

Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2019

Herausgegeben von

Ueli Kieser
Prof. Dr. iur., Rechtsanwalt

Miriam Lendfers
Dr. iur., Rechtsanwältin

DIKE 

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist weltweit urheberrechtlich geschützt. Insbesondere das Recht, das Werk mittels irgendeines Mediums (grafisch, technisch, elektronisch und/oder digital, einschliesslich Fotokopie und downloading) teilweise oder ganz zu vervielfältigen, vorzutragen, zu verbreiten, zu bearbeiten, zu übersetzen, zu übertragen oder zu speichern, liegt ausschliesslich beim Verlag. Jede Verwertung in den genannten oder in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlags.

© 2019 Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen
ISBN 978-3-03891-080-0

www.dike.ch

© 2019 Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen; ISBN 978-3-03891-080-0
Dieses digitale Separatum wurde der Autorenschaft vom Verlag zur Verfügung gestellt. Die Autorenschaft ist berechtigt, das Separatum unter Hinweis auf die Erstpublikation weiterzuveröffentlichen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-----------------------|----|
| Abkürzungsverzeichnis | IX |
|-----------------------|----|

Teil 1

Entwicklung der Gesetzgebung

| | |
|----------|---|
| Ausblick | 1 |
|----------|---|

STEFANIE J. HEINRICH

| | |
|---|----|
| Zahlen zu den Leistungen und Beiträgen per 2019 | 23 |
|---|----|

Teil 2

Rechtsprechung des Bundesgericht zum Sozialversicherungsrecht

27

Teil 3

Aufsätze

Invalidität in der Sozialversicherung

Einige grundsätzliche Überlegungen

| | |
|-------------|-----|
| UELI KIESER | 113 |
|-------------|-----|

Gemischte Methode – alles klar?

| | |
|-------------------|-----|
| SUSANNE FRIEDAUER | 129 |
|-------------------|-----|

Der stabile Gesundheitszustand

Voraussetzung für die Zusprache einer Rente
der Invalidenversicherung?

| | |
|--------------|-----|
| NADESHNA LEY | 143 |
|--------------|-----|

Sozialversicherungsrechtlicher Ausbildungsbegriff

| | |
|-----------------|-----|
| MARCO REICHMUTH | 157 |
|-----------------|-----|

VII

| | |
|--|-----|
| My Home is my Castle – ich will zu Hause gepflegt werden! | |
| HARDY LANDOLT | 173 |
| Spitex-Leistungen bei Geburtsgebrechen – wer zahlt? | |
| Eine Koordinationsproblematik | |
| ANNINA JANETT | 191 |
| Der Beginn der UV-Leistungspflicht und der «Wegfall» der Unfallkausalität | |
| Verfahrensrechtliche Überlegungen | |
| MIRIAM LENDFERS | 203 |
| Die rechtlichen Wirkungen der Beiladung | |
| Mit besonderem Fokus auf berufsvorsorgerechtliche Streitigkeiten und die Rechtsmittellegitimation | |
| KATJA MEILI | 221 |
| Zulässigkeit eines reinen Widerrufs pendente lite | |
| Rechtsmissbräuchliche Umgehung des Rückzugsrechts bei einer drohenden reformatio in peius? | |
| TOBIAS BOLT | 231 |
| | |
| Stichwortverzeichnis | 243 |

My Home is my Castle – ich will zu Hause gepflegt werden!

HARDY LANDOLT*

Résumé

Der verfassungsmässige bzw. staatsvertragliche Anspruch von hilfsbedürftigen Personen, in ihrem Zuhause betreut und gepflegt zu werden, wird vom geltenden Sozialversicherungs- bzw. Subventionssystem inkohärent umgesetzt. Sowohl die typischen als auch die atypischen Hauspflegeformen sind in unterschiedlichem Umfang vom Sozialversicherungsrecht als Leistungstatbestände anerkannt und setzen die verfassungsmässigen Vorgaben unzureichend bzw. rechtsungleich um. De lege ferenda ist der Gesetzgeber anzuhalten, ein kohärentes Betreuungs- und Pflegefinanzierungssystem zu schaffen, das sicherstellt, dass hilfsbedürftige Personen selbstbestimmt in ihrem eigenen Zuhause so lange, wie es der Gesundheitszustand erlaubt, verbleiben können.

Inhaltsübersicht

| | |
|--|-----|
| 1. Einleitung | 174 |
| 2. Wahlfreiheit betreffend Pflegeform | 176 |
| 3. Typische Hauspflegeformen | 177 |
| 3.1. Angehörigenpflege | 177 |
| 3.2. Angestelltes Betreuungs- und Pflegepersonal | 180 |
| 3.3. Spitex-Pflege | 181 |
| 4. Atypische Hauspflegeformen | 185 |
| 4.1. Begleitetes und betreutes Wohnen | 185 |
| 4.2. Pflege in einer Tages- oder Nachtstruktur | 187 |
| 4.3. In-House-Pflege – In-House-Spitex | 188 |
| 5. Schlussbetrachtung | 189 |

* Prof. Dr. iur. LL.M., Lehrbeauftragter für Haftpflicht- sowie Sozial- und Privatversicherungsrecht an der Universität St. Gallen, Rechtsanwalt und Notar, Glarus.

