
 - B. Haftpflichtrechtliche Pflegebedarfsabklärung

I. Ausgangslage

Personen, die als Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sich nicht mehr selber bzw. Angehörige versorgen können, erhalten unterschiedliche sozialversicherungsrechtliche Leistungen. Diese bestehen in Rentenleistungen bei einer Haushaltsinvalidität, Hilflosen- und Pflegeentschädigungen sowie Hilfsmitteln. Die von den leistungspflichtigen Sozialversicherungen nicht gedeckten Kosten von Hilfspersonen und Hilfsmitteln sind von einem allfälligen Haftpflichtigen bzw. dessen Haftpflichtversicherer zu vergüten. Im konkreten Schadenfall erfolgen deshalb mehrere sozialversicherungs- und haftpflichtrechtliche Bedarfsabklärungen. Der vorliegende Beitrag widmet sich den Grundsätzen der sozialversicherungs- und haftpflichtrechtlichen Bedarfsabklärung, wobei die Bedarfsabklärung aus haftpflicht- und versicherungsrechtlicher Sicht im Vordergrund steht.

II. Die verschiedenen Bedarfsabklärungen

A. Hauswirtschaftliche Bedarfsabklärung

1. Invalidenversicherungsrechtliche Bedarfsabklärung

Bei Nichterwerbstätigen ist die gesundheitsbedingte Einschränkung, sich im anerkannten Aufgabenbereich zu bestätigen, für die Rentenbeurteilung massgeblich.¹ Als anerkannter Aufgabenbereich gelten die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder, die unentgeltliche Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten, gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten und die gesamte Tätigkeit in einer klösterlichen Gemeinschaft.² Nicht jede unentgeltliche bzw. ehrenamtliche Tätigkeit gilt als Betätigung in einem nicht erwerblichen Aufgabenbereich.³

Bei teilweise erwerbstätigen und teilweise im Haushalt tätigen Versicherten ist die Erwerbsinvalidität unter Einbezug sowohl der Teilerwerbstätigkeit als auch des Haushalts- oder sonstigen Aufgabenbereichs festzusetzen. Der für den erwerblichen Bereich resultierende Invaliditätsgrad ist dabei mit demjenigen Prozentsatz zu multiplizieren, welcher der an einem Vollpensum gemessenen teilweisen Erwerbstätigkeit entspricht, die spezifische Arbeitsunfähigkeit im Aufgabenbereich mit der verbleibenden Differenz zu 100 %.⁴ Reduziert der mutmasslich voll erwerbstätig gewesene Geschädigte sein Erwerbsum aus freien Stücken, ist nicht die gemischte Methode, sondern die Einkommensvergleichsmethode anwendbar.⁵

Die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im Haushalt wird in der Regel durch eine Abklärung vor Ort festgestellt,⁶ diejenige in einem anderen der anerkannten bisherigen Aufgabenbereiche demgegenüber ist aufgrund medizinischer Stellungnahmen zu beziffern.⁷ Die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bildet nur, aber immerhin eine notwendige Grundlage für den Betätigungsvergleich und ist demzufolge von der Abklärungsperson zu berücksichti-

Pflegerecht 2014 - S. 140

gen.⁸ Darauf kann lediglich in besonders gelagerten Fällen direkt abgestellt werden,⁹ etwa wenn die versicherte Person unglaubwürdige Angaben macht, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen. Diesfalls ist ein Arzt beizuziehen, welcher sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat.¹⁰

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Bestimmung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten. Leidet die versicherte Person an einer psychischen Störung oder steht die psychische Erkrankung im Vordergrund, kommt den ärztlichen Stellungnahmen zu den gesundheitlich bedingten Einschränkungen erhöhtes Gewicht zu. Stehen die Ergebnisse der Abklärung vor Ort dazu im Widerspruch, kommt in der Regel der fachmedizinischen Einschätzung der Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, Vorrang zu. Denn für die Abklärungsperson ist es häufig nur beschränkt möglich, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen.¹¹

Die Hausarbeit (einschliesslich Kinderbetreuung) wird in sieben verschiedene Arbeitsbereiche eingeteilt. In der Regel ist davon auszugehen, dass die Aufgaben der im Haushalt tätigen gesunden Person folgende prozentualen Anteile an ihrer gesamten Tätigkeit ausmachen:¹²

<i>Tätigkeit</i>	<i>Mini- mum</i>	<i>Maxi- mum</i>
Haushaltsführung (Planung, Organisation, Arbeitseinteilung, Kontrolle)	2%	5%
Ernährung (Rüsten, Kochen, Anrichten, Reinigungsarbeiten in der Küche, Vorrat)	10%	50%
Wohnungspflege (Abstauben, Staubsaugen, Bodenpflege, Fenster putzen, Betten machen)	5%	20%
Einkauf und weitere Besorgungen (Post, Versicherungen, Amtsstellen)	5%	10%
Wäsche und Kleiderpflege (Waschen, Wäsche aufhängen und abnehmen, Bügeln, Flicker, Schuhe putzen)	5%	20%
Betreuung von Kindern oder anderen Familienangehörigen	0%	30%
Verschiedenes (z. B. Krankenpflege, Pflanzen- und Gartenpflege, Haustierhaltung, Anfertigen von Kleidern, gemeinnützige Tätigkeiten, Weiterbildung, künstlerisches Schaffen)	0%	50%

Bei der Festlegung der Arbeitsunfähigkeit ist zunächst der prozentuale Anteil des jeweiligen Aufgabenbereichs innerhalb des Minimal- bzw. Maximalwerts zu ermitteln. Hernach ist die konkrete Beeinträchtigung je Arbeitsbereich in Prozenten des Anteils des jeweiligen Aufgabenbereichs festzustellen (Teilinvaliditätsgrade). Die Summe der Teilinvaliditätsgrade ergibt den Hausarbeitsunfähigkeitsgrad.¹³ Die Beeinträchtigung wird in Bezug auf den Invalidenhaushalt festgestellt. Weder Rechtsprechung noch Kreisschreiben äussern sich dazu, wie bei einer invaliditätsbedingten Verkleinerung des (mutmasslichen) Validenhaushalts vorzugehen ist. An sich müsste in einem solchen Fall die Beeinträchtigung der hauswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in Bezug auf den grösseren und anspruchsvolleren Validen- und nicht den kleineren und weniger anspruchsvollen Invalidenhaushalt festgestellt werden.

Der Invaliditätsbemessung sind ferner bloss durchschnittliche Arbeitspensum zugrunde zu legen. Die mutmassliche ohne Eintritt eines Gesundheitsschadens erfolgte Betreuung von Familienangehörigen, wozu namentlich auch Enkel zählen,¹⁴ darf nicht im vorgesehenen zeitlichen Umfang, sondern nur im Rahmen eines durchschnittlichen Arbeitspensums angerechnet werden.¹⁵ Die Betreuung eines

pflegebedürftigen Sohnes und die Besorgung eines grossen Haushalts (8-Zimmer-Einfamilienhaus mit Umschwung) können ebenfalls nicht invaliditätserhöhend berücksichtigt werden.¹⁶ Besteht ein aussergewöhnlicher Haushaltsaufwand, z. B. weil ein anderes Familienmitglied unfallbedingt einen hauswirtschaftlichen Mehraufwand erfordert, ist die Mithilfe eines Angehörigen von Dritten (s. c. Nichte) bei der Invaliditätsbemessung des haushaltführenden Versicherten nicht leistungserhöhend anzurechnen, sofern dieser Mehraufwand von einer Haftpflichtversicherung entschädigt wird.¹⁷

Der Umstand, dass diese invaliditätsrelevanten Arbeiten nur mühsam und mit höherem Zeitaufwand bewältigt werden können, begründet nicht ohne Weiteres eine Hausarbeitsunfähigkeit. Invaliditätsrelevant ist nur der Mehraufwand, der entsteht, weil der Versicherte während einer zumutbaren Normalarbeitszeit im Haushalt nicht mehr alle Arbeiten bewältigen kann und daher in wesentlichem Masse auf Fremdhilfe angewiesen ist.¹⁸ Eine invaliditätsbe-

Pflegerecht 2014 - S. 141

dingte Hausarbeitsunfähigkeit darf deshalb nur insoweit angenommen werden, als die Hausarbeiten, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht.¹⁹ Die Unterstützung durch Familienangehörige geht weiter als im Gesundheitsfall.²⁰

