

Hardy Landolt*

Betreuungs- und Pflegeleistungen im Sozialversicherungsrecht

Inhaltsverzeichnis

I.	Ausgangslage	2
	A. Verfassungsrechtliche Vorgaben	2
	B. Staatsvertragliche Vorgaben	3
II.	Sozialversicherungsrechtliche Versicherungsleistungen	5
	A. Versicherungsleistungen zugunsten der versorgten Personen	5
	1. Allgemeines	5
	2. Versicherungsleistungen bei einer Betreuungsbedürftigkeit	6
	3. Versicherungsleistungen bei einer Pflegebedürftigkeit	12
	4. Ergänzungsleistungen	20
	B. Versicherungsleistungen zugunsten der versorgenden Personen	23
	1. Betreuungsgutschriften	23
	2. Betreuungsurlaub bzw. -entschädigung	24
	3. Anstellung von pflegenden Angehörigen	25
III.	Staatliche Subventionen	27
	A. Beiträge des Bundes	27
	B. Beiträge der Kantone	28
IV.	Herausforderungen und Unklarheiten	28
	A. Bedarfsfeststellung	29
	B. Sicherstellung des Zugangs zu Versorgungsleistungen	30
	C. Gleichbehandlung in Bezug auf die Finanzierung identischer Versorgungsbedürfnisse	31
	D. Duales Finanzierungssystem	31
	E. De lege ferenda: Einführung einer Pflegeversicherung?	33
V.	Abbildungen	36
	A. Abbildung 1: Pflegefachpersonen in der Spitex	36
	B. Abbildung 2: Pflegepersonen in der Spitex	37
	Literaturverzeichnis	38

* Prof. Dr. iur., LL.M., Rechtsanwalt und Notar, Beisitzer des Obergerichts des Fürstentums Liechtenstein, Glarus

I. Ausgangslage

A. Verfassungsrechtliche Vorgaben

Der Verfassungsgeber hat es im Zusammenhang mit der Verabschiedung der beiden früheren Bundesverfassungen von 1848 und 1874 nicht für nötig befunden, Vorgaben an die rechtssetzenden und rechtsanwendenden Behörden zu machen, wie sie mit betreuungs- und pflegebedürftigen Personen umzugehen und was sie für diese vorzukehren haben. Nach Inkrafttreten der Bundesverfassung von 1874 wurden im Verlauf der Jahrzehnte sozialpolitisch motivierte Änderungen vorgenommen und neben den sozialversicherungsrechtlichen Kompetenzen auch spezifische Vorgaben, so z. B. 1972 durch die Aufnahme des sozialen Wohnungsbaus zugunsten von betagten und pflegebedürftigen Personen, aufgenommen¹.

Konkretere Vorgaben hat der Verfassungsgeber erst im Zusammenhang mit der Totalrevision der Bundesverfassung gemacht. Nunmehr betont Art. 41 Abs. 1 lit. b BV die Verpflichtung des Bundes und der Kantone, die notwendige Pflegeversorgung sicherzustellen. Die Kantone sind sodann angehalten, für die Hilfe und Pflege von betagten und behinderten Personen zuhause zu sorgen². Diese sozialpolitischen Verpflichtungen werden konkretisiert durch das spezifische Verbot, Personen aufgrund ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung zu diskriminieren³.

2021 wurde sodann Art. 117b BV eingeführt. Diese verfassungsmässige Bestimmung betont die besondere Bedeutung der Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Die Kantone haben nicht nur die Pflege zu fördern, sondern auch dafür zu sorgen, dass alle Personen eine ausreichende Pflege von hoher Qualität effektiv beanspruchen können⁴. Zwecks Umsetzung dieses verfassungsmässigen Ziels haben die Kantone sicherzustellen, dass eine genügende Anzahl diplo-

¹ Vgl. aArt. 34e lit. b BV.

² Vgl. Art. 112c Abs. 1 BV.

³ Vgl. Art. 8 Abs. 2 BV.

⁴ Vgl. Art. 117b Abs. 1 BV.

mierter Pflegefachpersonen – auch im Hinblick auf den demographisch bedingten zunehmenden Bedarf – zur Verfügung steht.

Aus diesen Ziel- und Kompetenzbestimmungen können die betroffenen Personen aber keine Leistungsansprüche ableiten⁵. Die Sicherstellung der notwendigen Versorgung hat der Gesetzgeber vorzunehmen. Dieser ist insbesondere gehalten, einerseits genügende Versorgungsleistungen zur Verfügung zu stellen und andererseits (im Rahmen der Sozialversicherungskompetenzen) die individuell benötigten Versorgungsleistungen mitzufinanzieren. Hat der Gesetzgeber keine genügende Versorgung bzw. Finanzierung umgesetzt, können gegebenenfalls direkt aus den verfassungsmässigen Grundrechten Leistungsansprüche abgeleitet werden, um faktische Grundrechtsverletzungen zu verhindern⁶.

B. Staatsvertragliche Vorgaben

Die verfassungsrechtlichen Vorgaben werden ergänzt durch staatsvertragliche Bestimmungen. Diese betreffen zunächst die eigentlichen Grundrechte insoweit, als die EMRK und auch die Menschenrechtsgarantien der UNO die verfassungsmässigen Grundrechte entweder bestätigen oder ausnahmsweise sogar zusätzliche Grund- bzw. Menschenrechte vorsehen. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat bis anhin nur sehr selten bei Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit eine Verletzung der EMRK-Garantien festgestellt⁷. Der Europäische Gerichtshof hatte im Zusammenhang mit der Umsetzung der europarechtlichen Vorgaben, welche die Schweiz im Rahmen der bilateralen Abkommen teilweise übernommen hat, auch nur seltene Gelegenheiten, sich zu den nationalen Systemen der Betreuungs- und Pflegeversorgung zu äussern⁸.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Behindertenrechtskonvention der UNO⁹. Die Schweiz ist seit dem 01.01.2014 auch an diesen interna-

⁵ Vgl. Art. 41 Abs. 4 BV und ferner Art. 8 Abs. 4 BV.

⁶ Vgl. BGE 118 V 206 E. 5 und 113 V 22 E. 4d.

⁷ Siehe dazu die Urteilsübersichten https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/FS_Elderly_DEU und https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/FS_Disabled_DEU (06.07.2026).

⁸ Siehe z. B. Urteil EuGH C-518/22 vom 7. Dezember 2023.

⁹ Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 (SR 0.109).

tionalen Staatsvertrag gebunden. Die BRK nimmt vielfältig Bezug auf die Versorgungsbedürftigkeit von behinderten Personen und garantiert einerseits eine selbst-estimmte Lebensführung und andererseits die Sicherstellung eines wohnörtlichen Zugangs zu den benötigten Versorgungsleistungen¹⁰. Da der Behinderungsbegriff der BRK weit gefasst ist¹¹, sind pflegebedürftige und auch betreuungsbedürftige Personen durch dieses besondere Menschenrechtsübereinkommen geschützt.