1. Einleitung

Im Jahr 2013 wurden in den Schweizer Pflegeheimen 146 500 Klienten gezählt, was rund 17 Prozent der 80-Jährigen und Älteren entspricht. In der Westschweiz erfolgt der Eintritt oft nach einem Spitalaufenthalt, wodurch die Bewohner durchschnittlich mehr Pflege benötigen als beispielsweise in der Zentral- oder Ostschweiz, wo die Personen häufiger direkt von ihrem Zuhause in ein Heim eintreten.¹ Im Jahr 2016 befanden sich 149 116 Personen in Pflegeheimen.² Im gleichen Zeitraum nahmen die von Spitex-Organisationen betreuten Klienten von 219 555 im Jahr 2013 auf 283 528 im Jahr 2016 markant zu.³

Der Trend geht dahin, dass sich hilfsbedürftige Personen nach Möglichkeit zu Hause betreuen und pflegen lassen wollen. Dieser Trend widerspiegelt sich auch darin, dass der nach der Marktkostenmethode ermittelte Wert der innerfamiliären Betreuungs- und Pflegeleistungen von 1,22 Milliarden Franken im Jahr 2010 auf 1,84 Milliarden Franken im Jahr 2016 angestiegen ist.⁴ Diese gesellschaftliche Entwicklung hat zur Folge, dass die Frage, wie die Betreuung und Pflege zu Hause sichergestellt und finanziert werden soll, zunehmend ins Interesse der Sozialpolitik und des Sozialrechts rückt. Diese Problematik wird sich in den kommenden Jahren bzw. Jahrzehnten verstärken, weil die Babyboomer-Jahrgänge ins Rentenalter kommen und der Bedarf an Betreuungs- und Pflegeleistungen, die nicht stationär angeboten werden, markant zunehmen wird.

¹ Vgl. BFS Aktuell, Indikatoren der Pflegeheime 2013, Oktober 2015 (online verfügbar).

² Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html (zuletzt besucht am 23. Januar 2019).

³ Siehe dazu die Spitex-Statistik (online verfügbar https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.html#par_text – zuletzt besucht am 23. Januar 2019).

⁴ Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/unbezahlte-arbeit.html (zuletzt besucht am 23. Januar 2019).

Nicht nur die Zulässigkeit einer 24-Stunden-Betreuung⁵ oder die Finanzierung bzw. Entlastung von pflegenden Angehörigen,⁶ sondern auch und vor allem die Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen zu Hause sind in rechtlicher Hinsicht nicht abschliessend geklärt. Der Beitrag thematisiert die Problematik der Hauspflege – verstanden als Betreuung und Pflege von hilfsbedürftigen Personen in deren Zuhause. Die klassische Form der Hauspflege besteht darin, dass die hilfsbedürftige Person bei sich zu Hause entweder von Angehörigen, angestelltem Betreuungs- und Pflegepersonal oder von externen Pflegedienstleistungserbringern versorgt wird. All diesen Pflegeformen gemeinsam ist, dass die notwendigen Hilfeleistungen im Zuhause der betroffenen Person erbracht werden.

In der Praxis kommen mitunter atypische Hauspflegesituationen, insbesondere folgende vor:

- Die hilfsbedürftige Person hält sich nicht dauerhaft, sondern lediglich am Tag und während der Nacht in einer Institution auf und verbringt die restliche Zeit des Tages bei sich zu Hause oder an einem anderen Ort. Darunter fallen insbesondere das betreute Wohnen und die Pflege in einer Tages- oder Nachtstruktur.
- Das Heim, in welchem sich die hilfsbedürftige Person aufhält, erbringt die notwendigen Betreuungs- und Pflegeleistungen nicht durch eigenes Personal, sondern durch einen separaten internen oder externen Pflegedienstleistungserbringer. In dieser Konstellation stellt sich die Problematik der In-House-Pflege bzw. In-House-Spitex.

⁵ Siehe dazu Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer 12.3266 vom 16. März 2012 (www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2012/20123266/Bericht%20BR%20D.pdf – zuletzt besucht am 23. Januar 2019) sowie Modell-NAV für die Regelung der 24-Stunden-Betreuung (www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/24-stunden-betragtenbetreuung.html – zuletzt besucht am 23. Januar 2019).

⁶ Siehe dazu den Aktionsplan pflegende Angehörige des Bundesamtes für Gesundheit (www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html – zuletzt besucht am 23. Januar 2019).

2. Wahlfreiheit betreffend Pflegeform

Die verfassungsmässige Grundrechtsordnung schützt den Wunsch eines jeden Individuums nach einem eigenen Zuhause in mehrfacher Hinsicht. Der Schutzanspruch auf persönliche Freiheit gewährt nicht nur die Unversehrtheit der Person, sondern auch deren Bewegungsfreiheit.⁷ Ebenso geschützt ist die Privatsphäre, welche das Privat- und Familienleben sowie die Wohnung jeder Person beinhaltet.⁸ In Anbetracht dieser verfassungsrechtlichen Ausgangslage hat jede sich in der Schweiz aufhaltende hilfsbedürftige Person grundsätzlich eine Wahlfreiheit hinsichtlich der Art und Weise, wie sie betreut und gepflegt werden will.

Die grundrechtlichen Schutzgarantien wirken jedoch nur als Abwehrrechte gegenüber staatlichen Eingriffen, welche gegen den Willen des Grundrechtsträgers erfolgen. Aus den verfassungsmässigen Grundrechten können demgegenüber keine Sozialrechte, mithin justiziable Leistungsansprüche, abgeleitet werden.⁹ Die hinreichende Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Pflegeleistungen stellt insbesondere lediglich ein Sozialziel, nicht aber einen durchsetzbaren Leistungsanspruch gegenüber dem Staat dar.¹⁰

Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn sich die hilfsbedürftige Person in Not befindet und nicht in der Lage ist, für sich selber zu sorgen. In diesem Fall ist der Staat verpflichtet, der betroffenen Person Hilfe und Betreuung zu leisten sowie die Mittel zur Verfügung zu stellen, welche für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.¹¹ Dieser verfassungsmässige Leistungsanspruch wird ergänzt durch staatsvertragliche Leistungsverpflichtungen und gegebenenfalls -ansprüche.

