

Forum

Warum keine integrale Bedarfsfestellung?



Hardy Landolt, Prof. Dr. iur. LL.M., Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen sowie Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Menschen, die infolge von Krankheit, wegen eines Unfalls oder alterungsbedingt auf Hilfe, Betreuung und/oder Pflege angewiesen sind, haben das Bedürfnis, die benötigten Versorgungsleistungen in einem vertrauten Umfeld zu erhalten und finanzieren zu können, um möglichst lange im eigenen Zuhause leben zu können. Dieses Bedürfnis setzt voraus, dass eine umfassende Bedarfsabklärung erfolgt, die sich daraus ergebenden Versorgungsleistungen tatsächlich verfügbar sind und die betroffene Person über hinreichend eigene finanzielle Mittel verfügt, um die Kosten der benötigten Versorgungsleistungen finanzieren zu können. Menschen, die über ungenügende finanzielle Mittel verfügen, sind darauf angewiesen, dass der Staat die durch eigene private Mittel nicht gedeckten Versorgungskosten übernimmt. In einer idealen Welt wären ein Gemeinwesen und ein Sachbearbeiter verfügbar, der zusammen mit der betroffenen Person den benötigten Bedarf feststellt, die Versorgungsleistungen organisiert und deren Finanzierung sicherstellt. Diese Wunschvorstellung ist leider nicht Realität.

Pflegebedürftige Personen partizipieren einerseits als Menschen am allgemeinen Grund- und Menschenrechtsschutz¹ und werden andererseits wegen ihrer Vulnerabilität durch besondere Schutzmechanismen zusätzlich geschützt. Zu diesen besonderen Schutzmechanismen zählen zunächst die Patientenrechte des nationalen und internationalen Rechts. Soweit sich aus der Versorgungsbedürftigkeit eine eigentliche Behinderung ergibt, sind die davon betroffenen Menschen zusätzlich durch die Behindertenrechtskonvention der UNO² und die nationalen Bestimmungen hinsichtlich des Schutzes unter Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen geschützt.³ Als Folge des allgemeinen und besonderen Diskriminierungsverbotes aufgrund der persönlichen Eigenschaften Geschlecht, Alter und Behinderung sind diese verschiedenen individuellen Rechte und Verpflichtungen des Gesetzgebers allen betroffenen Personen gleicher Weise, unabhängig von der Ausprägung des Versorgungsbedürfnisses oder der Schwere der Behinderung, zu gewähren. Das vorgenannte Bedürfnis der selbstbestimmten Inanspruchnahme der benötigten Versorgungsleistungen wird durch dieses Geflecht von Schutzmechanismen an sich gewährleistet.

Leider zeigen sich im konkreten Alltag diverse Bruchstellen, welche die Umsetzung des Bedürfnisses einer selbstbestimmten Inanspruchnahme der benötigten Versorgungsleistungen erschweren oder im schlimmsten Fall sogar (faktisch) verunmöglichen. Eine erste Schwierigkeit besteht darin, dass der Bedarf der benötigten Versorgungsleistungen nicht einheitlich festgestellt wird. Gemäss der verfassungsmässigen Kompetenzordnung sind sowohl Bund als auch die Kantone für die verschiedenen Aspekte (Versorgung und Finanzierung der Versorgungsleistungen) zuständig.⁴ Der Bund ist lediglich dann und in dem Umfang für die Umsetzung des Bedürfnisses der selbstbestimmten Inanspruchnahme der benötigten Versorgungsleistungen zuständig, wie er von der Bundesverfassung dafür ermächtigt ist. Soweit der Bund nicht zuständig ist, stehen die Kantone in der Pflicht.⁵ Diese duale Zuständigkeit äussert sich auch im Zusammenhang mit der Feststellung des benötigten

Das Dokument "Warum keine integrale Bedarfsfestellung?" wurde von Hardy Landolt, Landolt Rechtsanwälte, Glarus am 13.07.2023 auf der Website pflugerecht.recht.ch erstellt.
| © Staempfli Verlag AG, Bern - 2023

Versorgungsbedarfs in einer Mehrfachzuständigkeit bzw. einer fragmentarischen Bedarfsfeststellung.