Es ist noch nicht geklärt, unter welchen Voraussetzungen aus der BRK direkte Leistungsansprüche abgeleitet werden können¹². Klar ist demgegenüber, dass der nationale Gesetzgeber auf Bundes- und Kantonsstufe verpflichtet ist, für eine staatsvertragskonforme Versorgung und Finanzierung der benötigten Versorgungsleistungen zu sorgen. Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat in seinen abschliessenden Bemerkungen zum Initialstaatenbericht der Schweiz vom 25.03.2022 mit «Besorgnis» das Fehlen eines umfassenden Systems zur Bereitstellung von individueller Unterstützung und persönlicher Hilfe für ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft festgestellt¹³ und empfohlen, das Konzept der persönlichen Assistenz und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zu stärken, um ihnen ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen¹⁴.

Ist die Pflegebedürftigkeit auf ein Unfallereignis oder eine Berufskrankheit zurückzuführen, sind die staatsvertraglichen Vorgaben der EOSS und der äquivalenten Übereinkommen der ILO zu beachten. Das Bundesgericht hat beispielsweise im Zusammenhang mit Art. 18 UVV (in der bis zum 31.12.2016 gültig gewesenen Fassung) bestätigt, dass diese nationale Sozialversicherungsnorm die staatsvertragli-

¹⁰ Vgl. Art. 19 BRK.

¹¹ Vgl. Art. 1 Abs. 1 BRK.

¹² Siehe dazu z. B. Vanessa RÜEGGER, Gutachten: Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen im Bereich Wohnen – Grundrechtliche Pflichten und Kompetenzen von Bund und Kantonen. Rechtsgutachten zu Motion 24.3003: Das IFEG modernisieren. Gleiche Wahlmöglichkeiten und entsprechende Unterstützung für Menschen mit Behinderungen im Bereich Wohnen im Auftrag von Inclusion Handicap vom 31. Mai 2024.

¹³ Vgl. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of Switzerland (CRPD/C/CHE/CO/1) vom 13.04.2022, S. 10, Rz. 39.

¹⁴ Ibid. S. 11, Rz. 40.

chen Vorgaben nicht vollständig erfüllt, weshalb im Rahmen der Teilrevision des UVG eine Anpassung und Ausweitung des Geltungsbereichs notwendig war¹⁵.

II. Sozialversicherungsrechtliche Versicherungsleistungen

A. Versicherungsleistungen zugunsten der versorgten Personen

1. Allgemeines

Die Umsetzung der verfassungsrechtlichen und staatsvertraglichen Vorgaben erfolgt, was den Aspekt der Finanzierung anbelangt, primär durch die Sozialversicherungssysteme des Bundes. Die Kantone sind demgegenüber für die Sicherstellung der Versorgungsleistungen bzw. deren wohnörtliche Verfügbarkeit verantwortlich. In der Praxis zeigt sich regelmässig, dass versorgungsbedürftige Personen zwar für eine spezifische Versorgungsleistung sozialversichert wären, die fragliche Versorgungsleistung aber faktisch nicht verfügbar ist. Die Verfügbarkeit von ambulanten Pflegeleistungen variiert je nach Kanton sehr unterschiedlich, wie sich den Abbildungen im Anhang entnehmen lässt¹⁶.

Weder die Bundesverfassung noch die Sozialversicherungsgesetze äussern sich dazu, was zu gelten hat, wenn die betroffene Person zwar für die von ihr benötigten Versorgungsleistungen versichert wäre, diese aber faktisch nicht verfügbar sind oder umgekehrt die beanspruchten Versorgungsleistungen nicht vollständig finanziert werden¹⁷. Es wäre deshalb de lege ferenda zu wünschen, wenn der Bund Vorgaben für ein kohärentes Versorgungs- und Finanzierungssystem von Betreuungs-

¹⁵ Siehe BGE 148 V 28 E. 5.1.

¹⁶ Weiterführend <https://ind.obsan.admin.ch/topic/0ALP> (06.07.2026).

¹⁷ Gemäss § 6 Pflegegesetz des Kantons Zürich vom 27. September 2010 ist die Gemeinde zur Vermittlung einer Ersatzlösung verpflichtet, wenn eine pflegebedürftige Person nicht durch Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 versorgt werden kann.

und Pflegeleistungen machen und klarstellen würde, welche Rechtsfolge eintritt, wenn obligatorisch versicherte Dienst- und Sachleistungen nicht verfügbar sind.

Die Problematik der aufeinander nicht abgestimmten Versorgungs- und Finanzierungssysteme ist weitgehend darauf zurückzuführen, dass die Versicherungsleistungen bei einer Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit über einen längeren Zeitraum punktuell eingeführt worden sind und der Gesetzgeber sowohl die versorgten Personen als auch die versorgenden Personen als anspruchsberechtigt bezeichnet.

2. Versicherungsleistungen bei einer Betreuungsbedürftigkeit

a) *Hilflosenentschädigung*

Im Zusammenhang mit der Einführung der Invalidenversicherung wurde nicht nur eine Geburtsgebrechensversicherung¹⁸, sondern auch eine Hilflosenentschädigung eingeführt¹⁹, welche später in die anderen Sozialversicherungssysteme (AHV und UV) übernommen²⁰ und in der Invalidenversicherung um einen Intensivpflegezuschlag für geburtsgebrechensbehinderte Kinder ergänzt wurde²¹.

Bei der Hilflosenentschädigung handelt es sich um eine pauschale Geldleistung – je nach Sozialversicherungssystemen in unterschiedlicher Höhe –, mit welcher Hilfeleistungen bei der Ausführung der anerkannten alltäglichen Lebensverrichtungen abgegolten werden. Die alltäglichen Lebensverrichtungen betreffen sechs Bereiche²²:

- *Ankleiden und Auskleiden* (inkl. An- und Ablegen allfälliger Hilfsmittel, sofern diese nicht zu Behandlungs- oder Therapiezwecken dienen): Eine Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ein unentbehrliches Kleidungsstück oder ein Hilfsmittel nicht selbst an- oder ausziehen kann. Hilflosigkeit liegt auch vor, wenn sich die versicherte Person zwar selbst ankleiden kann, aufgrund kogniti-

¹⁸ Vgl. Art. 13 IVG.

¹⁹ Vgl. Art. 42 ff. IVG.

²⁰ Vgl. Art. 43^{bis} AHVG und Art. 26 f. UVG.

²¹ Vgl. Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG.

²² Statt vieler BGE 121 V 88 E. 3a.

ver Probleme jedoch nicht der Witterung entsprechend kleiden kann oder wenn sie Vor- und Rückseite der Kleidungsstücke verwechselt. Das Bereitlegen der Kleidung kann nicht berücksichtigt werden²³;

- *Aufstehen, Absitzen, Abliegen und Position wechseln* (inkl. ins Bett gehen oder das Bett verlassen): Eine Hilfslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ohne Hilfe Dritter nicht aufstehen, sich hinsetzen oder hinlegen kann. Kann die versicherte Person aber allein die Position wechseln, liegt keine Hilfslosigkeit vor²⁴;
- *Essen* (Nahrung ans Bett bringen, Nahrung zerkleinern, Nahrung zum Mund führen, Nahrung pürieren und Sondenernährung): Hilfslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person zwar selbst essen, dies jedoch nur auf eine nicht übliche Art und Weise ausführen kann²⁵, z. B. wenn sie die Speisen nicht zerkleinern oder nur püriert essen oder nur mit den Fingern zum Mund führen kann²⁶;
- *Körperpflege* (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen): Eine Hilfslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person eine täglich notwendige Verrichtung im Rahmen der Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen) nicht selbst ausführen kann²⁷. Keine Hilfslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person Hilfe beim Frisieren oder beim Lackieren der Nägel braucht²⁸;
- *Verrichten der Notdurft* (Ordnen der Kleider, Körperreinigung/Überprüfen der Reinlichkeit, unübliche Art der Verrichtung der Notdurft): Eine Hilfslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person für die Körperreinigung bzw. das Überprüfen der Reinlichkeit, für das Ordnen der Kleider oder für das Absitzen auf die bzw. das Wiederaufstehen von der Toilette der Hilfe und Begleitung Dritter bedarf²⁹; und

²³ Vgl. KSH Rz. 2026.