Gemäss Art. 34 Ziff. 2 lit. c der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 (EOSS) und dem Übereinkommen Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit vom 28. Juni 1952 haben Personen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit leiden, Anspruch auf eine «Betreuung durch Pflegepersonal zu Hause oder in einem Krankenhaus oder in einer anderen Pflegestelle».

⁷ Vgl. Art. 10 Abs. 2 BV.

⁸ Vgl. Art. 13 Abs. 1 BV.

⁹ Vgl. Art. 41 Abs. 4 BV.

¹⁰ Vgl. Art. 41 Abs. 1 lit. b BV.

¹¹ Vgl. Art. 12 BV.

Seit dem Inkrafttreten des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 besteht gemäss Art. 19 die Verpflichtung der Schweiz, sicherzustellen, dass:

- Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschliesslich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;
- gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

3. Typische Hauspflegeformen

3.1. Angehörigenpflege

Die Angehörigenpflege wird sowohl vom kantonalen als auch vom eidgenössischen Recht, wenn überhaupt, nur dürftig geregelt. Das Bundessozialversicherungsrecht statuiert zudem verschiedene, in sich widersprüchliche Leistungsansprüche der hilfsbedürftigen Person, wenn sie von Angehörigen betreut oder gepflegt wird.

- Gegenüber der *Invalidenversicherung* besteht ein Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag, wenn Eltern behinderungsbedingt Grund- und Behandlungspflegeleistungen oder dauerhaft Überwachungsleistungen erbringen.¹² An Eltern delegierbare Pflegeleistungen sind demgegenüber im Rahmen der Geburtsgebrechenversicherung nicht gedeckt.¹³

¹² Vgl. Art. 39 IVV.

¹³ Vgl. BGE 136 V 209 E. 7 und 10.

- Im Anwendungsbereich der *Unfallversicherung* werden Pflegeleistungen der Angehörigen ermessensweise entschädigt, sofern es sich dabei um eigentliche medizinische Pflegeleistungen handelt.¹⁴ Verfügt der pflegende Angehörige über ein Pflegediplom und eine Abrechnungsnummer, kann er wie ein anerkannter Leistungserbringer gegenüber dem Unfallversicherer abrechnen.¹⁵ Seit dem 1. Januar 2017 besteht sodann ein Anspruch auf einen Beitrag an die Kosten von nicht medizinischen Hilfeleistungen, sofern und soweit diese nicht durch die Hilflosenentschädigung bereits abgedeckt werden.¹⁶
- Im Rahmen der obligatorischen *Krankenpflegeversicherung*, welche auch für Unfälle und Geburtsgebrechen subsidiär leistungspflichtig ist, besteht keine gesetzliche Entschädigungspflicht für versicherte Pflegeleistungen, welche von Angehörigen erbracht werden. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der Krankenversicherer leistungspflichtig, wenn Angehörige, die anerkannte Leistungserbringer und selbstständig erwerbend sind, die versicherten Leistungen erbringen.¹⁷ Es genügt aber nicht, dass der pflegende Angehörige die materiellen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, dieser muss über eine Abrechnungsnummer verfügen.¹⁸ Keine Umgehung des Zulassungserfordernisses stellt auch 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.¹⁹ Im Gegensatz zur Unfallversicherung dürfen angestellte Angehörige nur Grundpflege, nicht aber auch Behandlungspflege ausführen.²⁰
- Soweit die versicherte Person ergänzungsleistungsberechtigt ist, entscheidet das kantonale Recht, ob ihr für Angehörigenpflegeleistungen vorbehaltlos oder erst beim Nachweis einer dauerhaften und wesentlichen Erwerbseinbusse beim pflegenden Angehörigen eine *Vergütung*

¹⁴ Vgl. Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV.

¹⁵ Vgl. Art. 18 Abs. 1 UVV.

¹⁶ Vgl. Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV.

¹⁷ Vgl. BGE 133 V 218 E. 6 und Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20. Dezember 1999 i.S. X. = RKUV 2000, 77 (betreffend ärztliche Behandlung durch den Ehegatten) bzw. vom 20. Dezember 1999 i.S. X. = RKUV 2000, 82 (betreffend ärztliche Behandlung durch einen Elternteil).

¹⁸ Vgl. Urteil des Bundesgerichts K 141/06 und K 145/06 vom 10. Mai 2007 E. 5.2.

¹⁹ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 156/04 vom 21. Juni 2006 = RKUV 2006, 303 E. 4.

²⁰ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_597/2007 vom 19. Dezember 2007 E. 5.2.

für Krankheits- oder Behinderungskosten gewährt wird.²¹ Praxisgemäss kann unter Umständen bereits eine Erwerbseinbusse von 10 Prozent als erheblich betrachtet werden;²² ein Ausfall von lediglich fünf Arbeitstagen begründet aber keine dauernde Erwerbseinbusse.²³

Die Frage, ob und allenfalls in welchem Ausmass die oder der Familienangehörige ohne die Pflege einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre, ist mit Rücksicht auf die persönlichen, familiären, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse unter Berücksichtigung des Umfangs der zu leistenden Pflege zu beurteilen.²⁴ Die Verwaltung hat angesichts der Beweisschwierigkeiten den anspruchsbegründenden Sachverhalt der mutmasslichen Erwerbstätigkeit «besonders sorgfältig» zu erheben.²⁵ Die Annahme einer Erwerbseinbusse gestützt auf statistische Werte ist mit dem Untersuchungsgrundsatz nicht vereinbar.²⁶ Bestanden beim pflegenden Angehörigen vor Beginn des Betreuungsverhältnisses seit Jahren grosse Einkommenschwankungen, ist die Annahme einer Erwerbseinbusse nicht gerechtfertigt.²⁷

Diese bundesrechtlichen Pflegeversicherungsansprüche der versicherten Person werden ergänzt durch den Anspruch auf Betreuungsgutschriften, welcher nicht der hilfsbedürftigen Person, sondern dem dienstleistenden Angehörigen zusteht.²⁸ Eine finanzielle Förderung der Angehörigenpflege erfolgt ferner im kantonalen Recht durch besondere Steuerabzüge²⁹ und gesundheitsrechtliche Pflegeentschädigungen.³⁰ Diese werden dabei in

²¹ Vgl. Art. 14 Abs. 1 lit. b ELG.