2. Haftpflichtrechtliche Bedarfsabklärung

Sofern eine haftungsrechtliche Ersatzpflicht besteht, hat der Haftpflichtige den nicht durch die Invalidenrente gedeckten Haushaltsschaden zu vergüten. Der Haushaltsschaden besteht im wirtschaftlichen Wertverlust, der durch die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Validenhaushalt entsteht.²¹ Eine Ersatzpflicht besteht insbesondere auch dann, wenn der Geschädigte die ihn betreffenden Hausarbeiten mit einem grösseren Zeitaufwand verrichtet oder die Hausarbeit einschränkt und die dadurch resultierenden Qualitätsverluste hinnimmt.²²

Der durch die Hausarbeitsunfähigkeit im relevanten Validenhaushalt entstehende Zeitausfall kann gestützt auf statistische Daten festgelegt oder konkret ermittelt werden.²³ Als statistische Daten massgeblich sind die vom Bundesamt für Statistik periodisch erhobenen Erfahrungswerte im Zusammenhang mit der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE).²⁴ Die konkrete Methode ist heranzuziehen, wenn die Statistiken keine Angaben zum Haushaltsführungsaufwand des mutmasslichen Validenhaushalts enthalten oder der statische Referenzhaushalt wesentlich vom tatsächlichen Validenhaushalt abweicht. Die Berechnung des Zeitausfalls muss dann anhand anderer Hilfsmittel, z. B. eines individuellen Gutachtens, erfolgen.²⁵ Aufgrund des Wahlrechts kann der Geschädigte auch bei Vorhandensein statistischer Erfahrungswerte den Zeitausfall konkret nachweisen. Wird der Stundenausfall konkret ermittelt, liegt eine Tatfrage vor, die vom Bundesgericht

nicht überprüft werden kann.²⁶ Bei Geschädigten, die den früheren Validenhaushalt weiterführen, hat eine Analyse des konkreten Haushalts zu erfolgen.²⁷

Hausarbeit umfasst alle Verrichtungen, die üblicherweise in einem privaten Haushalt erbracht werden. Zu den «Kernverrichtungen» gehören die Haushaltsführung, die Ernährung, die Wohnungspflege, der Einkauf und die Besorgung der Wäsche. Je nachdem kommen weitere Arbeiten (Betreuung von Kindern und anderen Angehörigen sowie Gartenpflege und Haustierhaltung) hinzu.²⁸ Die SAKE unterscheidet die eigentlichen Hausarbeiten von der Kinderbetreuung bzw. Betreuung von pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern, wobei die Hausarbeiten in acht und die Kinderbetreuung in drei Kategorien unterteilt werden:²⁹

- Hausarbeiten
 - Mahlzeiten zubereiten
 - Abwaschen, Einräumen, Tisch decken
 - Einkaufen
 - Putzen, Aufräumen
 - Waschen, Bügeln
 - Handwerkliche Tätigkeiten, Handarbeiten
 - Haustierversorgung, Pflanzenpflege, Gartenarbeiten
 - Administrative Arbeiten
- Kinderbetreuung/Betreuung von pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern
 - Kindern Essen geben, waschen, ins Bett bringen
 - Mit Kindern spielen, Hausaufgaben machen
 - Kinder begleiten, transportieren

Ob und inwieweit eine Beeinträchtigung der Hausarbeitsfähigkeit vorliegt, ist eine vom Geschädigten hinreichend zu substantiierende und zu beweisende Tatfrage.³⁰ Massgeblich für das Ausmass der Hausarbeitsunfähigkeit ist die funktionelle Leistungseinbusse im Validenhaushalt.³¹ Umstritten ist, ob dieses Funktionsdefizit von einem Arzt³² oder einer anderen geeigneten Person,³³ durch eine Abklärung vor Ort oder im Rahmen eines sog. Haushaltassess-

ments³⁴ zu erfolgen hat. Im Gegensatz zur Resterwerbs- ist eine Resthausarbeitsfähigkeit von 20 % und weniger verwertbar.³⁵ Bei einem Hausarbeitsunfähigkeitsgrad über 80 % kann deshalb nicht ein 100 %iger Haushaltschaden zugesprochen werden.³⁶ Von der Nichtverwertbarkeit einer Resthausarbeitsfähigkeit von weniger als 20 % ist nur in Extremfällen bzw. bei pflegebedürftigen Schwerstverletzten auszugehen.³⁷

3. Unterschiede zwischen der invalidenversicherungs- und der haftpflichtrechtlichen Bedarfsabklärung

Die invalidenversicherungs- und die haftpflichtrechtlich relevante Hausarbeitsunfähigkeit sind nicht identisch; es bestehen zahlreiche formelle und materielle Unterschiede. In der Invalidenversicherung kommt ausnahmslos die konkrete Methode zur Anwendung, beim Haushaltschaden ist demgegenüber auch die statistische Methode zulässig. Die IV holt in der Regel nur einen Abklärungsbericht, aber kein ärztliches Gutachten ein, während die Rechtsprechung beim Haushaltschaden primär auf eine ärztliche Schätzung der Hausarbeitsunfähigkeit abstellt.

Die invalidenversicherungsrechtliche Abklärung dient der Feststellung, ob eine rentenbegündende Hausarbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vorliegt. Bei einer Hausarbeitsunfähigkeit über 40 % genügt zudem ein Grobraster von +/- 10 %. Liegt der Hausarbeitsunfähigkeitsgrad unter 40 %, besteht in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht keine Ersatzpflicht, wohl aber eine haftpflichtrechtliche Ersatzpflicht.³⁸ Nach Art. 46 OR ist eine Ersatzpflicht für den Haushaltschaden nur bei einer minimalen Hausarbeitsunfähigkeit zu verneinen, die im Rahmen der Schadenminderung vom Geschädigten kompensiert werden kann.

In der Invalidenversicherung wird die Beeinträchtigung der Leistungseinschränkung in Bezug auf den Invalidenhaushalt festgestellt und zudem von einem fixen Arbeitspensum pro Tag ausgegangen, was zur Folge hat, dass sich Haus- und Erwerbsarbeit gegenseitig kompensieren.³⁹ Im Haftpflichtrecht ist die Validenhausarbeitsunfähigkeit massgeblich. Erwerbsausfall- und Haushaltschaden können ferner kumuliert werden; die einschlägigen Tabellen des Bundesamtes für Statistik sehen diesbezüglich je nach Erwerbspensum unterschiedliche Erfahrungswerte für die Führung eines Einpersonen-, Paar- oder Familienhaushaltes vor.

B. Pflegebedarfs- und Hilflosigkeitsabklärung

1. Pflegebedarfsabklärung

Die Unfall-, Kranken- und Invaliden- sowie die Ergänzungsleistungsversicherung decken in unterschiedlichem Umfang die Kosten von Pflegemassnahmen. Die Pflegemassnahmen werden von den einschlägigen Gesetzen und Verordnungen unterschiedlich benannt. Die Unfallversicherung deckt «Pflegeleistungen»⁴⁰ unter Einschluss der «Hauspflege»⁴¹, während die Invalidenversicherung «medizinische Massnahmen»⁴² bzw. «Anstalts- oder Hauspflege»⁴³ und die Krankenversicherung «Pflegemassnahmen»⁴⁴ bzw. «Massnahmen der Untersuchung und Behandlung»⁴⁵ und

«Grundpflege»⁴⁶ versichert. In der EL sind die Krankheits- und Behinderungskosten⁴⁷ versichert, wozu insbesondere auch «Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause» zählen.⁴⁸

Die von den Sozialversicherern nicht gedeckten Pflegekosten werden gegebenenfalls von einer Haftpflichtversicherung bzw. einem Haftpflichtigen oder einer privaten Pflegeversicherung getragen. Der Betreuungs- und Pflegeschaden umfasst die Kosten, die dem Verletzten als Folge eines Dienst- und Sachleistungsmehrbedarfs, der durch eine verletzungsbedingte Hilfsbedürftigkeit hervorgerufen wird, ent-

Pflegerecht 2014 - S. 143

stehen.⁴⁹ In all diesen Fällen muss der jeweilige Bedarf an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen festgestellt werden. Die Heterogenität des Pflegebegriffes und der unterschiedliche Umfang der jeweiligen Leistungs- bzw. Ersatzpflicht für Pflegekosten erschweren die Bedarfsfeststellung im konkreten Einzelfall regelmässig. Diese ist aber Ausgangslage und entscheidender Faktor für die nachfolgende Festlegung des jeweiligen Pflegekostenersatzes.

2. Hilflosigkeitsabklärung

Von der eigentlichen Pflegebedarfsabklärung zu unterscheiden ist die Abklärung des Hilflosigkeitsgrades, der Ausgangspunkt für die Zusprechung der invaliden- und unfallversicherungsrechtlichen Hilflosenentschädigung ist. Das Abklärungsverfahren betreffend Hilflosigkeit ist im Kreisschreiben über?Invalidität und Hilflosigkeit?in der Invalidenversicherung (KSIH)⁵⁰ geregelt.