²⁴ Vgl. KSH Rz. 2030.

²⁵ Vgl. BGE 106 V 153.

²⁶ Vgl. BGE 121 V 88 E. 3c und KSH Rz. 2036.

²⁷ Vgl. KSH Rz. 2043.

²⁸ Vgl. Urteil Bundesgericht 9C_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 6.

²⁹ Vgl. BGE 121 V 88 E. 6.

- *Fortbewegung* (in der Wohnung, im Freien) und Pflege gesellschaftlicher Kontakte: Eine Hilflosigkeit liegt vor, wenn sich die versicherte Person auch mit einem Hilfsmittel nicht mehr allein im oder ausser Haus fortbewegen kann oder wenn sie keine gesellschaftlichen Kontakte pflegen kann. Unter gesellschaftlichen Kontakten sind die zwischenmenschlichen Beziehungen zu verstehen, wie sie der Alltag mit sich bringt, z. B. Lesen, Schreiben, Besuch von Konzerten, von politischen oder religiösen Anlässen³⁰.

Nicht zu den alltäglichen Lebensverrichtungen gehören die mit der Berufsausübung oder mit einem gleichgestellten Aufgabenbereich (Haushalt, Studium, religiöse Gemeinschaft) und die mit der beruflichen Eingliederung verbundenen Tätigkeiten (z. B. Hilfe beim Arbeitsweg). Diese Hilfeleistungen sind nur beim Assistenzbeitrag zu berücksichtigen³¹.

Im Geltungsbereich der Invalidenversicherung³² ist auch die lebenspraktische Begleitung versichert³³. Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG liegt vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann³⁴, für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen³⁵ oder ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren³⁶.

Ursprünglich wurde davon ausgegangen, dass die Hilfloosenentschädigung teilweise mit der Grundpflegeentschädigung sachlich kongruent ist. Das Bundesgericht hat

³⁰ Vgl. ZAK 1982, 123 und 131.

³¹ Vgl. Art. 39c IVV.

³² Der Ausschluss der lebenspraktischen Begleitung in den anderen Sozialversicherungen ist verfassungskonform und verstösst weder gegen das Gleichbehandlungsprinzip noch gegen das Diskriminierungsverbot (BGE 133 V 569). Bei einem Anspruch auf Entschädigung wegen schwerer Hilflosigkeit durch den Unfallversicherer kann keine Kumulation mit einer Hilfloosenentschädigung leichten Grades wegen des Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung der Invalidenversicherung erfolgen. Die in Art. 66 Abs. 3 ATSG statuierte absolute Prioritätenordnung greift ohne Weiteres (BGE 150 V 334 E. 3-6).

³³ Das Gesetz macht den Anspruch auf eine Hilfloosenentschädigung nicht davon abhängig, ob die lebenspraktische Begleitung kostenlos erfolgt oder nicht (BGE 133 V 472 E. 5.3.2).

³⁴ Vgl. Art. 38 Abs. 1 lit. a IVV.

³⁵ Vgl. Art. 38 Abs. 1 lit. b IVV.

³⁶ Vgl. Art. 38 Abs. 1 lit. c IVV.

in einem neueren Grundsatzentscheid nunmehr festgestellt, dass die Hilflosenentschädigung weder gleicher Art noch Zwecksetzung wie die Grundpflegeentschädigung ist³⁷. Entsprechend kann die Hilflosenentschädigung nicht mehr an die Pflege angerechnet werden. Eine Anrechnung ist nur noch mit Bezug auf Versicherungsleistungen, mit welchen (auch) betreuende Dienstleistungen abgegolten werden, zulässig³⁸.

Die Hilflosenentschädigung kann nicht gekürzt werden³⁹. Es ist lediglich eine Sisierung der Anspruchsberechtigung von Gesetzes wegen vorgesehen, wenn sich die betroffene Person in Spitalpflege befindet. In einer solchen Situation geht der Gesetzgeber davon aus, dass das Spitalpersonal hilfsbedürftige Personen hinreichend versorgt. Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim demgegenüber besteht eine (eingeschränkte) Anspruchsberechtigung⁴⁰.

b) Assistenzbeitrag

Mit Wirkung ab dem 01.01.2012 wurde in der Invalidenversicherung ein Assistenzbeitrag eingeführt, da eine selbstbestimmte Lebensführung mit der Hilflosenentschädigung nicht finanziert werden kann, insbesondere wenn die betroffene Person rund um die Uhr auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen ist oder sogar noch Pflegeleistungen benötigt⁴¹. Beim Assistenzbeitrag handelt es sich um ein Budget, welches der Sozialversicherungsträger der assistenzbedürftigen Person zur Verfügung stellt, damit diese die benötigten Assistenzleistungen bezahlen kann.

Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag besteht nur für solche Personen, welche eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung erhalten⁴². Damit werden Personen oder Anspruchsberechtigte ausgeschlossen, welche keine Hilflosenentschädigung erhalten, gleichwohl aber assistenzbedürftig sind, oder eine Hilflosen-

³⁷ Vgl. BGE 151 V 1 ff.

³⁸ Siehe z. B. Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV und Art. 14 Abs. 4 ELG.

³⁹ Vgl. Art. 69 Abs. 3 ATSG.

⁴⁰ Vgl. z. B. Art. 42^{ter} Abs. 2 IVG und Art. 43^{bis} Abs. 1^{bis} AHVG.

⁴¹ Vgl. Art. 42^{quater} ff. IVG.

⁴² Vgl. Art. 42^{quater} Abs. 1 lit. a IVG.

entschädigung von der AHV⁴³ oder der Unfallversicherung erhalten⁴⁴. Das Bundesgericht rechtfertigt diese Ungleichbehandlung mit dem Willen des Bundesgesetzgebers und hält zudem fest, dass im Geltungsbereich der Unfallversicherung ohnehin keine Veranlassung für einen Assistenzbeitrag bestehe, da das Unfallversicherungssystem insgesamt bessere Versicherungsleistungen vorsehe⁴⁵.

Um die Kostenfolgen für die Invalidenversicherung nicht ausufern zu lassen, wurde der Assistenzbeitrag in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Mit dem Assistenzbeitrag können zunächst nur Personen entschädigt werden, wenn diese von der betroffenen Person selbst angestellt sind⁴⁶. Nach der derzeitigen Rechtslage ist es nicht möglich, dass Assistenzleistungen eingekauft werden oder sich assistenzbedürftige Personen zusammenschliessen, um gemeinsam Assistenzpersonen zu beschäftigen⁴⁷.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus dem Umstand, dass Angehörige, welche in gerader Linie mit der betroffenen Person verwandt oder mit ihr verheiratet oder in einem Konkubinat leben, nicht angestellt werden können⁴⁸. Mit diesem Ausschluss wird ein grosser Teil von versorgenden Personen von der Anspruchsberechtigung ausgeschlossen. In quantitativer Hinsicht ist der Assistenzbeitrag sodann auf maximal 420 Stunden pro Monat beschränkt⁴⁹, weshalb Personen, welche während 24 Stunden assistenzbedürftig sind, die benötigten Assistenzleistungen von vorneherein nicht finanzieren können.