²² Siehe z.B. die Anwendungsfälle Urteile des Bundesgerichts 9C_84/2009 vom 10. August 2009 (Pflege durch Mutter), 8C_773/2008 vom 11. Februar 2009 (Pflege durch Enkelin) und 8C_227/2007 vom 23. November 2007 (Pflege durch Schwester).

²³ Vgl. Urteil des Bundesgerichts P 18/06 vom 25. April 2007 E. 4 und SVR 1998 EL Nr. 10, 25.

²⁴ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_773/2008 vom 11. Februar 2009 E. 5.2.

²⁵ Ibid. E. 5.2.

²⁶ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_227/2007 vom 23. November 2007 E. 4.3.

²⁷ Vgl. ibid. E. 4.5.

²⁸ Die Betreuungsgutschriften bestehen in einer jährlichen Rentengutschrift für Angehörige, die hilflose Personen im gleichen Haushalt betreuen, sofern diese mindestens in mittlerem Grad hilflos sind (vgl. Art. 29^{septies} AHVG und Art. 52g ff. AHVV).

²⁹ Siehe z.B. § 42 I d StG AG (CHF 3 000) und Art. 28 lit. g StG BE.

³⁰ 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 Höchstbetrags)

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.³¹

3.2. Angestelltes Betreuungs- und Pflegepersonal

Im Rahmen der 6. IVG-Revision (erster Teil 6a) wurde per 1. Januar 2012 ein Assistenzbeitrag eingeführt.³² Mit dem Assistenzbeitrag soll der Zweck der IV, der versicherten Person eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen,³³ erfüllt werden. Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag steht versicherten Personen zu, denen eine Hilflosenentschädigung der IV ausgerichtet wird, die zu Hause leben und die volljährig sind.³⁴ Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag steht weder den Bezüglern einer Hilflosenentschädigung der Unfall-³⁵ bzw. der Militärversicherung³⁶ noch den Bezüglern einer Hilflosenentschädigung der AHV³⁷ zu.

Die übrigen Sozialversicherungssysteme kennen keine Entschädigungspflicht. Eine Ausnahme besteht lediglich im Anwendungsbereich der ergänzungsleistungsrechtlichen Vergütung für Krankheits- und Behinderungskosten, sofern und soweit das kantonale Recht eine Entschädigungspflicht vorsieht, wenn die versicherte Person nicht externe Dienstleistungserbringer, sondern eigene Angehörige anstellt. Das kantonale Recht

der AHV-Rente), und Art. 4 HPFIG FR (Pauschalentschädigung von 25 Franken pro Tag).

³¹ Vgl. Art. 14 Abs. 1 ELG.

³² Vgl. Art. 42^{quater} ff. IVG, Art. 39a ff. IVV und Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag (KSAB) sowie Erläuterungen zur Verordnung über die Invalidenversicherung vom 16. November 2011 (nachfolgend Erläuterungen Assistenzbeitrag; online verfügbar unter www.bsv.admin.ch/themen/iv/00025/index.html?lang=de – zuletzt besucht am 20. November 2018).

³³ Vgl. Art. 1a lit. c IVG.

³⁴ Vgl. Art. 42^{quater} Abs. 1 IVG und Art. 39a f. IVV betreffend ausnahmsweiser Gewährung eines Assistenzbeitrags an minderjährige Versicherte bzw. Versicherte mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit.

³⁵ Vgl. Art. 26 f. UVG.

³⁶ Vgl. Art. 20 MVG.

³⁷ Vgl. Art. 43^{bis} AHVG.

kennt mit Bezug auf die Anstellung von betreuenden und pflegenden Angehörigen zulasten der Ergänzungsleistung unterschiedliche Regelungen.³⁸

3.3. Spitex-Pflege

Seit dem Inkrafttreten des KVG ist der obligatorische Krankenpflegeversicherer verpflichtet, nicht nur die in einem Spital erbrachten Pflegeleistungen, sondern auch die Kosten der Pflegeleistungen, welche von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen, Spitex-Organisationen oder Pflegeheimen erbracht wurden, zu vergüten.³⁹

Der Gesetzgeber verfolgt – zumindest im Geltungsbereich des KVG – die Strategie «ambulant vor stationär».⁴⁰ Aus diesem Grundsatz folgt jedoch nicht eine absolute Priorität der ambulanten Pflegeversorgung. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Pflegemassnahmen zu vergüten.⁴¹ Für die Beurteilung der Zweckmässigkeit massgeblich sind nicht nur die medizinischen, sondern auch die individuellen Verhältnisse des Versicherten.

Dazu zählen nach der Rechtsprechung insbesondere:

- grundrechtlich geschützte Interessen,⁴²
- die Gefahr einer erheblichen Einbusse an Lebensqualität,⁴³
- eine Beeinträchtigung der bisherigen bzw. künftigen Berufsausübung oder Ausbildung,⁴⁴

³⁸ Im Kanton Glarus werden beispielsweise die Kosten für angestellte Angehörige nur dann und soweit übernommen, als die erforderlichen Hilfeleistungen nicht durch eine anerkannte Spitex-Organisation erbracht werden können (vgl. Art. 14 Abs. 1 Ergänzungsleistungsverordnung).