Nach dem Eingang des einschlägigen Anmeldeformulars unterbreitet die IV-Stelle das ausgefüllte Formular dem behandelnden Arzt. Dieser äussert sich zur Frage, ob die Angaben auf dem Formular mit seinen Befunden übereinstimmen. Gestützt auf diese Angaben kann die Stellungnahme des RAD eingeholt werden. Dieser stellt der IV-Stelle einen schriftlichen Bericht mit den Ergebnissen der medizinischen Prüfung und einer Empfehlung betreffend die weitere Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus ärztlicher Sicht zu. Gestützt darauf ordnet die IV-Stelle allfällige zusätzliche medizinische Abklärungen an (z. B. ergänzender ärztlicher Bericht).

Grundsätzlich nimmt die IV-Stelle zudem eine Abklärung an Ort und Stelle vor. Bei der Abklärung sind die verschiedenen örtlichen Situationen (z. B. zu Hause, an der Arbeit, anderswo ausser Hause) separat zu beurteilen.⁵¹ In den in Randziffer 8130 KSIH aufgeführten Fällen ist immer eine Abklärung an Ort und Stelle durchzuführen. In den übrigen Fällen entscheidet die IV-Stelle, ob auf eine Abklärung an Ort und Stelle verzichtet werden kann. Taubblinde und Taube mit hochgradiger Sehschwäche gelten als schwer hilflos. Hinsichtlich des Hilflosigkeitsgrades sind deshalb keine Abklärungen vorzunehmen.

Abzuklären sind die Hilflosigkeit, bei Minderjährigen zudem ein allfälliger zusätzlicher Betreuungsaufwand, sowie der Aufenthaltsort. Der Beginn der Hilflosigkeit und allenfalls des zusätzlichen Betreuungsaufwandes wird so genau wie möglich festgelegt. Die für die Bemessung der Hilflosenentschädigung resp. die Bestimmung des Grades der Hilflosigkeit (leicht, mittelschwer, schwer) massgebenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen sind An- und Auskleiden sowie Aufstehen, Absitzen und Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft sowie Fortbewegung und Kontaktaufnahme.⁵² Für die Annahme von Hilflosigkeit in einer mehrere Teilfunktionen umfassenden Lebensverrichtung genügt, wenn die versicherte Person in Bezug auf eine dieser Funktionen regelmässig in erheblicher Weise auf (direkte oder indirekte) Dritthilfe angewiesen ist.⁵³ Andererseits dürfen Hilfestellungen Dritter, deren die versicherte Person bei mehreren Lebensverrichtungen bedarf, grundsätzlich nur einmal berücksichtigt werden.

Hält sich die versicherte Person in einem Heim auf, bespricht die Abklärungsperson das Ergebnis mit dem Pflegepersonal und/oder mit der Heimleitung. Sie bleibt in ihrer Beurteilung frei, hat in ihrem Bericht jedoch über eine allenfalls abweichende Beurteilung durch die Heimleitung Auskunft zu geben. Bei wesentlichen Abweichungen zwischen behandelndem Arzt/behandelnder Ärztin und Abklärungsbericht hat die IV- Stelle durch gezielte Rückfragen und unter Einbezug des RAD eine Klärung herbeizuführen.⁵⁴

3. Unterschiede zwischen der Pflegebedarfs- und der Hilflosigkeitsabklärung

Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit sind zwei unterschiedliche sozialversicherungsrechtliche Tatbestände. Überschneidungen ergeben sich insoweit, als bei der Beurteilung des Hilflosigkeitsgrades von einer leichten Hilflosigkeit auszugehen ist, wenn die versicherte Person eine besonders aufwendige Pflege bedarf.⁵⁵ Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf.

Eine Pflege kann aus verschiedenen Gründen als aufwendig qualifiziert werden. Sie ist es nach einem quantitativen Kriterium, wenn sie einen grossen Zeitaufwand erfordert oder besonders hohe Kosten verursacht. In qualitativer Hinsicht kann sie es sein, wenn die pflegerischen Verrichtungen unter erschwerenden Umständen zu erfolgen haben, so etwa, weil sich die Pflege besonders mühsam gestaltet oder die Hilfeleistung zu aussergewöhnlicher Zeit zu erbringen ist.⁵⁶

Eine weitere Überschneidung der beiden sozialversicherungsrechtlichen Tatbestände besteht beim

Intensivpflegezuschlag, da dort auch der Behandlungs- und Grundpflegeaufwand zu berücksichtigen ist. Im Unterschied zur früheren Praxis der Übernahme von Leistungen der Hauspflege stimmt die Behandlungs- und Grundpflege nicht mehr mit demselben in der Krankenversicherung (Art. 7 Abs. 2

lit. b und c KLV) verwendeten Begriff über; bei der Festlegung des Intensivpflegezuschlages besteht deshalb ein grösserer Handlungsspielraum.⁵⁷

Unterschiede bestehen auch in Bezug auf die jeweilige Bedarfsabklärung. Bei der Abklärung des Hilflosigkeitsgrades steht die Frage im Vordergrund, ob und inwieweit in Bezug auf die sechs anerkannten alltäglichen Lebensverrichtungen bzw. die jeweiligen Teilfunktionen eine Einschränkung besteht. Wie viel Zeit die jeweilige Hilfsperson für die ersatzweise Ausübung benötigt, ist unerheblich. Bei der Pflegebedarfsabklärung demgegenüber ist das zeitliche Ausmass für die Festlegung der Pflegeentschädigung von massgeblicher Bedeutung.⁵⁸

C. Hilfsmittelbedarfsabklärung

Das IVG statuiert einen Hilfsmittelanspruch,⁵⁹ der Teil der Eingliederungsmassnahmen ist.⁶⁰ Weitere Hilfsmittel sehen das UVG und das AVG vor.⁶¹ Unter Hilfsmittel im IV-rechtlichen Sinne ist ein Gegenstand zu verstehen, dessen Gebrauch den Ausfall gewisser Teile des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag.⁶² Daraus ist zu schliessen, dass der Gegenstand ohne strukturelle Änderung ablegbar und wieder verwendbar sein muss. Dieses Erfordernis bezieht sich jedoch nicht nur auf den Gegenstand selber, sondern auch auf den menschlichen Körper und dessen Integrität. Ein Gegenstand, der seine Ersatzfunktionen nur erfüllen kann, wenn er zuerst durch einen eigentlichen chirurgischen Eingriff ins Körperinnere verbracht wird und nur auf gleiche Weise wieder zu ersetzen ist, stellt kein Hilfsmittel im Sinne des IVG dar.⁶³

Für die Annahme einer Hilfsmittelbedürftigkeit ist massgebend, ob ein Gesundheitsschaden objektiv die Versorgung mit dem jeweiligen Hilfsmittel notwendig macht. Mit dem Bezug zur Invalidität wird klargestellt, dass es sich um einen zeitlich weiter gefassten Rahmen handeln muss. Die Rechtsprechung hat betont, dass das Hilfsmittel voraussichtlich während mindestens eines Jahres benötigt wird.⁶⁴ Ein bestimmter Mindestinvaliditätsgrad ist bei dieser Ausgangslage nicht verlangt, und die Rechtsprechung lässt eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung genügen.

Eigentliche Pflegehilfsmittel sieht lediglich die HVI vor. Die Hilfsmittel für die Selbstsorge umfassen etwa:

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 Treppensteighilfen und Rampen, für Versicherte, die ohne einen solchen Behelf ihre Wohnstätte nicht verlassen können. Wird anstelle einer Treppensteighilfe 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.

Pflegerecht 2014 - S. 145

Das KHMI sieht in den Randziffern 2154 ff. für die jeweiligen Hilfsmittel der Selbstsorge unterschiedliche Abklärungsstellen vor. Der invalidenversicherungsrechtliche Pflegehilfsmittelananspruch wird ergänzt durch den krankenversicherungsrechtlichen Anspruch auf die notwendigen Mittel und Gegenstände, die in der MiGeL-Liste⁶⁵ aufgeführt sind.