Die erheblichen Einschränkungen stehen in der Kritik. Wie bereits erwähnt ist auch der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Auffassung, dass das schweizerische Versorgungs- und Finanzierungssystem den Anspruch auf eine selbstbestimmte Lebensführung noch nicht (vollständig) umsetzt. Ob, wann

⁴³ Im Geltungsbereich der AHV besteht lediglich eine Besitzstandsgarantie (Art. 43^{ter} AHVG).

⁴⁴ Siehe z. B. BGE 140 V 113 E. 5-7.

⁴⁵ Das Bundesgericht hat im Entscheid BGE 140 V 113 E. 5 explizit festgehalten, dass der Gesetzgeber den gemäss UVG versicherten Personen keinen Anspruch auf einen Assistenzbeitrag gemäss IVG habe gewähren wollen, weil die im Fall eines versicherten Unfalles gewährten Leistungen «beträchtlich umfangreicher» seien.

⁴⁶ Vgl. Art. 42^{quinquies} lit. a IVG.

⁴⁷ Vgl. BGE 150 V 263 ff.

⁴⁸ Vgl. Art. 42^{quinquies} lit. b IVG.

⁴⁹ Vgl. Art. 42^{quinquies} lit. b IVG und Art. 39e Abs. 2 IVVV.

und in welchem Umfang der Bundesgesetzgeber den Assistenzbeitrag anpassen wird, ist offen⁵⁰.

c) Dienstleistungen Dritter

Invaliden-⁵¹ und Militärversicherung⁵² sehen einen Anspruch auf Dienstleistungen Dritter vor. Voraussetzung für diesen Anspruch ist, dass die versicherte Person die Voraussetzungen für die Abgabe eines bestimmten Hilfsmittels⁵³ erfüllen würde, dieses aber wegen Gegebenheiten, die in ihrer Person liegen, nicht benützen kann⁵⁴. Anstelle des Hilfsmittels erhält der Versicherte in einem solchen Fall eine Geldleistung.

Die versicherte Person hat Anspruch auf Vergütung der ausgewiesenen invaliditätsbedingten Kosten für besondere Dienstleistungen, die von Dritten erbracht werden und anstelle eines Hilfsmittels notwendig sind, um den Arbeitsweg zu überwinden, den Beruf auszuüben oder besondere Fähigkeiten zu erwerben, welche die Aufrechterhaltung des Kontakts mit der Umwelt ermöglichen⁵⁵. Die monatliche Vergütung darf weder den Betrag des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens der versicherten Person noch den anderthalbfachen Mindestbetrag der ordentlichen Altersrente übersteigen⁵⁶.

⁵⁰ Siehe dazu Botschaft zur Änderung des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 20. Dezember 2024 = BBl 2025 300 und Hintergrunddokument Assistenzbeitrag. Im Rahmen von: «Für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Inklusions-Initiative)» vom 23.12.2024.

⁵¹ Vgl. Art. 21^{bis} Abs. 2 IVG. Die Regeln der IV gelten sinngemäss auch für die AHV (vgl. Art. 4 HVU).

⁵² Vgl. Art. 21 Abs. 4 MVG.

⁵³ Vgl. BGE 118 V 200 E. 3c.

⁵⁴ Vgl. BGE 112 V 11 E. 1a und EVGE 1968, 272.

⁵⁵ Vgl. Art. 21^{ter} Abs. 2 IVG und Art. 9 Abs. 1 HVI.

⁵⁶ Vgl. Rz. 1042 KHMI und Anhang 1 Ziff. 6.4.

3. Versicherungsleistungen bei einer Pflegebedürftigkeit

a) *Allgemeines*

Für Personen, die nicht nur Betreuung benötigen, sondern zusätzlich auf Pflegeleistungen angewiesen sind, besteht im Rahmen der Heilungskostenversicherung eine unterschiedliche Deckung, je nachdem, ob das IVG, das UVG oder subsidiär das KVG anwendbar ist. Aufgrund der absoluten Prioritätenordnung von Art. 64 Abs. 2 ATSG sind die im Rahmen der obligatorischen Heilungskostenversicherung gedeckten Pflegeleistungen von folgenden Versicherungsträgern (in nachfolgender Reihenfolge) zu erbringen:

- der Militärversicherung;
- der Unfallversicherung;
- der Invalidenversicherung;
- der Krankenversicherung.

b) *Pflegeentschädigung gemäss UVG*

Mit dem Inkrafttreten des UVG im Jahr 1985 wurde auch im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung eine Versicherungsdeckung für Pflegeleistungen eingeführt⁵⁷. Der Umfang der Versicherungsdeckung hat sich seither ausgeweitet. Nach dem Inkrafttreten des UVG im Jahr 1985 wurde in einer ersten Phase die Rechtslage gemäss KUVG übernommen. Seinerzeit wurde die Auffassung vertreten, dass lediglich die Behandlungspflege (verstanden als technische Pflege, mithin die Behandlungspflege nach heutigem Verständnis) obligatorisch versichert sei. Das Bundesgericht hat diesen Standpunkt 1990 in dem früheren Leitentscheid 116 V 41 zum Ausdruck gebracht.

Nachdem das KVG im Jahr 1996 in Kraft trat und das Versicherungsobligatorium auf sämtliche Pflegeleistungen unter Einschluss der Grundpflege ausgedehnt wurde⁵⁸, stellte sich im Hinblick auf die Koordination mit der Unfallversicherung

⁵⁷ Vgl. Art. 10 und 21 UVG.

⁵⁸ Vgl. Art. 7 Abs. 2 KLV.

die zentrale Frage, ob der Krankenversicherungsträger in Ergänzung zur Unfallversicherung für die Grundpflege leistungspflichtig sein soll. Kranken- und Unfallversicherer vertreten unterschiedliche Auffassungen.

Die Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer haben in der Folge die Leistungspflicht des Unfallversicherers für Grundpflegeleistungen bejaht. Im Tarifvertrag zwischen dem SBK und der MTK aus dem Jahr 1999 wurde bereits eine Leistungspflicht für die Grundpflege eingeführt, wobei zwei unterschiedliche Tarifpositionen für die akzessorische Grundpflege und die übrige Grundpflege vorgesehen worden sind⁵⁹.

Das Bundesgericht bestätigte zudem, dass gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV in jedem Fall eine Leistungspflicht für die akzessorische Grundpflege bestehe, welche in jedem Einzelfall im Hinblick auf die zur Diskussion stehende pflegerische Behandlung geprüft werden müsse⁶⁰. Mittlerweile erkennen die Tarifverträge der MTK im Bereich der ambulanten Pflege eine uneingeschränkte Leistungspflicht für Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV an⁶¹.

Die Pflegeentschädigung umfasst gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV auch Pflegeleistungen, welche von nicht zugelassenen Personen, insbesondere Angehörigen der versicherten Person, erbracht werden. In der Praxis besteht Unklarheit darüber, ob Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV eine Anstellung von pflegenden Angehörigen durch eine Spitex-Organisation im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVV ausschliesst oder nicht.