³⁹ Vgl. aArt. 25 Abs. 2 lit. a KVG.

⁴⁰ Vgl. BGE 141 V 446 E. 7.4 und Urteil des Bundesgerichts 9C_235/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 5.1.

⁴¹ Vgl. Art. 56 KVG.

⁴² Vgl. z.B. BGE 126 V 334 E. 2d und Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 59/00 vom 22. September 2000 E. 2d und K 52/99 vom 22. September 2000 E. 2d.

⁴³ Vgl. BGE 126 V 334 E. 3a.

⁴⁴ Vgl. BGE 126 V 334 E. 3a und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 66/00 vom 5. Oktober 2000 E. 3b (Jus-Studium ist gemäss EVG nur bei einer Spitex-Pflege möglich).

- eine drohende Verschlechterung des körperlichen und psychischen Zustandes,⁴⁵
- Familienverhältnisse,⁴⁶
- der Verlust eines sprachlich-kulturell intakten Umfeldes,⁴⁷
- die Beeinträchtigung einer langfristigen Therapiekonstanz.⁴⁸

Zweckmässig ist insbesondere die Spitex-Pflege bei einer 24-jährigen, erwerbstätigen Versicherten, die an einem kongenitalen zentralen Hypoventilationssyndrom (Undine-Syndrom) leidet und seit der Geburt im Schlaf künstlich beatmet werden muss, auch wenn die ambulante Versorgung jährlich 204 619 Franken kosten würde.⁴⁹

Bei dem im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzunehmenden Kostenvergleich ist zu berücksichtigen, dass die Spitex-Kosten nicht mit den Gesamtkosten eines Pflegeheimaufenthalts zu vergleichen sind, sondern mit den Kosten, welche der Krankenversicherer effektiv zu übernehmen verpflichtet ist. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf jedoch nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der beiden Kostenbeträge erfolgen. Eine gleichermassen zweckmässige oder sogar vorteilhaftere Pflegeform, die im Vergleich zu allfälligen Alternativen teurer ist, ist nur dann unwirtschaftlich, wenn ein «grobes Missverhältnis» besteht.⁵⁰

Die Rechtsprechung hat es abgelehnt, eine prozentuale Obergrenze festzusetzen, bei der automatisch von einem groben Missverhältnis auszugehen wäre.⁵¹ Als wirtschaftlich wurden etwa Spitex-Kosten bezeichnet, die

⁴⁵ Vgl. BGE 126 V 334 E. 3a und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 59/00 vom 22. September 2000 E. 3a (wo eine «erhebliche» Verschlechterung verlangt wird).

⁴⁶ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 52/99 vom 22. September 2000 E. 3a (Mutter von drei Kindern).

⁴⁷ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 52/99 vom 22. September 2000 E. 3a.

⁴⁸ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 52/99 vom 22. September 2000 E. 3a.

⁴⁹ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_489/2015 vom 11. Februar 2016 E. 6.

⁵⁰ BGE 126 V 338 E. 2.

⁵¹ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 161/00 vom 25. Mai 2001 E. 4c (wo das EVG eine fixe Kostengrenze von 20 % abgelehnt hat).

35 % bzw. 37 %, ⁵² 200 %, ⁵³ 350 % ⁵⁴ bzw. 400 %, ⁵⁵ nicht aber solche, die 500 % ⁵⁶ der Heimpflegekosten ausmachen. ⁵⁷ Nicht schützenswert ist der blosser Wunsch, weiterhin in der privaten Wohnung verbleiben zu können, wenn die Spitex-Kosten das Drei- bis Vierfache der Pflegeheimkosten betragen. ⁵⁸ Die Möglichkeit, den Sohn täglich zu treffen und sich mit ihm beim Abendessen auszutauschen, welche die Pflege zu Hause bietet, spricht ebenfalls dafür, die Spitex-Pflege als leicht wirksamer und zweckmässiger als die Heimpflege zu qualifizieren. Dasselbe gilt für den Umstand, dass die versicherte Person viel Zeit damit verbringt, kleinere Arbeiten im Haus zu verrichten, womit sie eine gewisse Selbstständigkeit bewahren kann. ⁵⁹

Das Bundesgericht differenziert zudem die Fälle, in denen Spitex und Heim gleich wirksam und zweckmässig sind, von den Fällen, bei welchen die teurere Pflegeform eindeutig vorteilhafter ist. ⁶⁰ Bei gleichwertiger Spitex- und Heimpflege ist ein grobes Missverhältnis zwischen Spitex- und

⁵² Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 161/00 vom 25. Mai 2001 E. 4c.

⁵³ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 59/00 vom 22. September 2000 E. 3b.

⁵⁴ Vgl. BGE 126 V 334 E. 3b (der Kostenunterschied wurde als im oberen Rahmen des Vertretbaren liegend bezeichnet).

⁵⁵ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 66/00 vom 5. Oktober 2000 E. 3d, (allerdings Rückweisung zur genauen Abklärung des versicherten Pflegeaufwandes).

⁵⁶ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K34/98 vom 18. Dezember 1998 = RKUV 1999, 64 = SVR 2000 KV Nr. 9 E. 4b.

⁵⁷ Im Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 52/99 vom 22. September 2000 E. 3b wurde zwar die Zweckmässigkeit der Spitex-Pflege bei einer Tetraplegie bejaht, der Fall aber betreffend Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der geltend gemachten Erhöhung der Spitex-Pflege von 90 auf insgesamt 420 Stunden pro Quartal an die Vorinstanz zurückgewiesen.