III. Pflegebedarfsabklärung

A. Sozialversicherungsrechtliche Pflegebedarfsabklärung

1. Invalidenversicherung

Für die Bedarfsfeststellung gilt in der Invalidenversicherung der Grundsatz der Beweisfreiheit. Es können Berichte und Auskünfte verlangt, Gutachten eingeholt, Abklärungen an Ort und Stelle vorgenommen sowie Spezialisten der öffentlichen oder privaten Invalidenhilfe beigezogen werden.⁶⁶ Telefonische Abklärungen genügen nicht.⁶⁷

Das Bundesgericht geht davon aus, dass die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle die geeignete Vorkehr für die Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs, Hilflosigkeits- und Pflegebedarfs (hinsichtlich Hilflosenentschädigung, Intensivpflegezuschlag und Entschädigung für lebenspraktische Begleitung⁶⁸) und Assistenzbedarfs⁶⁹ ist.⁷⁰ Der RAD wird vorgängig der Abklärung vor Ort nicht zwingend involviert.⁷¹ Der Abklärungsbericht betreffend lebenspraktische Betreuung ist vom RAD zu visieren.⁷² Bei einem Verdacht auf einen psychischen Gesundheitsschaden genügt ein Abklärungsbericht nicht, sondern es ist zusätzlich ein Arztbericht einzuholen.⁷³ Der Arztbericht bei psychischen Gesundheitsschäden hat Vorrang, wenn er im Widerspruch mit dem Abklärungsbericht

steht.⁷⁴ Die Abklärung vor Ort ist in den übrigen Fällen primäres Beweismittel⁷⁵, auch im Revisionsverfahren⁷⁶ und selbst bei einer Differenz von rund 20 % gegenüber der ärztlichen Schätzung.⁷⁷

Der jeweilige Bedarf wird von der Abklärungsperson unter Zuhilfenahme standardisierter Instrumente bzw. Formulare erhoben.⁷⁸ Die IV-Stelle verwendet für die Abklärung des Assistenzbedarfs beispielsweise das FAKT-Formular. Für die Abklärung an Ort und Stelle kann die IV-Stelle auch das Abklärungsformular in Papierform benutzen; die darin festgehaltenen Bemerkungen und Einstufungen müssen aber zusätzlich im FAKT eingegeben werden. Der FAKT ist ein Abklärungsinstrument, das gleichzeitig als Abklärungsbericht gelten kann, den Assistenzbeitrag berechnet und die wichtigen Informationen für die Verfügung zusammenfasst. Der FAKT muss bei der IV-Stelle gespeichert und mindestens ein Jahr lang aufbewahrt werden. Zudem muss der ganze FAKT in gedruckter Form im Dossier aufbewahrt werden.⁷⁹

Dem Abklärungsbericht kommt dann voller Beweiswert zu, wenn als Berichtersteller/in eine qualifizierte Person wirkt, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat.⁸⁰ Der Abklärungsbericht muss dabei nicht zwingend durch eine versicherungsexterne Person vorgenommen werden. Allein die Tatsache, dass ein Bericht durch eine interne Abklärungsstelle verfasst wird, lässt praxisgemäss nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen.⁸¹

Das Bundesgericht hat ferner inhaltliche Anforderungen aufgestellt, denen der Abklärungsbericht zu genügen hat:⁸²

- Im Abklärungsbericht sind nicht nur die örtlichen und räumlichen Verhältnisse sondern auch die aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person zu erwähnen.
- Ebenso sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind.
- Der Berichtstext muss schliesslich plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen,

Pflegerecht 2014 - S. 146

konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen.

Der Abklärungsbericht muss dem Versicherten und seinem Vertreter vor Ort nicht zur Durchsicht unterbreitet werden.⁸³ Wird dem Versicherten auch nachher Einsicht in den Abklärungsbericht

verweigert, liegt aber eine Gehörsverletzung vor, die ausnahmsweise geheilt werden kann, wenn der Versicherte im Beschwerdeverfahren ausführlich zum Abklärungsbericht Stellung beziehen konnte.⁸⁴

2. Krankenversicherung

a. Allgemeines

Die sozialversicherungsrechtlichen Grundsätze zur Pflegebedarfsfeststellung finden sich in Art. 7 ff. der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs. Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien.⁸⁵ Ihr Ergebnis wird auf einem Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben, wobei die Tarifpartner für die einheitliche Ausgestaltung des Bedarfsabklärungsformulars zu sorgen haben.⁸⁶

b. Abklärungsperson

Die Bedarfsabklärung erfolgt durch zugelassene Pflegefachpersonen, Spitex-Organisationen oder Pflegeheime.⁸⁷ Die Abklärung, ob Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 und lit. c Ziff. 2 KLV durchgeführt werden sollen, muss von einer Pflegefachperson vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann.⁸⁸ Gestützt auf die Bedarfsabklärung ordnet der behandelnde Arzt die Pflege an und plant mit den zugelassenen Pflegedienstleistungserbringern zusammen die notwendigen Massnahmen.⁸⁹

c. Abklärungsinstrument

Im Spitex-Bereich ist der Zeitaufwand nach Minuten/Stunden festzustellen. Im Heimbereich ist eine Einstufung in eine von zwölf Pflegebedarfsstufen vorzunehmen.⁹⁰ Für die Pflegebedarfeinstufung bzw. die Abklärung des Pflegebedarfs bestehen international verschiedene Instrumente, die alle ihre Vor- und Nachteile aufweisen.⁹¹ Die Pflegeaufwandmesssysteme erfassen den pflegerischen Aufwand *retro-* und *prospektiv*. Die Bemessung des Pflegeaufwands ist eine Zeitmessung. Zu unterscheiden sind verschiedene Systeme für unterschiedliche Bereiche, Bedürfnisse und Zwecke – z. B. *Akut-* und *Langzeitbereich*, *stationär* und *ambulant*; diese Instrumente wirken im *Innenverhältnis* als Kommunikationssysteme (eKardex, LEP®, Nanda®) innerhalb einer Institution, z. B. eines Spitals – im Gegensatz zu den Fallpauschalen (TarMed im ambulanten Bereich), z. B. Arztpraxis; anders SwissDRG im stationären Bereich, z. B. Spital, wobei TarMed und SwissDRG im *Aussenverhältnis* zur Anwendung gelangen, im Verhältnis zwischen Arztpraxis/Spital und den Versicherungen, z. B. der Krankenkasse.

Die gebräuchlichsten Instrumente sind:

- BESA (BewohnerInnen – Einstufungs- und Abrechnungssystem)

- CANE (Camberwell Assessment of Needs for the Elderly)?
- CAT (Cambridgeshire Assessment Tool)?
- Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD)
- EASY Care
- Ergotherapeutisches Assessment?
- FACE (Functional Assessment of the Care Environment for Older People)
- FIM (Functional Independence Measure)?
- HART (Handicap Assessment and Resource Tool)?
- NOAT (Northamptonshire Overview Assessment Tool)?
- NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)?
- OASIS (Outcome and Assessment Information Set)?
- PAS (Pflegeabhängigkeitsskala)?
- PGBA (Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment)?
- RAI 2.0 (Resident Assessment Instrument)?
- RAI HC (Resident Assessment Instrument Home Care)?
- RUM (Resource Use Measure)?
- RCN Assessment (Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool)
- SCoTTs (Service Coordination Tool Templates)?
- Sic Pflegeassistent 1.8?
- STEP (Standardised Assessment for Elderly Patients in Primary Care)

Die überwiegende Mehrzahl dieser Abklärungsinstrumente dient lediglich dazu, eine Einstufung vornehmen zu können, um dem Versicherten standardisierte Versicherungsleistungen gewähren zu können. Die Einstufungsfrage stellt sich etwa im Zusammenhang mit der Hilflosenentschädigung, als zu klären ist, ob der Versicherte in leichtem, mittlerem oder schwerem Grad der Hilfe Dritter bedarf. Andere Abklärungsinstrumente dienen der Pflegeplanung, da mit ihrer Hilfe die einzelnen

Pflegeverrichtungen erfasst werden können. Für die Feststellung des Zeitbedarfs eignen sich nur wenige Abklärungsinstrumente. In der Schweiz wird in diesem Zusammenhang das Resident-Assessment-Instrument Home Care (RAI-HC) verwendet.

Art. 25a Abs. 3 KVG beauftragt den Bundesrat, das Verfahren der Bedarfsermittlung zu regeln. Der Bundesrat hat diese Aufgabe an das Eidgenössische Departement des Innern delegiert.⁹² Art. 8 KLV befasst sich mit der Bedarfsabklärung für Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, regelt aber das Bedarfsermittlungsverfahren für Pflegeheime nicht. Das Verordnungsrecht des Bundes hat bisher kein einheitliches Verfahren der Bedarfsermittlung festgelegt. Die krankenversicherungsrechtliche Bedarfsermittlung ist daher nicht – jedenfalls nicht abschliessend – bundesrechtlich geregelt, sodass insoweit eine kantonale Zuständigkeit verbleibt.⁹³

Die sozialversicherungsrechtliche Vorgabe, wonach die Bedarfsabklärung eines «einheitlichen Formulars» vorzunehmen ist, haben die Tarifpartner bzw. die kantonalen Gesetzgeber mitunter konkretisiert. In den Kantonen und Schaffhausen⁹⁴ und St. Gallen⁹⁵ ist beispielsweise explizit vorgeschrieben, dass die krankenversicherungsrechtliche Pflegebedarfsabklärung unter Zuhilfenahme des Abklärungsinstruments RAI Home-Care zu erfolgen hat. Mitunter, so etwa in den Kantonen Bern⁹⁶ und Thurgau⁹⁷, wird in den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen für den Heimbereich auf das Abklärungsinstrument RAI-RUG hingewiesen. Das Bundesgericht hat erwogen, dass das Abklärungsinstrument RAI-Home Care, obwohl es sich dabei um ein privat entwickeltes Instrument handelt, herangezogen werden kann.⁹⁸ Das RAI-RUG-System wird sodann in Art. 7a Abs. 3 KLV vom Verordnungsgeber im Pflegeheimbereich explizit übernommen.