Im Interesse einer kohärenten Rechtsordnung ist davon auszugehen, dass die im Krankenversicherungsbereich vom Bundesgericht bestätigte Zulässigkeit einer Anstellung von pflegenden Angehörigen⁶² auch im Unfallversicherungsrecht möglich ist, weshalb die Pflegeleistungen, welche von angestellten Angehörigen erbracht werden, gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV und nicht gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV vom Versicherungsträger zu vergüten sind.

⁵⁹ Siehe <https://www.mtk-ctm.ch/index.php?id=757m> (06.07.2026).

⁶⁰ Vgl. Urteil Bundesgericht 8C_1037/2012 vom 12.07.2013 E. 7.2.

⁶¹ Siehe <https://www.mtk-ctm.ch/de/tarife/spitex-tarif/> und <https://www.mtk-ctm.ch/de/tarife/pflegefachpersonen-tarif/> (06.07.2026).

⁶² Siehe dazu BGE 145 V 161 ff.

Die unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung wird sodann ergänzt durch einen Beitrag für nichtmedizinische Hilfe⁶³. Gemäss der Auffassung des Bundesgerichts sind als nichtmedizinische Hilfeleistungen unfallbedingt notwendige Versorgungsleistungen im wohnörtlichen Umfeld der versicherten Person – ausgenommen hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen und die persönliche Überwachung – zu verstehen, welche zusätzlich zu den Pflegeleistungen benötigt werden⁶⁴.

Nach der Auffassung des Verfassers dieser Zeilen ist die restriktive Haltung der Bundesrichter bzw. der Ausschluss der ausserhäuslichen Hilfeleistung nicht mit der Verpflichtung der BRK, eine selbstbestimmte Lebensführung sicherzustellen, in Einklang zu bringen. Auch die ausserwohnörtliche nichtmedizinische Hilfe, insbesondere die behinderungsbedingt benötigte Begleitung auf dem Arbeitsweg oder bei Wahrnehmung von Terminen, ist zu vergüten, da ansonsten faktische Grundrechtsverletzungen entstehen.

c) Pflegeentschädigung gemäss IVG

Wie bereits erwähnt wurde mit der Einführung der Invalidenversicherung auch eine Geburtsgebrechensversicherung⁶⁵ eingeführt, welche mittlerweile mit Ausnahme der Grundpflege dieselben Pflegeleistungen wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abdeckt⁶⁶. Zusätzlich werden die Kurz- und Langzeitüberwachung zwecks Verhinderung einer lebensbedrohlichen Situation vergütet⁶⁷. Die Vergütung setzt voraus, dass zugelassene Leistungserbringer die fraglichen Pflegeleistungen erbringen⁶⁸.

In der Praxis erweist sich die fehlende Deckung für Grundpflegeleistungen als Erschwernis, da die zugelassenen Pflegedienstleistungserbringer, insbesondere die

⁶³ Vgl. Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV.

⁶⁴ Vgl. BGE 148 V 28 ff.

⁶⁵ Vgl. Art. 13 IVG.

⁶⁶ Vgl. Art. 1 Abs. 1 Verordnung des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen vom 3. November 2021.

⁶⁷ Vgl. Art. 1 Abs. 2 Verordnung des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen vom 3. November 2021.

⁶⁸ Vgl. Art. 1 Abs. 3 Verordnung des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen vom 3. November 2021.

Kinderspitex, eine doppelte Abrechnung mit der Invalidenversicherung und der Krankenversicherung vorzunehmen haben, wenn sie sowohl Behandlungs- als auch Grundpflege erbringen. De lege ferenda ist deshalb eine Aufhebung der Geburtsgebrechensversicherung für Pflegeleistungen in Betracht zu ziehen.

d) Pflegeentschädigung gemäss KVG

(1) Allgemeines

Mit dem Inkrafttreten des KVG wurde im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Leistungspflicht für stationäre und ambulante Pflegeleistungen eingeführt. Das KUVG⁶⁹ kannte ursprünglich keine Leistungspflicht für Pflegeleistungen, welche nicht im Rahmen eines Spitalaufenthaltes erbracht wurden.

Eine Leistungspflicht des Krankenversicherers für ambulante Pflegeleistungen wurde seit den Sechzigerjahren des vorigen Jahrhunderts sukzessive eingeführt. Die Krankenversicherer waren bis zum 31.12.1995 nur verpflichtet, die Kosten der von einem Arzt schriftlich angeordneten, durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen zu tragen⁷⁰. Als medizinische Hilfspersonen wurden von einem Arzt angestelltes und unter seiner direkten Kontrolle arbeitendes Hilfspersonal verstanden, was nicht nur Unselbstständigkeit des Hilfspersonals, sondern auch voraussetzte, dass das Hilfspersonal in räumlicher Nähe zum Arzt tätig war⁷¹.

Als medizinische Hilfspersonen wurden ferner Masseure, Heilgymnasten, Physiotherapeuten, Krankenschwestern und -pfleger bezeichnet. Diese Hilfspersonen wurden jedoch krankenversicherungsrechtlich nur anerkannt, wenn sie ihren Beruf

⁶⁹ AS 28 353 und BBl 1911 III 523.

⁷⁰ Vgl. Art. 12 Abs. 2 lit. b aKUVG sowie Verordnung VI über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung vom 11. März 1966 (aSR 832.151.1) und Verfügung 7 des EDI über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen vom 13. Dezember 1965 (aSR 832.141.11).

⁷¹ Vgl. BGE 114 V 270 E. 2a, 110 V 191, 107 V 48 E. 2 und 100 V 4 E. 2a sowie RKUV 1993, 105.

selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben⁷². Eine Vergütung für die Kosten der von einer Gemeindekrankenschwester bzw. von Pflegefachpersonen, welche von gemeinnützigen Organisationen angestellt waren, erbrachten Pflegeleistungen konnte auch nicht gestützt auf den Grundsatz der Austauschbefugnis geltend gemacht werden⁷³. Das Bundesgericht bezeichnete diesen Zustand als nicht befriedigend, erachtete aber eine richterliche Normenkorrektur im Sinne der Erfüllung einer unechten Gesetzeslücke als unzulässig⁷⁴.

Der Bundesrat schlug in seiner Botschaft über die Teilrevision der Krankenversicherung vom 19.08.1981 vor, die bereits bestehenden Pflichtleistungen bei Hauskrankenpflege ebenfalls zu erweitern, mahnte aber an, die Hauskrankenpflege nicht gänzlich der Krankenversicherung zu überbinden und zunächst nur die gesetzliche Grundlage zur Übernahme einzelner Leistungen zu schaffen und den konkreten Umfang der Leistungspflicht durch Verordnung zu umschreiben, um sowohl der finanziellen Belastbarkeit der Kassen als auch dem konkreten Stand der Hauskrankenpflegedienste möglichst gut Rechnung tragen zu können⁷⁵.

Die vollständige Übernahme der Haus- und Heimpflegekosten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung wurde erst mit der Totalrevision des KVG, das am 01.01.1996 in Kraft trat, eingeführt⁷⁶. Seit dem Inkrafttreten des KVG war 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 vergüten⁷⁷.

⁷² Siehe BGE 111 V 324 ff. und RKUV 1986, 481 E. 2b.