⁵⁸ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 61/00 vom 5. Oktober 2000.

⁵⁹ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_343/2013 vom 21. Januar 2014 E. 4.1.2.

⁶⁰ Das Bundesgericht lehnte einen Anspruch auf Spitex-Leistungen bei einem Faktor von 2,56 ab, obschon die ambulante Pflege als leicht wirksamer und zweckmässiger eingestuft wurde. Das Bundesgericht betonte, die Pflege zu Hause müsse einen klaren Vorteil («bénéfice manifeste») gegenüber der Heimpflege aufweisen. Dies sei nicht gegeben bei der versicherten Person, welche an einer Alzheimerdemenz im fortgeschrittenen Stadium litt, bettlägrig war, sich in einem Zustand totaler Abhängigkeit betreffend sämtliche täglichen Lebensverrichtungen befand und über keine ausreichenden Möglichkeiten mehr verfügte, aktiv am sozialen oder familiären Leben teilzunehmen. Folglich wurde die ambulante Pflege,

Heimkosten anzunehmen, wenn die Spitex-Kosten drei bis viermal höher sind.⁶¹ Leidet die versicherte Person an den Folgen eines cerebrovaskulären Insults mit linksseitigem armbetontem motorischem Hemisyndrom und Neglect links sowie an einem demenziellen Syndrom und einem Diabetes mellitus Typ II, sind bei Gleichwertigkeit der Spitex- und der Heimpflege 2,35-mal höhere Spitex-Kosten «gerade noch» wirtschaftlich.⁶² Bei einer versicherten Person mit rechtsseitigem Hemisyndrom waren die Spitex-Kosten 1,9- bis 2,3-mal höher, indessen immer noch wirtschaftlich. Dabei qualifizierte das Gericht die Heimpflege als leicht weniger wirksam und zweckmässig als die Spitex-Pflege. Die chronisch kranke Person hielt sich bereits neun Jahre zu Hause auf und wurde von ihrem Ehemann gepflegt. Eine Heimeinweisung hätte voraussichtlich ihren Gemütszustand verschlechtert.⁶³ Der Anspruch auf Kostenersatz für die Hauspflege ist sodann bei 48 Prozent höheren Spitex-Kosten⁶⁴ sowie bei Mehrkosten von 35 Prozent bejaht worden.⁶⁵

In Fällen, in denen die ambulante Pflege als wirksamer und zweckmässiger – wenn auch nicht als erheblich wirksamer und zweckmässiger – qualifiziert wurde, bejahte das Bundesgericht einen Anspruch auf Spitex-Pflege namentlich bei 2,6- bis 2,9-mal, 2,73-mal sowie bei 2,87-mal höheren Kosten.⁶⁶ Ist die Spitex-Lösung unter den gegebenen Umständen als erheblich zweckmässiger und wirksamer zu qualifizieren, sind 3,5-mal höhere Kosten nicht unwirtschaftlich, aber an der oberen Grenze des Vertretbaren liegend.⁶⁷ Leidet die versicherte Person an einer leichten demenziellen Entwicklung und kann sie sich unter Zuhilfenahme von Stöcken bzw. des Rollators im eigenen Haus und in der näheren Umgebung frei bewegen (auch wenn eine Gangunsicherheit besteht und sie ab und zu stürzt) bzw. kleinere Arbeiten im Haus teilweise selbstständig erledigen

deren Kosten sich auf über 100 000 Franken pro Jahr beliefen, als nicht mehr vereinbar mit dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit erachtet (vgl. BGE 139 V 135 E. 5).

⁶¹ Vgl. RKUV 2001 Nr. KV 143, 19.

⁶² Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_940/2011 vom 21. September 2012 E. 3.4.

⁶³ Vgl. RKUV 2001 Nr. KV 162, 179.

⁶⁴ Vgl. RKUV 2001 Nr. KV 169, 261.

⁶⁵ Vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 161/00 vom 25. Mai 2001 E. 4c.

⁶⁶ Vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_343/2013 vom 21. Januar 2014 E. 4.2, 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 5.2, K 33/02 vom 2. Dezember 2003 = RKUV 2004 Nr. KV 275, 137 E. 2.2 und K 201/00 vom 19. September 2001 E. 3c.

⁶⁷ Vgl. BGE 126 V 338 E. 3b.

und an sozialen bzw. familiären Aktivitäten teilnehmen, sind um den Faktor 2,5 höhere Spitex-Kosten noch wirtschaftlich.⁶⁸

4. Atypische Hauspflegeformen

4.1. Begleitetes und betreutes Wohnen

Die Invalidenversicherung gewährt den sprachregional oder national tätigen Dachorganisationen der privaten Invalidenfachhilfe oder Invalidenselbsthilfe Beiträge, insbesondere an die Kosten der Durchführung folgender Aufgaben:

- Beratung und Betreuung Invaliden,
- Beratung der Angehörigen Invaliden und
- Kurse zur Ertüchtigung Invaliden.⁶⁹

Als Betreuung gilt ebenfalls das begleitete Wohnen, sofern dieses vom Subventionsempfänger mit eigenem Personal sichergestellt wird. Es werden jedoch höchstens vier Betreuungsstunden pro Person und Woche subventioniert.⁷⁰ Durch Beratungen im Rahmen des begleiteten Wohnens wird den Behinderten ermöglicht, in der eigenen Wohnung oder in einer nicht betreuten Wohngemeinschaft zu leben. Mit diesen Hilfestellungen soll ein stationärer Aufenthalt des behinderten Menschen vermieden werden.⁷¹ Kann die versicherte Person ohne fremde Hilfe nicht selbstständig wohnen, steht ihr zudem ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zu.⁷²

Vom begleiteten Wohnen ist das betreute Wohnen bzw. eine kollektive Wohnform abzugrenzen, welche seit der Aufhebung von Art. 73 IVG in die Finanzierungskompetenz der Kantone fällt.⁷³ Beim betreuten Wohnen begibt sich die hilfsbedürftige Person in einen fremden Haushalt und wird dort betreut und gegebenenfalls gepflegt. Befindet sich die hilfsbedürftige Person dauerhaft in einer fremden Institution (Pflegeheim oder

⁶⁸ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_343/2013 vom 21. Januar 2014 E. 4.2.1.