Bei RAI-Home-Care (RAI-HC) handelt es sich um ein Bedarfsabklärungsinstrument für die Hilfe und Pflege zu Hause. Es wurde von einem internationalen Team von Pflegefachleuten, Ärzten, Physiotherapeuten und Auszubildenden interdisziplinär entwickelt.⁹⁹ Eine auf Schweizer Verhältnisse angepasste Version ist 2001 in 15 Spitex Organisationen getestet worden. Nach dieser Pilotphase wurde das Instrumentarium überarbeitet und gekürzt. Seit 2003 wird RAI-HC Schweiz in der Praxis, letztmals 2009, umfassend überarbeitet. Die GDK hat mit Beschluss vom 6. 7. 2006 die Einführung des Abklärungsinstruments RAI-HC beschlossen. Mittlerweile wird RAI-HC schweizweit von rund zwei Drittel der Spitex-Organisationen verwendet.

RAI-HC Schweiz besteht aus vier Teilen:

- Administrative Daten und Anfrage (ADuA): Es dient der Dokumentation der Informationen im Rahmen des Erstkontakts.
- Hauswirtschaft: Darin werden im Rahmen der Abklärung Informationen festgehalten, die für hauswirtschaftliche Leistungen unabdingbar sind.
- Minimum Data Set (MDS-HC): Es ist das Kerninstrument von RAI-HC Schweiz. Dass MDS-HC ermöglicht eine umfassende Beobachtung der Klienten und dient als Grundlage für die Erfassung, Hilfe- und Pflegeplanung.

- Leistungskatalog: Hier werden die einzelnen Leistungen, die für die Klienten bedarfsgerecht zu erbringen sind, festgehalten.

Der RAI-HC-Leistungskatalog beschreibt 145 der von Spitex-Organisationen am häufigsten durchgeführten Pflegeleistungen, wobei bei jeder Pflegeleistung festgelegt ist, ob es sich um eine Pflicht- oder um eine Nichtpflichtleistung gemäss KVG/KLV handelt. Der jeweiligen Pflegeleistung sind Standardzeiten zugeordnet, die in verschiedenen Studien validiert worden sind. Der Umstand, dass die Methode RAI-HC auf Standardzeiten basiert, stellt keinen Widerspruch zur Feststellung des Pflegeaufwandes im Einzelfall, der individuell zu bestimmen ist, dar. Denn auch wenn der ausgewiesene Pflegebedarf massgebend ist, bezieht sich dies gerade im Sinne des

Pflegerecht 2014 - S. 148

Wirtschaftlichkeitsprinzips nicht ohne Weiteres auf das Mass der effektiv erbrachten Leistungen, sondern auf eine normative Bewertung dieses Ausmasses.¹⁰⁰ Denn eine Pflegeperson, die geschickt und routiniert arbeitet, unterbietet diese Standardzeiten, während eine etwas langsamer arbeitende oder lernende Pflegeperson für die gleiche Verrichtung länger braucht.¹⁰¹

Das Bundesgericht hat in zwei das Krankenversicherungsrecht betreffenden Urteilen entschieden, beim Bedarfsabklärungsinstrumentarium der Spitex, RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Homecare), handle es sich um Empfehlungen im Bereich der Hauspflege einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter. Sie seien für das Gericht nicht verbindlich. Es könne sie jedoch bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen.¹⁰² Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann die SUVA bzw. ein Unfallversicherer zwar nicht verpflichtet werden, auf das RAI-HC-Bedarfsabklärungsinstrumentarium abzustellen. Es kann jedoch im Rahmen des Art. 18 UVV herangezogen werden, wenn es eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Lösung ermöglicht.¹⁰³

d. Ärztlicher Auftrag

Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen ist aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben.¹⁰⁴ Das Erfordernis der ärztlichen Anordnung ist nicht in einem streng formellen Sinne zu verstehen. Es genügt vielmehr, dass die fraglichen medizinischen Vorkehren, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind.¹⁰⁵

Der Arzt kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:

- bei Akutkranken für maximal drei Monate;
- bei Langzeitpatienten für maximal sechs Monate;

- bei Patienten der Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen.¹⁰⁶

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.¹⁰⁷

B. Haftpflichtrechtliche Pflegebedarfsabklärung

a. Allgemeines

Im Anwendungsbereich des Haftpflichtrechts wird vom Bundesgericht ebenfalls eine einzelfallweise Abklärung vor Ort als zwingend angesehen.¹⁰⁸ Wie auch immer der sozialversicherungs- und haftpflichtrechtliche Betreuungs- und Pflegebedarf festgestellt wird, die jeweiligen Ergebnisse sind nicht eins zu eins übertragbar:

«Die Rechtsnatur sowie der unterschiedliche Norm- und Schutzzweck der haftpflichtrechtlichen Personenschadenregeln von Art. 46 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 42 Abs. 2 OR schliessen aus, dass ein zum Nachweis des vom Haftpflichtigen geschuldeten Pflegeschadens eingeholtes Pflegeaufwandgutachten tel quel als Grundlage für die Bemessung der vom Krankenversicherer nach Massgabe von Art. 7 Abs. 2 KLV und des einschlägigen Tarifvertrages zu vergütenden Pflegeleistungen herangezogen wird. Einem im Haftpflichtprozess eingeholten Gerichtsgutachten zu dem im Einzelfall erforderlichen Pflegeaufwand kommt sozialversicherungsrechtlich nur insofern Beweiskraft zu, als die darin enthaltenen Erfahrungssätze und Schlussfolgerungen der gesetzlichen Regelung von Art. 7 Abs. 2 KLV und den vertraglichen Vereinbarungen des massgebenden Tarifvertrages entsprechen».¹⁰⁹

Das Bundesgericht betont, dass «kein Weg daran vorbeiführt, den Betreuungsschaden individuell und konkret zu ermitteln, wozu die Einholung eines Gutachtens angebracht ist».¹¹⁰ Einer Bedarfsabklärung kommt ein höherer Beweiswert zu, wenn die abklärende Person anlässlich der Abklärung während fünf Stunden die Pflegenden vor Ort begleitete und Gespräche mit der den Pflegebedürftigen am häufigsten betreuenden Personen führte.¹¹¹

Im Haftpflichtprozess eingeholten Gerichtsgutachten zu dem im Einzelfall entschädigungspflichtigen Pflegeaufwand kommt sozialversicherungsrechtlich nur insofern Beweiskraft zu, als die darin enthaltenen Erfahrungssätze und Schlussfolgerungen der gesetzlichen Regelung von Art. 7 Abs. 2 KLV und den vertraglichen Vereinbarungen des massgebenden Tarifvertrages entsprechen.¹¹² Die sozialversicherungsrechtliche Pflegebedarfsfeststellung ist ihrerseits für die Festlegung des

haftpflichtrechtlich relevanten Betreuungs- und Pflegeaufwandes lediglich Ausgangspunkt, weil die haftpflichtrechtliche Ersatzpflicht umfassend, die sozialversicherungsrechtliche Leistungspflicht demgegenüber lediglich im Umfang der jeweils versicherten Pflegeleistungen besteht.

b. Abklärungsperson

In Anbetracht der sozialversicherungsrechtlichen Ausgangslage haben grundsätzlich diplomierte Pflegefachkräfte oder Spitex-Organisationen den haftpflichtrechtlich relevanten Pflege- und Betreuungsbedarf abzuklären. Die Aufgabe des behandelnden Arztes erschöpft sich lediglich in der Bestätigung, dass aus medizinischer Sicht eine Pflegebedürftigkeit bzw. Betreuungsbedürftigkeit vorliegt. Allenfalls ist der behandelnde Arzt bei der Planung der verschiedenen medizinischen Pflegemassnahmen beizuziehen. Von den Gerichten werden denn auch Pflegefachkräfte¹¹³, aber auch Fachärzte oder Psychologen¹¹⁴ mit der gutachterlichen Feststellung des Betreuungs- und Pflegeaufwands beauftragt. Im Entscheid 9C_702/2010 wurde die vom Bundesgericht geschützte Pflegebedarfsabklärung von RAI-Ausbildungsverantwortlichen erstellt.¹¹⁵