Der Bund ist für die Umsetzung des Bedürfnisses einer selbstbestimmten Inanspruchnahme der benötigten Versorgungsleistungen primär im Rahmen der Sozialversicherungskompetenz⁶ zuständig. Daneben darf der Bund lediglich Bestrebungen zugunsten betagter und behinderter Personen unterstützen⁷ und hat bei seiner Gesetzgebungstätigkeit darauf zu achten, dass behinderte Menschen mit den nicht behinderten Menschen gleichgestellt werden.⁸ Die verschiedenen Sozialversicherungssysteme sehen keine einheitliche Bedarfsabklärung vor, sondern gehen von der Zuständigkeit des jeweiligen Versicherungs-

trägers aus, die im fraglichen Sozialversicherungssystem versicherten Versorgungsleistungen (von Amtes wegen) festzustellen.⁹

Die Unfallversicherung stellt den Bedarf an medizinischer Pflege und nicht medizinischer Hilfe sowie eine unfallbedingte Hilflosigkeit fest.¹⁰ Die Invalidenversicherung wiederum hat den Bedarf an medizinischen Massnahmen¹¹ festzustellen und abzuklären, ob und in welchem Umfang ein Assistenzbedarf¹² und eine Hilflosigkeit¹³ besteht. Der Krankenversicherer schliesslich hat – als Folge einer subsidiären Leistungspflicht für Pflegeleistungen – für Grund- und Behandlungsleistungen aufzukommen und diese abzuklären.¹⁴ In Ausnahmefällen ist die kantonale Ergänzungsleistungsbehörde angehalten, eine Vergütung für ungedeckte Versorgungskosten zu bestimmen, und kann dabei ein eigenes Bedarfsabklärungssystem vorsehen.

Es liegt auf der Hand, dass diese heterogene und zudem fragmentarische Bedarfsfeststellung von vornherein ungeeignet ist, der betroffenen Person innert nützlicher Frist eine Antwort darauf zu geben, welche Versorgungsleistungen insgesamt von der Sozialversicherung in welchem Umfang finanziert werden. Es kommt hinzu, dass unterschiedliche Bedarfsabklärungssysteme greifen. Während Unfall- und Invalidenversicherung verpflichtet sind, den versicherten Versorgungsbedarf mit eigenem Personal, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von verwaltungsexternen Gutachterstellen, von Amtes wegen festzustellen, klären im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Dienstleistungserbringer den versicherten Pflegebedarf ab.¹⁵ Der Krankenversicherungsträger ist lediglich berechtigt und verpflichtet, die Bedarfsfeststellung (stichprobenmässig) zu überprüfen.¹⁶

Die jeweiligen Bedarfsabklärungen erfolgen unabhängig voneinander und unterscheiden sich in methodologischer Hinsicht. Nach der gesetzlichen Regelung wird regelmässig eine Abklärung vor Ort verlangt. Der Gesetzgeber regelt aber sehr heterogen, wie der versicherte Versorgungsbedarf festzustellen ist. Die Verwendung von standardisierten Bedarfsfeststellungsinstrumenten ist zudem nicht in allen Bereichen verlangt. Gesetzliche Vorgaben bestehen beispielsweise lediglich für die Abklärung des Assistenzbedarfes und für die Feststellung einer Hilflosigkeit. Hinsichtlich der Pflegeleistungen hat es der Gesetzgeber während Jahrzehnten nicht geschafft, konkrete Vorgaben zu machen.