⁶⁹ Vgl. Art. 74 Abs. 1 IVG.

⁷⁰ Vgl. Art. 108^{bis} Abs. 1 lit. e und Abs. 3 IVV sowie Kreisschreiben über die Beiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe für Leistungen im Bereich des Begleiteten Wohnens (KSBOB/BW) (gültig ab Betriebsjahr 2007).

⁷¹ Vgl. Rz. 2002 KSBOB/BW.

⁷² Vgl. Art. 38 Abs. 1 lit. a IVV.

⁷³ Vgl. Art. 3 Abs. 1 lit. b IFEG.

Wohnheim), liegt kein betreutes Wohnen mehr vor. Unter der früheren Geltung des zwischenzeitlich aufgehobenen Art. 73 IVG wurde diesbezüglich zwischen der Betreuung in einem Wohnheim und einer solchen in kollektiven Wohnformen unterschieden.

Als kollektive Wohnform galt die dezentralisierte Unterbringung von Behinderten ausserhalb des Wohnheims, wie beispielsweise Wohngruppen für Behinderte, die nur teilweise auf die Dienstleistungen eines Wohnheims angewiesen sind, sowie Übergangswohnungen für Behinderte, die sich auf das selbstständige Wohnen vorbereiten. Als Wohnheime galten Institutionen, die Behinderte unterbringen und hinsichtlich Verkehrslage und Ausstattung deren Bedürfnissen entsprechen und deren Eingliederung, Berufsausübung, berufliche Ausbildung oder Beschäftigung sowie eine sinnvolle Freizeitgestaltung ermöglichen oder erleichtern.⁷⁴

Vor diesem Hintergrund ist die Abgrenzung des begleiteten vom betreuten Wohnen nicht vollends klar. Das einschlägige Begleitschreiben qualifiziert als Begleitung nicht nur die Einzelbegleitung (nur eine behinderte Person wird in der eigenen Wohnung begleitet), sondern auch die Gruppenbegleitung (mehrere behinderte Personen, die zusammen in einer Wohngemeinschaft leben, werden gemeinsam begleitet).⁷⁵ Insoweit kann davon ausgegangen werden, dass die Betreuung im Rahmen einer kollektiven Wohnform noch als begleitetes Wohnen qualifiziert werden kann, sofern und soweit die hilfsbedürftigen Personen keine eigene Wohnung haben.

Die für das geltende Subventionsrecht der Invalidenversicherung massgebliche Unterscheidung zwischen dem begleiteten und dem betreuten Wohnen ist auch für den ergänzungsleistungsrechtlichen Anspruch auf Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten relevant. Die Vergütung für Krankheits- und Behinderungskosten bei einem Heimaufenthalt beträgt lediglich CHF 6 000.⁷⁶ Ob ein Heimaufenthalt im Sinne des EL-Rechts gegeben ist, bestimmt sich danach, ob eine Einrichtung von einem Kanton als Heim anerkannt wird oder über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügt.⁷⁷ Die Kantone sehen mitunter eine Ersatzpflicht für die Kosten des begleiteten und/oder betreuten Wohnens vor. Während im Kanton Thurgau sowohl das begleitete als auch das betreute Wohnen

⁷⁴ Vgl. Rz 3.2.4 Kreisschreiben über die Beiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe (KSBOB) (gültig für Beiträge für die Betriebsjahre 2015–2018).

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Vgl. Art. 14 Abs. 3 lit. b ELG.

⁷⁷ Vgl. BGE 139 V 358 E. 2.3 ff.

anerkannt sind,⁷⁸ wird im Kanton Luzern nur das betreute Wohnen im Rahmen des ergänzungsleistungsrechtlichen Vergütungsanspruchs berücksichtigt.⁷⁹ Im Kanton Aargau sind beide Formen erwähnt, werden jedoch – im Gegensatz zum Kanton Thurgau – gleich entschädigt.⁸⁰

4.2. Pflege in einer Tages- oder Nachtstruktur

Im bisherigen Recht war nicht geregelt, ob die versicherten Pflegemassnahmen durch anerkannte Leistungserbringer in Tages- oder Nachtstrukturen, von Spitex-Pflegefachkräften im Pflegeheim oder ambulant durchgeführt werden dürfen. Mit der Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde diese Unsicherheit geklärt; seither sind alle Pflegedienstleistungsarten, unabhängig davon, ob die versicherte Pflegeleistung ausschliesslich am Tag oder während der Nacht erbracht werden, gedeckt.⁸¹

Versicherte Pflegeleistungen, welche in Tages- oder Nachtstrukturen von einem anerkannten Leistungserbringer erbracht werden, sind jedoch nicht nach dem für Spitex-Organisationen und freiberuflich tätige Pflegefachpersonen anwendbaren Stunden-, sondern nach dem für Pflegeheime geltenden Tagestarif zu vergüten, wobei der zu vergütende Beitrag pro Tag bzw. Nacht vom obligatorischen Krankenpflegeversicherer übernommen wird.⁸²

Von einer Pflege in einer Tages- oder Nachtstruktur ist dann auszugehen, wenn die versicherte Person sich im Regelfall zu Hause aufhält und wieder nach Hause zurückkehrt, wenn sie die in einer Tages- oder Nachtstätte angebotenen Pflegeleistungen während einer bestimmten Anzahl von Stunden in Anspruch genommen hat.⁸³ Keine Pflege in einer Tages- oder

⁷⁸ Vgl. § 14 und 14a der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (TG ELV) vom 11. Dezember 2007.