⁷³ Vgl. BGE 111 V 324 E. 2a.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Vgl. Botschaft über die Teilrevision der Krankenversicherung vom 19. August 1981 = BBl 1981 II 1117, 1143 und 1162 f.

⁷⁶ Vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 = BBl 1992 I 93, 152.

⁷⁷ Vgl. aArt. 25 Abs. 2 lit. a KVG.

Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG angepasst⁷⁸. Seit dem 01.01.2011 bzw. dem Ablauf der Übergangsfrist am 01.01.2013 hat der obligatorische Krankenpflegeversicherer lediglich die Kosten der Pflegeleistungen, welche in einem Spital durchgeführt werden, vollumfänglich zu übernehmen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet demgegenüber nur noch einen Beitrag an die Kosten von Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden⁷⁹. Mit dieser Gesetzesrevision wurde die in verschiedenen Schritten durch den Gesetz- bzw. Verordnungsgeber für ambulante Pflegeleistungen eingeführte Kostenplafonierung⁸⁰ in einen Dauerzustand überführt⁸¹.

(2) Langzeitpflegeleistungen

Die ambulanten Pflegeleistungen bzw. Langzeitpflegeleistungen umfassen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV folgende Massnahmen:

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination⁸²,
- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung⁸³ und
- Massnahmen der Grundpflege⁸⁴.

Nicht zuletzt im Hinblick auf die nicht abschliessende Umschreibung der Grundpflege bestehen in solchen Fällen zudem häufig Probleme, die Pflegeleistungen von

⁷⁸ Vgl. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 (AS 2009, 3517) und ferner Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005 = BBl 2005, 2033 ff.

⁷⁹ Vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG.

⁸⁰ Am 8. Oktober 2004 nahm das Parlament eine Übergangsbestimmung in das KVG auf, die Folgendes vorsah (vgl. AS 2004 4375): Bis zum Inkrafttreten einer neuen Regelung für die Kostenübernahme der Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim dürfen in Abweichung von Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG die aufgrund von Art. 104a KVG vom EDI festgesetzten Rahmentarife nicht überschritten werden.

⁸¹ Siehe dazu Urteil Bundesverwaltungsgericht C-4131/2010 vom 9. September 2011 (BVGE 2011/61) E. 4.2.2.

⁸² Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV.

⁸³ Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV.

⁸⁴ Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV.

der nicht versicherten übrigen Personenhilfe abzugrenzen. Es wäre deshalb de lege ferenda angezeigt, wenn in allen Sozialversicherungssystemen, welche Pflegeleistungen vergüten, dieselbe Versicherungsdeckung bestünde.

Der Verordnungsgeber nennt beispielhaft folgende somatische Grundpflegeleistungen:

- Beine einbinden,
- Kompressionsstrümpfe anlegen,
- Betten,
- Lagern,
- Bewegungsübungen,
- Mobilisieren,
- Dekubitusprophylaxe,
- Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut,
- Hilfe bei der Mund- und Körperpflege,
- Hilfe beim An- und Auskleiden und
- Hilfe beim Essen und Trinken.

Einzelfallweise können andere Hilfeleistungen ebenfalls als Grundpflege qualifiziert werden. Voraussetzung ist, dass die fragliche Hilfeleistung gesundheitsbedingt notwendig ist und es sich bei der fraglichen Hilfeleistung um Personenhilfe handelt, welche ausschliesslich oder mindestens primär medizinisch indiziert ist. Eine hinreichende medizinische Indikation liegt dann vor, wenn mit der fraglichen Hilfeleistung ein Behandlungsbedarf verhindert werden kann.

Nicht als Grundpflege können hauswirtschaftliche und betreuerische Hilfeleistungen qualifiziert werden. 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 Trinken⁸⁵, Besorgen der Wäsche und andere ähnliche Verrichtungen, welche nicht auf der Liste der Grundpflegeleistungen stehen, welche die obligatorische Pflegeversicherung vergüten muss⁸⁶. Die Begleitung der pflegebedürftigen Person vom Schlafzimmer zum Esssaal stellt ebenfalls keine Grundpflegemassnahme dar⁸⁷.

Die Hilfe beim Essen und Trinken kann kontextabhängig eine Grundpflegeleistung sein⁸⁸. Spitex-Einsätze bei versicherten Personen, die wegen ihrer krankheitsbedingten Desorientierung beispielsweise wiederholt zu wenig essen oder trinken, sich falsch kleiden, die Wohnung nicht lüften, die Rollläden nicht öffnen oder den Kochherd nicht abstellen, sind als grundpflegerische Massnahmen zur Bewältigung grundlegender alltäglicher Lebensverrichtungen zu qualifizieren⁸⁹.

Die psychiatrische bzw. psychogeriatrische Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV – erst seit dem 01.01.2007 obligatorisch versichert – umfasst sämtliche Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung in der grundlegenden Alltagsbewältigung. Der Verordnungsgeber erwähnt beispielhaft folgende psychiatrische Grundpflegeleistungen:

- Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur,
- zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte sowie
- Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

Einzelfallweise können andere Hilfeleistungen ebenfalls als Massnahme zur Überwachung und Unterstützung in der grundlegenden Alltagsbewältigung qualifiziert werden. Voraussetzung ist, dass die fragliche Hilfeleistung gesundheitsbedingt notwendig ist und es sich bei der fraglichen Hilfeleistung um Personenhilfe handelt, welche ausschliesslich oder mindestens primär medizinisch indiziert ist. Nicht ver-

⁸⁵ Vgl. Entscheid Bundesrat vom 9. März 1998 = RKUV 1998 KV Nr. 28 S. 180 E. II.

⁸⁶ Vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.2.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV.

⁸⁹ Vgl. Urteil Bundesgericht 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 5.4.3.

sichert sind bloss betreuende Hilfeleistungen bzw. Hilfeleistungen, bei welchen die Betreuung im Vordergrund steht⁹⁰.

4. Ergänzungsleistungen

a) *Allgemeines*

Soweit die von der versicherten Person benötigten Betreuungs- und Pflegeleistungen nicht von den vorerwähnten Sozialversicherungssystemen obligatorisch versichert sind bzw. vergütet werden, erfolgt die «Auffangfinanzierung» durch das System der Ergänzungsleistungen.

Da der Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung voraussetzt, dass die versicherte Person ein Reinvermögen unterhalb von CHF 100'000 bzw. ein Ehepaar ein Reinvermögen unterhalb von CHF 200'000 hat⁹¹, greift die Defizitfinanzierung des Ergänzungsleistungssystems erst in diesen Fällen. Liegt das Reinvermögen der versicherten Person über der vorerwähnten Vermögensschwelle, müssen zuerst die verfügbaren finanziellen Mittel aufgebraucht werden.

Eine anteilige Mitfinanzierung erfolgt schliesslich in den Fällen, in welchen zwar die vorerwähnte Vermögensschwelle unterschritten wird, aber die versicherte Person noch über ein Reinvermögen verfügt, welches über dem Freibetrag von CHF 30'000 bei alleinstehenden Personen bzw. von CHF 50'000 bei Ehepaaren liegt⁹². Bewohnt der Ehepartner der in einem Heim befindlichen versicherten Person eine eigene Liegenschaft, erhöht sich der Freibetrag auf CHF 112'500 bzw. bei einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung auf CHF 300'000⁹³.