Die Pflegefachpersonen, die regelmässig nur sozialversicherungsrechtliche, insbesondere krankensicherungsrechtliche Bedarfsabklärungen vorzunehmen haben, sind erfahrungsgemäss überfordert, eine haftpflichtrechtliche Bedarfsabklärung vorzunehmen, wenn sie nicht vorgängig einlässlich darüber instruiert werden, welches die im Haftpflichtrecht ersatzpflichtigen Betreuungs- und Pflegeleistungen sind. Die Instruktion hat sich einerseits auf die Art und Weise der Bedarfsfeststellung und andererseits auf die haftpflichtrechtlich ersatzpflichtigen Betreuungs- und Pflegeleistungen zu beziehen.

c. Abklärungsinstrument

Das Bedarfsabklärungsinstrument RAI-HC ist auch in haftpflichtrechtlicher Hinsicht eine taugliche Grundlage, um die dort referenzierten 145 Betreuungs- und Pflegeverrichtungen im Einzelfall vor Ort abzuklären. Da die haftpflichtrechtliche Ersatzpflicht sich aber auf sämtliche Betreuungs- und Pflegeleistungen, auch auf solche, die weder in der KLV noch im RAI-HC-Abklärungsinstrument aufgeführt sind, bezieht, muss im Einzelfall über die RAI-HC-Abklärung hinaus der gesamte haftpflichtrechtliche Betreuungs- und Pflegeaufwand gemäss Art. 46 OR individuell-konkret festgestellt werden.

d. Abklärungsgegenstand

Abzuklären ist der gemäss Art. 46 OR entschädigungspflichtige Betreuungs- und Pflegebedarf. Dieser lässt sich in die vier Kategorien Pflege, Betreuung, hauswirtschaftlicher Mehraufwand und Überwachung unterteilen.

- *Pflege*: Unter Pflege wird im krankensicherungsrechtlichen Kontext die Behandlungs- und Grundpflege und im unfallversicherungsrechtlichen Kontext die medizinische Pflege verstanden. Die Behandlungspflege meint Pflegeleistungen, die einen eigentlichen Behandlungszweck

erfüllen.¹¹⁶ Im Krankenversicherungsrecht besteht eine abschliessende Aufzählung der versicherten behandlungspflegerischen Verrichtungen,¹¹⁷ während das Unfallversicherungsrecht keine Legaldefinition für die medizinische Pflege kennt.¹¹⁸ In haftpflichtrechtlicher Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Behandlungspflegeliste gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV um eine Positivliste handelt. Der Krankenversicherer ist deshalb nur verpflichtet, die dort explizit aufgeführten behandlungspflegerischen Verrichtungen zu vergüten. Nicht aufgeführte Pflegedienstleistungen sind demgegenüber vom Krankenversicherer nicht zu entschädigen, können aber gleichwohl von der haftpflichtrechtlichen Ersatzpflicht erfasst werden. Im Einzelfall ist deshalb in Ergänzung zur Positivliste gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zu überprüfen, ob allenfalls weitere, in der Positivliste nicht aufgeführte Pflegemassnahmen notwendig sind.

Pflegerecht 2014 - S. 150

- *Betreuung*: Von den eigentlichen Pflegeleistungen sind die Betreuungsleistungen zu unterscheiden. Diese dienen nicht der eigentlichen Behandlung, sondern bestehen in zusätzlichen Dienstleistungen, die als Folge eines verletzungsbedingten Funktionsdefizits erforderlich sind. Die Betreuungsleistungen lassen sich in interne und externe, unmittelbare und mittelbare sowie physische und psychische Dienstleistungen unterteilen. Die internen Betreuungsleistungen erfolgen in der Wohnung des Geschädigten, während die externen Betreuungsleistungen ausserhalb der Wohnung erbracht werden. Letztere fallen beispielsweise bei Spital-¹¹⁹ und Heimbisuchen¹²⁰, der ausserhäuslichen Begleitung des Verletzten im Zusammenhang mit Therapiebesuchen sowie Freizeit- und Ferienaktivitäten oder bei dessen Betreuung am Arbeitsplatz an. Ein externer Betreuungsbedarf besteht bei Erblindeten,¹²¹ Gelähmten bzw. zur Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesenen Geschädigten¹²² sowie Kindern.¹²³ Als unmittelbare Betreuungsleistungen lassen sich Dienstleistungen qualifizieren, welche den Geschädigten betreffen. Müssen Hilfsmittel unterhalten oder hauswirtschaftliche Mehrleistungen erbracht werden, liegen mittelbare Betreuungsdienstleistungen vor. In der Regel besteht die Betreuung in physischen Hilfeleistungen. Ausnahmsweise sind aber auch die Kosten einer psychischen Unterstützung, z. B. einer parapsychologischen Betreuung durch einen Geistheiler,¹²⁴ ersatzfähig.
- *Hauswirtschaftlicher Mehraufwand*: Die Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigkeit kann mit einem hauswirtschaftlichen Mehraufwand im Invalidenhaushalt, z. B. mit vermehrtem Waschen von Kleidern bei Inkontinenz oder einem Putzmehraufwand, verbunden sein. Der hauswirtschaftliche Mehraufwand im Invalidenhaushalt ist – zusätzlich zum Haushaltschaden – entschädigungspflichtig.¹²⁵ 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,¹²⁶ Besorgen der Wäsche und andere ähnliche Verrichtungen, welche nicht auf der Liste der Grundpflegeleistungen stehen, welche die obligatorische Pflegeversicherung vergüten muss.¹²⁷ Die Begleitung der pflegebedürftigen Person vom Schlafzimmer zum Esssaal stellt ebenfalls

keine Pflegemassnahme nach KVG/KLV dar.¹²⁸ Die Hilfe beim Essen und Trinken kann kontextabhängig eine Grundpflegeleistung sein.¹²⁹ Ein hauswirtschaftlicher Mehraufwand ist nur solange möglich, als der Geschädigte zu Hause betreut wird. Der behinderungsbedingte Mehraufwand und der mit dem Haushaltschaden abzugeltende hauswirtschaftliche Versorgungsaufwand des Geschädigten fallen weg, wenn dieser in einem Spital bzw. Heim betreut und gepflegt werden muss und regelmässig auch hauswirtschaftlich versorgt wird.¹³⁰ In diesem Fall ist der Besuchsschaden als Besuchsschaden und der hauswirtschaftliche Versorgungsaufwand, den der Geschädigte für Dritte erbracht hätte, als Haushaltschaden zu entschädigen.

- *Überwachungsbedarf*: Das Bundesgericht hat bereits vor über hundert Jahren die «beständige Überwachung» nebst der Pflege des Geschädigten als ersatzfähig bezeichnet,¹³¹ aber in den seither ergangenen Entscheiden keine grundsätzlichen Erwägungen zum Bereitschafts-, Präsenz- und Überwachungsschaden angestellt. In der Schweiz hat sich das Zürcher Handelsgericht im Fall «Kramis» erstmals vertiefter mit diesem besonders anspruchsvollen Schadensposten auseinandergesetzt.¹³² Bei der Bemessung des ersatzfähigen

Pflegerecht 2014 - S. 151

Präsenzzeitaufwands erwog das Gericht, dass die an einer schweren Hirnverletzung leidende Geschädigte neben eigentlichen Pflegeleistungen von einer Stunde pro Tag zusätzlich drei bis vier Stunden pro Tag an Anwesenheits- und Überwachungsleistungen im Sinne des «Hegens und Pflegens» bedarf.¹³³ Die Bereitschafts- und Überwachungszeiten können in unmittelbarer Nähe bzw. am Aufenthaltsort beim Geschädigten, in der Regel bei ihm Zuhause oder extern anfallen. Arbeitsrechtlich stellen beide Formen Pikettdienste dar,¹³⁴ wobei in Bezug auf die Anrechnung an die Arbeitszeit der Pikettdienst im Betrieb (sog. Rufbereitschaft) und der Pikettdienst ausserhalb des Betriebs (sog. Arbeitsbereitschaft) unterschieden werden.¹³⁵ Die Arbeitsbereitschaft ist durch angemessene, den Verhältnissen Rechnung tragende Freizeit auszugleichen oder angemessen in Geld zu vergüten.¹³⁶ Die Rufbereitschaft demgegenüber ist voll zu entlönnen, wenn der Arbeitgeber mit der Zuweisung von Arbeit in Verzug ist¹³⁷ oder die Wartezeit die eigentliche Arbeitsleistung darstellt.¹³⁸