Diese Ausgangslage hat für die betroffene Person zur Konsequenz, dass nicht der gesamte Versorgungsbedarf von einer Behörde bzw. einem Versicherungsträger zeitnah festgestellt wird. Es kommt hinzu, dass die Feststellung des benötigten Versorgungsbedarfs je komplexer und zeitintensiver wird, je ausgeprägter der Versorgungsbedarf im konkreten Einzelfall ist. Zudem zeichnet sich das derzeitige sozialversicherungsrechtliche Bedarfsabklärungssystem dadurch aus, dass keine Koordination zwischen den Versicherungsträgern und mitunter sogar innerhalb eines einzelnen Versicherungszweiges erfolgt. Es wäre ohne Weiteres möglich, dass die für die Bedarfsabklärung zuständigen Versicherungsträger eine integrale Bedarfsfeststellung im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit vorsehen. Eine solche integrale Bedarfsfeststellung sollte zumindest für denselben Versicherungsträger Realität sein, ist es aber beispielsweise bei der Invalidenversicherung nicht. Nicht

zuletzt aufgrund der gesetzlichen Regelung hat zunächst eine allfällige Hilflosigkeit abgeklärt und festgestellt zu werden, da erst ein bejahter Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung zur Gewährung eines Assistenzbeitrages verpflichtet.

Die Bedarfsfeststellung wird zudem dadurch erschwert, dass der juristische nicht mit dem medizinischen Pflegebegriff übereinstimmt bzw. die sachliche Versicherungsdeckung regelmässig vorgegeben ist, wodurch im konkreten Einzelfall Deckungslücken entstehen können. Als Beispiel kann auf die Hilflosenentschädigung hingewiesen werden, bei der lediglich ein direkter oder indirekter Hilfsbedarf in Bezug auf die sechs anerkannten alltäglichen Lebensverrichtungen anspruchsbegründend ist. Benötigt die versicherte Person in Bezug auf andere alltägliche Lebensverrichtungen direkte oder indirekte Hilfe, beispielsweise psychosoziale Unterstützung, wird diesem Umstand nicht Rechnung getragen. Dass es sich dabei bei der Hilflosenentschädigung um eine pauschale und je nach Schweregrad der Hilflosigkeit betraglich ansteigende Versicherungsleistung handelt, die auch für andere Zwecke eingesetzt werden kann, ändert an den Deckungslücken nichts. Die Hilflosenentschädigung ist zudem bei Personen, die das ordentliche Rentenalter erreicht haben, betraglich tiefer, was vor dem Hintergrund, dass das Älterwerden mit einem Abbau der Selbstversorgungsfähigkeit verbunden ist, die Frage einer unzulässigen Altersdiskriminierung aufwirft.

¹ Siehe dazu [Art. 7 ff. BV](#).

² Siehe dazu das Forum in Heft 4/2022.

³ Vgl. Art. [8 Abs. 2](#) und Art. [8 Abs. 4](#) BV.

⁴ Vgl. Art. [41 Abs. 1 lit. b](#) und Art. [112c](#) BV.

⁵ Vgl. [Art. 3 BV](#).

⁶ Vgl. [Art. 111 ff. BV](#).

⁷ Vgl. [Art. 112c Abs. 2 BV](#).

⁸ Vgl. [Art. 8 Abs. 4 BV](#).

⁹ Vgl. [Art. 43 Abs. 1 ATSG](#)

¹⁰ Vgl. Art 18 UVV.

¹¹ Siehe dazu Verordnung des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen vom 3. November 2021.

¹² Vgl. Randziffern 4005 ff. Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag (KSAB) (gültig ab 1. Januar 2015 / Stand: 1. Januar 2023).

¹³ Vgl. Randziffern 8128 ff. Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) (gültig ab 1. Januar 2015 / Stand: 1. Januar 2021).

¹⁴ Vgl. [Art. 8 ff. KLV](#).

¹⁵ Vgl. Art. [7 Abs. 2 lit. a](#) und Art. [8a Abs. 1](#) KLV.

¹⁶ Vgl. [Art. 8c KLV](#).