⁹⁰ Vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.3 sowie Urteile Bundesgericht 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 5.4.4.1 und K 114/04 vom 18. März 2005 E. 3.3.

⁹¹ Vgl. Art. 9a Abs. 1 lit. a und b ELG.

⁹² Vgl. Art. 11 Abs. 1 lit. c ELG.

⁹³ Vgl. Art. 11 Abs. 1 lit. c und Art. 11 Abs. 1^{bis} ELG.

b) Ungedekte Heimkosten

Das ELG unterscheidet, ob die versicherte Person sich in einem Heim oder zu Hause aufhält. Bei versicherten Personen, die sich dauernd oder länger als drei Monate in einem Heim oder Spital aufhalten und dort versorgt werden, werden bei der Berechnung der ehelichen Ergänzungsleistung als Ausgaben einerseits die Tagestaxen, welche in Rechnung gestellt werden, und ein vom Kanton zu bestimmender Betrag für persönliche Auslagen berücksichtigt⁹⁴.

Bei der Festlegung der Höhe der Tagestaxe hat der Kanton dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem Pflegeheim in der Regel keine Abhängigkeit von der Sozialhilfe entsteht⁹⁵. Eine Unterdeckung bzw. eine Sozialhilfebedürftigkeit kann sich insbesondere dann ergeben, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Kanton hat, welcher tiefere Tagestaxen als der Aufenthaltskanton kennt. Ebenso ist eine Unterdeckung in all den Fällen möglich, in welchen eine Aufrechnung des sogenannten Verichtsvermögens vorgenommen wird.

c) Vergütung für Krankheits- und Behinderungskosten

Versicherte Personen, die sich nicht dauerhaft bzw. länger als drei Monate in einem Heim oder in einem Spital aufhalten, können für nachgewiesene Krankheits- und Behinderungskosten zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung eine Vergütung geltend machen. Gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. b ELG sind insbesondere die ungedeckten Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen versichert.

Die Kantone bezeichnen die vergütungsfähigen Kosten und sind berechtigt, die Vergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben zu beschränken⁹⁶. Die Kantone sind aber verpflichtet, der versicherten Person die gesetzlichen Mindestbeträge zu gewähren⁹⁷. Die Höhe der Mindestbeträge hängt einerseits davon ab, in welchem Ausmass die

⁹⁴ Vgl. Art. 10 Abs. 2 ELG.

⁹⁵ Vgl. Art. 10 Abs. 2 lit. a. ELG.

⁹⁶ Vgl. Art. 14 Abs. 2 ELG.

⁹⁷ Siehe Art. 14 Abs. 3 ELG und Art. 19b ELV.

versicherte Person hilflos ist und ob der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters entstanden ist. In letzterem Fall kann die versicherte Person maximal CHF 25'000 pro Jahr an ungedeckten Betreuungs- und Pflegekosten geltend machen. Ansonsten liegt der Mindestbetrag je nachdem, ob die anspruchsberechtigte Person über eine Hilflosigkeit leichten, mittleren oder schweren Grades verfügt, bei CHF 25'000 (leichte Hilflosigkeit), CHF 60'000 (mittlere Hilflosigkeit) oder CHF 90'000 (schwere Hilflosigkeit).

Die Garantie der Mindestbeträge wird insoweit unterschritten, als die Kantone berechtigt sind, die Hilflosenentschädigung und den Assistenzbeitrag vom bundesrechtlich vorgesehenen Mindestbetrag in Abzug zu bringen⁹⁸. Die Kantone sind aber in jedem Fall verpflichtet, die gemäss der früheren bundesrechtlichen Regelung in der ELKV vorgesehenen ersatzfähigen Kosten und Erwerbsausfälle zu vergüten⁹⁹. Unklarheiten bestehen in der Praxis mit Bezug auf die Berechnung der Erwerbsausfallentschädigung von betreuenden und/oder pflegenden Angehörigen.

Aktuell ist der Bund daran, die Leistungspflicht im Rahmen von Art. 14 ELG für Betreuungsleistungen zu reformieren¹⁰⁰. Die eidgenössischen Räte haben die Änderungen in der Schlussabstimmung vom 20.06.2025 angenommen. EL-Bezüger sollen künftig Pauschalen für Betreuungsleistungen und Hilfe zu Hause erhalten, beispielsweise für Mahlzeitendienste, Haushaltshilfe und ein Notrufsystem. Die Leistungen stehen nicht nur Altersrentnern, sondern auch IV-Rentnern mit EL zu. Diese Teilrevision wird zu einer Angleichung der unterschiedlichen kantonalen EL-Systeme führen, aber gleichwohl das heterogene Finanzierungssystem nicht beseitigen.

⁹⁸ Mangels einer spezifischen bundesrechtlichen Vorschrift sind die Kantone insbesondere frei festzulegen, ob eine Hilflosenentschädigung von den Kosten nach Art. 14 Abs. 1 lit. b ELG abzuziehen ist, wenn diese weniger als CHF 25'000 betragen. Bundesrechtlich vorgeschrieben ist ein solcher Abzug nur in den in Art. 14 Abs. 4 ELG und Art. 19b ELV vorgesehenen Fällen (BGE 142 V 349 E. 6.3).

⁹⁹ Vgl. Urteil Bundesgericht 8C_637/2023 vom 11. Juli 2024 E. 6.2.4.

¹⁰⁰ Siehe Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Leistungen für Hilfe und Betreuung zu Hause) vom 13. September 2024 = BBl 2024 2448 und Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) – Änderung vom 20. Juni 2025 = BBl 2025 2039.

B. Versicherungsleistungen zugunsten der versorgenden Personen

1. Betreuungsgutschriften

Die Komplexität des derzeitigen Systems wird zusätzlich erschwert durch den Umstand, dass auch versorgende Personen (zusätzlich zur versorgten Person) anspruchsberechtigt sind. Angehörige, welche hilflose Personen (mit)versorgen, können nach dem 16. Altersjahr der versorgten Person alljährlich Betreuungsgutschriften beantragen¹⁰¹. Verwandten gleichgestellt sind Ehegatten, Schwiegereltern und Stiefkinder sowie die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner, die oder der seit mindestens fünf Jahren ununterbrochen mit der versicherten Person einen gemeinsamen Haushalt führt¹⁰².

Der Anspruch auf Betreuungsgutschriften setzt voraus, dass die Angehörigen die betreuten Personen für die Betreuung leicht erreichen können. Das Erfordernis der leichten Erreichbarkeit ist insbesondere dann erfüllt, wenn die Betreuungsperson nicht mehr als 30 km entfernt von der betreuten Person wohnt oder diese innert einer Stunde erreichen kann¹⁰³. Der Anspruch auf Anrechnung der Betreuungsgutschriften ist alljährlich bei der kantonalen Ausgleichskasse am Wohnsitz der betreuten Person anzumelden. Die Anmeldung ist sowohl von der betreuenden als auch von der betreuten Person oder deren gesetzlichem Vertreter zu unterzeichnen¹⁰⁴.

Bei den Betreuungsgutschriften handelt es sich um eine pauschale Gutschrift auf das AHV-Konto der versorgenden Person. Die Betreuungsgutschrift entspricht dem Betrag der dreifachen minimalen jährlichen Altersrente im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs¹⁰⁵. Diese Versicherungsleistung bezweckt, dass die versorgende Person nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters eine höhere Alters-

¹⁰¹ Vgl. Art. 29^{septies} AHVG.