1 Vgl. Art. 8 Abs. 3 ATSG und Art. 28 Abs. 2^{bis} IVG.

2 Vgl. Art. 28 Abs. 2^{ter} IVG und Art. 27 IVV.

3 Vgl. BGE 130 V 360 ff. (ehrenamtliche Tätigkeit) und ferner 131 V 51 E. 5.1.2.

4 Statt vieler BGE 130 V 97 E. 3.4.

- 5 Vgl. BGE 131 V 51 E. 5.2.
- 6 Vgl. Rz. 3090 ff. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH; gültig ab 1. 1. 2012).
- 7 Vgl. BGE 130 V 97 E. 3.3.
- 8 Vgl. Urteil EVG vom 21. 8. 2006 (I 850/05) E. 4.3.
- 9 Vgl. Urteil BGer vom 28. 2. 2007 (I 373/06) E. 4.3.2.
- 10 Vgl. Urteile BGer vom 3. 12. 2008 (9C_299/2008) E. 3.2 und vom 15. 7. 2008 (9C_51/2008) E. 3.1.
- 11 Vgl. Urteile BGer vom 2. 12. 2009 (9C_631/2009) E. 5.1.2 und vom 3. 12. 2008 (9C_299/2008) E. 3.2.
- 12 Vgl. Ziff. 3095 KSIH.
- 13 Vgl. Ziff. 3098 KSIH.
- 14 Vgl. Urteil EVG vom 12. 5. 2005 (I 13/05) E. 2.4.
- 15 Vgl. ZAK 1988, 477 E. 2.
- 16 Vgl. Urteil EVG vom 21. 11. 2000 (I 469/99) E. 4b.
- 17 Vgl. Urteil EVG vom 11. 8. 2003 (I 681/02) E. 5.2.
- 18 Vgl. Urteile EVG vom 17. 11. 2003 (I 467/03) E. 3.2.2 und vom 11. 8. 2003 (I 681/02) E. 4.2.
- 19 Vgl. Urteile EVG vom 17. 11. 2003 (I 467/03) E. 3.2.2 und vom 30. 4. 2001 (I 215/00) E. 2.
- 20 So z. B. BGE 130 V 97 E. 3.3.3.
- 21 Statt vieler BGE 131 III 360 = Pra 2006 Nr. 18 E. 8.1, 131 III 12 = Pra 2005 Nr. 119 E. 5 und 127 III 403 E. 4a.
- 22 Vgl. BGE 131 III 12 = Pra 2005 Nr. 119 E. 5 und 127 III 403 E. 4b.
- 23 Statt vieler BGE 132 III 321 E. 3.1.
- 24 Siehe <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/dos/haushaltschaden.html> (zuletzt besucht am 5. 8. 2014).
- 25 Vgl. Urteil BGer vom 25. 8. 2006 (4C.166/2006) E. 5.2.
- 26 Vgl. BGE 113 II 345 E. 2a.
- 27 Vgl. BGE 129 III 135 = Pra 2003 Nr. 69 E. 4.2.1.
- 28 Vgl. z. B. Urteil HGer ZH vom 11. 11. 2002 = ZR 2003 Nr. 36 = HAVE 2003, S. 317 E. VII/D/3.4/d (Ersatzfähigkeit der Haustierhaltung).

- 29 Siehe <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/dos/haushaltschaden.html> (zuletzt besucht am 5. 8. 2014).
- 30 Vgl. Urteil BGer vom 11. 4. 2005 (4C.8/2005) = Pra 2005 Nr. 120 E. 2.5 und 3.2.
- 31 A. A. [BGE 131 II 656 E. 8.2.](#)
- 32 So z. B. Urteil OGer ZH vom 6. 4. 1998 (U/O/LB 960061) = ZR 1999 Nr. 4 E. II/4.2.1/b.
- 33 Das Bundesgericht erachtet auch ein im Auftrag eines Arztes erstelltes ergotherapeutisches Gutachten als beweiskräftig (vgl. [BGE 129 III 135 E. 4.2.2.2](#) [88 %ige Hausarbeitsunfähigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma und bleibender Funktionseinbusse]).
- 34 Das Haushaltassessment stellt eine für hauswirtschaftliche Arbeiten angepasste Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit dar. In der Literatur ist umstritten, ob ein Haushaltassessment genügende Grundlage für eine Abklärung der Hausarbeitsunfähigkeit darstellt (siehe KOPP HANS GEORG/SÖNKE JOHANNES, Die Evaluation der funktionellen Haushaltfähigkeit, in: HAVE 2010, 286 ff., WEIDMANN DAVID/KRÖPFLI URS, Erhebung und Quantifizierung der Einschränkungen im Haushalt, in: HAVE 2010, 293 ff., und KAUFMANN PETER/HAFEN LUZIUS/ESCHMANN URS, Haushaltassessment – das Ei des Kolumbus?, in: HAVE 2010, 13 ff.).
- 35 Vgl. Urteil KGer VS vom 14. 10. 1992 i. S. M. c. X = ZWR 1992, 370 E. 6c.
- 36 Vgl. [BGE 129 III 135](#) = Pra 2003 Nr. 69 = HAVE 2002, 50 E. 4.2.2.2 (88 %ige Hausarbeitsunfähigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma und bleibender Funktionseinbusse).
- 37 Vgl. z. B. GEISSELER ROBERT, Der Haushaltschaden, in: Koller Alfred (Hrsg.), Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1997, St. Gallen 1997, 59 ff., 75.
- 38 Vgl. z. B. Urteil OGer ZH vom 6. 4. 1998 (U/O/LB 960061) = ZR 1999 Nr. 4 E. II/4.2.1/b.
- 39 Vgl. [BGE 130 V 97 E. 3.4](#) und [125 V 146 E. 4](#) sowie Urteile EVG vom 22. 2. 2001 (I 511/00) E. 3d und vom 4. 7. 2000 (I 294/99) E. 2b.
- 40 Vgl. [Art. 21 Abs. 1 UVG.](#)
- 41 Vgl. [Art. 18 UVV.](#)
- 42 Vgl. [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 13 Abs. 1 IVG.](#)
- 43 Vgl. [Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG.](#)
- 44 Vgl. [Art. 26 Abs. 2 lit. a KVG.](#)
- 45 Vgl. [Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV.](#)
- 46 Vgl. [Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV.](#)
- 47 Vgl. [Art. 14 ELG.](#)
- 48 Vgl. [Art. 14 abs. 1 lit. b ELG.](#)

- 49 Vgl. z. B. LANDOLT HARDY, Der Pflegeschaden, in: Tagungsband 2. Personen-Schaden-Forum 2003, Zürich 2003, 67 ff.
- 50 Gültig seit 1. Januar 2012.
- 51 Vgl. Urteil BGer vom 4. 6. 2010 (9C_839/2009) E. 3.4.2.
- 52 Vgl. Art. 37 IVV BGE 127 V 94 E. 3c S. 97; 125 V 297 E. 4a.
- 53 Vgl. BGE 121 V 88 E. 3c und 117 V 146 E. 2.
- 54 Vgl. Rz. 8132 f. KSIH.
- 55 Vgl. Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV.
- 56 Vgl. Rz. 8057 KSIH.
- 57 Vgl. AHI 2003, 329 f., und Urteil BGer vom 25. 2. 2014 (9C_666/2013) E. 8.2.1.
- 58 Siehe z. B. Art. 7a KLV.
- 59 Vgl. Art. 21 ff. IVG, Art. 14 ff. IVV und HVI sowie Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI; gültig ab 1. 1. 2013).
- 60 Vgl. Art. 8 Abs. 3 lit. d und Art. 8a Abs. 2 lit. c IVG.
- 61 Siehe Verordnung vom 18. Oktober 1984 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung (HVUV; SR 832.205.12) und Verordnung vom 28. August 1978 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA; SR 831.135.1).
- 62 Vgl. BGE 131 V 9 E. 3.3 und 115 V 191 E. 2c.
- 63 Vgl. BGE 115 V 191 E. 2c und 101 V 267 E. 1b.
- 64 Vgl. ZAK 1984, 336.
- 65 Siehe <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html?lang=de> (zuletzt besucht am 5. 8. 2014).
- 66 Vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV.
- 67 Vgl. Urteil EVG vom 7. 12. 2004 [H 27/04] E. 2.
- 68 Siehe dazu KSIH sowie ferner Anmeldeformulare Nrn. 001.004 – Anmeldung für Erwachsene: Hilflosenentschädigung IV und 001.005 – Anmeldung: Hilflosenentschädigung Minderjährige.
- 69 Siehe dazu Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag (KSAB; gültig ab 1. 1. 2012) sowie ferner Anmeldeformulare Nrn. 001.006 – Anmeldung für Erwachsene: Assistenzbeitrag und 001.007 – Anmeldung für Minderjährige: Assistenzbeitrag.
- 70 Siehe z. B. BGE 130 V 61 E. 6.2.