⁷⁹ Vgl. § 19 der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen vom 3. Dezember 2010.

⁸⁰ Vgl. § 18 der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV-AG) vom 17. November 2010.

⁸¹ Vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 Abs. 2^{ter} KLV.

⁸² Vgl. Art. 7a Abs. 4 KLV.

⁸³ Gemäss Art. 4 Abs. 2 Vertrag zwischen Curaviva Kanton Zürich sowie Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich und Helsana Versicherungen AG, Sanitas Grundversicherungen AG, KPT Krankenkasse AG betreffend die Abgeltung

Nachtstruktur liegt dann vor, wenn sich die versicherte Person im Regelfall in einer Institution aufhält bzw. nicht mehr über ein eigenes Zuhause verfügt. In einem solchen Fall ist unklar, ob eine Heimpflege oder eine ambulante Pflege (In-House-Pflege – In-House-Spitem) vorliegt.

4.3. In-House-Pflege – In-House-Spitem

Die sog. ambulante In-House-Pflege, auch In-House-Spitem genannt, welche von Seniorenresidenzen, Alterssiedlungen, Institutionen des betreuten Wohnens etc. angeboten wird, zeichnet sich wie die Heimpflege durch die Verfügbarkeit und Abrufbarkeit von Hilfe- und Pflegeleistungen während 24 Stunden/Tag und 7 Tage/Woche aus, unterscheidet sich aber von der eigentlichen Heimpflege dadurch, dass die in Anspruch genommenen Pflegeleistungen als vertragliche Nebenleistung zur Vermietung oder dem Verkauf der Wohnung zu qualifizieren sind. Je mehr der Wohnaspekt in den Vordergrund bzw. die Erbringung von Pflegeleistungen in den Vordergrund rückt, desto weniger liegt ambulante Pflege, sondern Heimpflege vor.

Die Abgrenzung zwischen einer ambulanten Pflege in einer Institution bzw. in einem Pflegeheim und der eigentlichen Heimpflege erweist sich als schwierig, weshalb die Tarifpartner vereinbart haben, dass der für die eigentliche Heimpflege massgebliche Tagstarif nicht nur für die Pflege in Tages- oder Nachtstrukturen, sondern auch für die ambulante Pflege in einer Institution / einem Pflegeheim anwendbar sein soll.⁸⁴ Das Schiedsgericht des Kantons Bern hat in einem Urteil vom 20. November 2015 erwogen, dass entgegen der tarifrechtlichen Vereinbarung der Stundentarif anwendbar ist, wenn die Pflegeleistungen als eigentliche Nebenleistung zur Vermietung von Wohnraum zu qualifizieren sind.

Im konkreten Fall handelte es sich um eine Seniorenresidenz, welche Alterswohnungen mit voll funktionsfähiger Küche, Wohn- und Schlafbereich etc. an versicherte Personen vermietete, die nicht oder nur geringfügig pflegebedürftig waren, die Wohnung selber einrichteten und selbstbestimmt lebten. Pflegebedürftige Mieter hatten die Wahl, allfällige Pflegeleistungen extern bei einem anerkannten Leistungserbringer zu beziehen

von Leistungen der OKP in Tages- oder Nachtstrukturen wird eine Aufenthaltsdauer von vier Stunden in der Tages- bzw. Nachtstätte vorausgesetzt.

⁸⁴ Statt vieler Anhang 5 zum Administrativvertrag zwischen Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und KPT Krankenkasse AG vom 25. Juli 2011.

oder sich durch das Pflegepersonal der Seniorenresidenz betreuen zu lassen. In einem derartigen Fall überwiegt nach der Auffassung des Schiedsgerichts des Kantons Bern der ambulante Charakter der Pflegeleistung bzw. liegt keine eigentliche Heimpflege vor. Als Folge dieses Urteils haben die Tarifpartner Anfang 2017 den Vertragspartnern empfohlen, die In-House-Pflege mit dem Stundentarif abzurechnen.⁸⁵

5. Schlussbetrachtung

Der verfassungsmässige bzw. staatsvertragliche Anspruch von hilfsbedürftigen Personen, in ihrem Zuhause betreut und gepflegt zu werden, wird vom geltenden Sozialversicherungs- bzw. Subventionssystem inkohärent umgesetzt. Sowohl die typischen als auch die atypischen Hauspflegeformen sind in unterschiedlichem Umfang vom Sozialversicherungsrecht als Leistungstatbestände anerkannt und setzen die verfassungsmässigen Vorgaben unzureichend bzw. rechtsungleich um. De lege ferenda ist der Gesetzgeber anzuhalten, ein kohärentes Betreuungs- und Pflegefinanzierungssystem zu schaffen, das sicherstellt, dass hilfsbedürftige Personen selbstbestimmt in ihrem eigenen Zuhause so lange, wie es der Gesundheitszustand erlaubt, verbleiben können.

⁸⁵ Siehe Rundschreiben Nr. 05/2017 vom 13. Februar 2017 (www.spitex.ch/files/AS-NNKOF/2017_02_23_korr__rundschreiben_entscheid_abrechnung_inhouse_112017_def_unterschrieben.pdf – zuletzt besucht am 23. Januar 2019).