- 71 Vgl. z. B. Ziffer 6018 KSAB.
- 72 Siehe Urteil BGer vom 23. 7. 2007 (I 661/05) E. 6.1.2.
- 73 Vgl. Urteil EVG vom 3. 2. 2004 [I 728/03] E. 2.2.
- 74 Siehe Urteil BGer vom 10. 9. 2007 (I 609/06) E. 4.1.2.
- 75 Vgl. BGE 130 V 97 E. 3.3 und AHI 2001, 161 E. 3c.
- 76 Vgl. Urteil BGer vom 15. 7. 2008 [9C_51/2008] E. 3.
- 77 Vgl. Urteil EVG vom 13. 12. 2004 [I 42/03] E. 2.3.3.
- 78 Vgl. z. B. Ziffern 8128 ff. KSIH und Ziffern 4005 und 6013 ff. KSAB.
- 79 Vgl. Ziffer 6019 KSAB.
- 80 Vgl. statt vieler Urteil EVG vom 2. 6. 2003 (I 610/01) E. 2.1 und BGE 128 V 93 E. 4.
- 81 Statt vieler Urteil EVG vom 4. 6. 2003 (I 494/01) E. 2.2 und BGE 120 V 364 E. 3a.
- 82 Siehe z. B. Urteil EVG vom 2. 6. 2003 (I 610/01) E. 2.1 und BGE 128 V 93 E. 4.
- 83 Siehe Urteil BGer vom 10. 9. 2007 (I 473/06) E. 6.2.1 f.
- 84 Vgl. BGE 128 V 93 E. 4 und Urteil BGer vom 23. 10. 2007 (I 317/06) E. 3.
- 85 Vgl. Art. 8 Abs. 1 KLV.
- 86 Vgl. Art. 8 Abs. 2 und 3 KLV.
- 87 Vgl. Art. 7 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KLV.
- 88 Vgl. Art. 7 Abs. 2^{bis} lit. b KLV.
- 89 Vgl. Art. 8 Abs. 1 KLV.
- 90 Vgl. Art. 7a KLV.
- 91 Statt vieler WINGENFELD/BÜSCHER/SCHAEFFER, Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, Bielefeld 2007.
- 92 Vgl. Art. 33 lit. h KVV.
- 93 Vgl. Urteil BGer vom 5. 11. 2012 (2C_333/2012) E. 5.2.
- 94 Vgl. § 25 Abs. 4 Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPV) vom 10. Februar 2009 (813.501).
- 95 Vgl. Art. 12 Abs. 1 Verordnung über die Pflegefinanzierung vom 14. Dezember 2010 (331.21).

- 96 Vgl. Art. 3 Abs. 3 Einführungsverordnung ?zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG) vom 16. September 2009 (841.311).
- 97 Vgl. § 27 Abs. 1 Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 20. Dezember 2011 (832.10).
- 98 Vgl. BGE 136 V 172 E. 4.3.3 und Urteil vom 21. 12. 2010 (9C_702/2010) E. 4.2.3.
- 99 Weiterführend www.qsys.ch.
- 100 Vgl. Urteil BGer vom 5. 11. 2012 (2C_333/2012) E. 5.6.
- 101 Vgl. Urteil BGer vom 12. 7. 2013 (8C_1037/2012) E. 5.2.3.
- 102 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.
- 103 Vgl. Urteil BGer vom 12. 7. 2013 (8C_1037/2012) E. 5.2.1 und 5.2.4.
- 104 Vgl. Art. 8 Abs. 1 KLV.
- 105 Vgl. z. B. BGE 116 V 41 E. 5c.
- 106 Vgl. Art. 8 Abs. 6 KLV.
- 107 Vgl. Art. 8 Abs. 6^{bis} KLV.
- 108 Vgl. Urteil BGer vom 9. 7. 2010 (4A_48/2010) E. 1.3.4.1.
- 109 Urteil BGer vom 10. 2. 2007 (K 141/06 und K 145/06) E. 3.2.3.
- 110 Vgl. Urteil BGer vom 9. 7. 2010 (4A.48/2010) E. 1.3.4.2.
- 111 Vgl. Urteil BGer vom 12. 7. 2013 (8C_1037/2012) E. 6.2.
- 112 Vgl. Urteil BGer vom 10. 2. 2007 (K 141/06 und K 145/06) E. 3.2.3.
- 113 Vgl. z. B. Urteil BGer vom 21. 12. 2010 (9C_702/2010) E. B und 4.1 sowie OLG Schleswig vom 28. 9. 2007 (4 U 34/06) = BeckRS 2008, 00060 E. II.3.
- 114 Vgl. z. B. Urteil HGer ZH vom 12. 6. 2001 (E01/O/HG950440) = plädoyer 2001/6, 66 und 2002/1, 67 = ZR 2002 Nr. 94 = ZBJV 2003, 394 E. II., 6.
- 115 Vgl. Urteil BGer vom 21. 12. 2010 (9C_702/2010) E. B und 4.1.
- 116 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1 ff. KLV.
- 117 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.
- 118 BGE 116 V 41 E. 5a.

- 119 Siehe BGE 97 II 266 E. III/2–4, 69 II 324 E. 3 und 57 II 94 E. 3 sowie Urteile Appellationshof BE vom 13. 2. 2002 (358/II/2001) = ZBJV 2002, 831 und 2003, 394 und KGer VS vom 2. 3./6. 9. 1979 i. S. Hennemuth c. Luftseilbahn Betten-Bettmeralp AG und Schweizer Union = SG 1979 Nr. 16 E. 7.
- 120 Vgl. Urteil BGer vom 25. 5. 2010 (4A_500/2009) = HAVE 2011, 3 E. 3.4 und 3.5.
- 121 Vgl. Urteil AmtsGer Sursee vom 2. 11. 2004 (21 02 22) i. S. Bernet c. Nyffeler und Schweizerische Mobilier E. C/4.5.1, 42 (Röhrenblick) und BGE 35 II 405 E. 4.
- 122 Vgl. Urteile BezGer Affoltern vom 23. 11. 1994 i. S. Altstadt Versicherungen E. 7.1 und OGer ZH vom 8. 12. 1995 = ZR 1997 Nr. 2.
- 123 Vgl. Urteile Appellationshof BE vom 13. 2. 2002 (358/II/2001) = ZBJV 2002, 831 und 2003, 394 E. 10 (Schulwegbegleitung und Begleitung zur Therapie) und KGer VS vom 1. 12. 1978 i. S. Jordan c. Mutuelle Vaudoise = ZWR 1979, 322 E. IV.
- 124 Vgl. Urteil AppGer TI vom 12. 2. 1982 i. S. Lamoni c. Grisoni = CaseTex Nr. 1178.
- 125 LANDOLT, ZH-K, N 1283 ff. zu Art. 46 OR; unklar Urteil HGer ZH vom 12. 6. 2001 (E01/0/HG950440) = plädoyer 2001/6, 66 und 2002/1, 67 = ZR 2002 Nr. 94 = ZBJV 2003, 394 E. V (Hilfe bei der Führung eines Einpersonenhaushalts im Umfang von 18,5 Stunden pro Woche).
- 126 Vgl. Entscheid Bundesrat vom 9. 3. 1998 = RKUV 1998 KV Nr. 28 S. 180 E. II.
- 127 Vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.2.
- 128 Ibid.
- 129 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV.
- 130 Vgl. Urteil BGer vom 26. 3. 2002 (4C.276/2001) = Pra 2002 Nr. 212 = plädoyer 2002/5, 57 = HAVE 2002, 276 = ZBJV 2003, 394 E. 5.
- 131 Vgl. BGE 28 II 200 E. 5.
- 132 Vgl. Urteil HGer ZH vom 12. 6. 2001 (E01/0/HG950440) = plädoyer 2001/6, 66 und 2002/1, 67 = ZR 2002 Nr. 94 = ZBJV 2003, 394 E. V. 10 ff.
- 133 Ibid. E. V.2, 17.
- 134 Vgl. Art. 14 f. ArGV 1.
- 135 Vgl. Art. 15 Abs. 1 und 2 ArGV 1.
- 136 Vgl. Art. 10 Abs. 3 Bundesratsbeschluss über den Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal vom 23. 12. 1971 (SR 221.215.328.4).
- 137 Vgl. Art. 324 OR.
- 138 Vgl. Art. 8a Abs. 3 ArGV 2 und Art. 10 Abs. 2 Bundesratsbeschluss über den Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal vom 23. 12. 1971.