¹⁰² Vgl. Art. 29^{septies} Abs. 1 AHVG.

¹⁰³ Vgl. Art. 52g AHVV.

¹⁰⁴ Vgl. Art. 52l AHVV.

¹⁰⁵ Vgl. Art. 29^{septies} Abs. 4 AHVG.

rente erhält. Sofern der anspruchsberechtigten Person ohnehin die maximale Altersrente zusteht, bleiben die Betreuungsgutschriften wirkungslos.

2. Betreuungsurlaub bzw. -entschädigung

Die Angehörigen stellen den wichtigsten Versorgungspfeiler im ambulanten Bereich dar, sind aber regelmässig nur eingeschränkt in der Lage, situativ Betreuungs- oder Pflegeleistungen zu übernehmen, wenn sie erwerbstätig sind. Der Gesetzgeber hat deshalb am 01.07.2021 einen Betreuungsurlaub¹⁰⁶ bzw. eine Betreuungsentschädigung¹⁰⁷ eingeführt, um erwerbstätigen Angehörigen zu ermöglichen, sich kurzfristig um ein versorgungsbedürftiges Familienmitglied kümmern zu können.

Anspruch auf eine Betreuungsentschädigung haben Eltern eines minderjährigen Kindes, das wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigt ist, die:

- die Erwerbstätigkeit für die Betreuung des Kindes unterbrechen; und
- im Zeitpunkt der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit Arbeitnehmende im Sinne von Art. 10 ATSG sind, Selbstständigerwerbende im Sinne von Art. 12 ATSG sind, oder im Betrieb des Ehemanns oder der Ehefrau mitarbeiten und einen Barlohn beziehen¹⁰⁸.

Ein Kind ist gesundheitlich schwer beeinträchtigt, wenn:

- eine einschneidende Veränderung seines körperlichen oder psychischen Zustandes eingetreten ist;
- der Verlauf oder der Ausgang dieser Veränderung schwer vorhersehbar ist oder mit einer bleibenden oder zunehmenden Beeinträchtigung oder dem Tod zu rechnen ist;
- ein erhöhter Bedarf an Betreuung durch die Eltern besteht; und

¹⁰⁶ Vgl. Art. 329i OR.

¹⁰⁷ Vgl. Art. 16n ff. EOG.

¹⁰⁸ Vgl. Art. 16n Abs. 1 EOG.

- mindestens ein Elternteil die Erwerbstätigkeit für die Betreuung des Kindes unterbrechen muss¹⁰⁹.

Die Betreuungsentschädigung wird als Taggeld ausgerichtet. Innerhalb der Rahmenfrist besteht Anspruch auf höchstens 98 Taggelder¹¹⁰. Das Taggeld beträgt 80 Prozent des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, das vor Beginn des Anspruchs auf die Betreuungsentschädigung erzielt wurde¹¹¹.

Arbeitnehmer, die einen Anspruch auf eine Betreuungsentschädigung nach den Art. 16n–16s EOG haben, weil ihr Kind wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigt ist, haben Anspruch auf einen Betreuungsurlaub von höchstens 14 Wochen¹¹². Sind beide Eltern Arbeitnehmende, so hat jeder Elternteil Anspruch auf einen Betreuungsurlaub von höchstens sieben Wochen. Sie können eine abweichende Aufteilung des Urlaubs wählen¹¹³. Der Betreuungsurlaub ist innerhalb einer Rahmenfrist von 18 Monaten zu beziehen. Die Rahmenfrist beginnt mit dem Tag, für den das erste Taggeld bezogen wird¹¹⁴.

3. Anstellung von pflegenden Angehörigen

Das Bundesgericht hat 2006 festgestellt, dass zugelassene Pflegedienstleister bzw. Spitex-Organisationen pflegende Angehörige anstellen können, sofern diese hinreichend instruiert und überwacht werden¹¹⁵. Die Anstellung ist dabei nur in Bezug auf Grundpflegeleistungen, nicht aber Behandlungsleistungen möglich, schliesst aber auch psychiatrische Grundpflegeleistungen mit ein¹¹⁶. Die Zulässigkeit einer Anstellung von pflegenden Angehörigen zulasten der obligatorischen Heilungskosten-

¹⁰⁹ Vgl. Art. 16o EOG.

¹¹⁰ Vgl. Art. 16q Abs. 1 und 2 EOG.

¹¹¹ Vgl. Art. 16r Abs. 1 EOG.

¹¹² Vgl. Art. 329i Abs. 1 OR.

¹¹³ Vgl. Art. 329i Abs. 3 OR.

¹¹⁴ Vgl. Art. 329i Abs. 2 OR.

¹¹⁵ Vgl. BGE 145 V 161 E. 5.

¹¹⁶ Vgl. BGE 150 V 273 E. 4.3.5 f.

versicherung wirft zahlreiche Fragen auf. Ein Teil der Fragen wurde mittlerweile durch den Administrativvertrag der Krankenversicherer geklärt¹¹⁷.

Zunächst ist wie bereits erwähnt unklar, ob und inwieweit das Anstellungsmodell auch im Geltungsbereich der Invalidenversicherung und der Unfallversicherung zulässig ist. Das Bundesgericht hatte bislang noch keine Gelegenheit, sich dazu zu äussern. Immerhin hat das Kantonsgericht des Kantons Luzern bestätigt, dass auch im Geltungsbereich der Invalidenversicherung eine Anstellung von pflegenden Angehörigen zulässig sei¹¹⁸. Da im Rahmen der Geburtsgebrechensversicherung allerdings nur Behandlungspflege obligatorisch versichert ist, wird vorausgesetzt, dass es sich bei der angestellten Angehörigenperson um eine diplomierte Pflegefachperson handelt. Nach der vorliegend vertretenen Auffassung ist generell von der Zulässigkeit der Anstellung von pflegenden Angehörigen – auch im unfallversicherungsrechtlichen Geltungsbereich – auszugehen.

Mit der Möglichkeit, pflegende Angehörige anzustellen, hat in den vergangenen Jahren eine Ausweitung der Pflegekosten stattgefunden, welche aufgrund des Finanzierungssystems des KVG nicht nur bei den Krankenversicherungsträgern, sondern auch bei den Kantonen und Gemeinden zu einem erheblichen Kostenanstieg geführt hat¹¹⁹. Einzelne Kantone haben deshalb die Restkostenbeiträge angepasst¹²⁰. Unklarheiten bestehen ferner nicht nur im Hinblick auf die Höhe der Restkostenfinanzierung durch das Gemeinwesen, sondern auch in mehreren anderen Bereichen. Klärungsbedürftig ist insbesondere, ob und inwieweit die Vorschriften des Arbeitsgesetzes auf die familiären Pflegearbeitsverhältnisse anwendbar¹²¹ und ob und inwieweit die Kantone berechtigt sind, die Anstellung von pflegenden Angehörigen im Rahmen der Normalarbeitsverträge zu regeln.

¹¹⁷ Siehe Anhang 5 der Administrativverträge (<https://www.spitex-instrumente.ch/vertraege/administrativvertraege> – 06.07.2026).

¹¹⁸ Vgl. Urteil Kantonsgericht Luzern 5V 22 239 vom 4. Oktober 2023.

¹¹⁹ Siehe z. B. für den Kanton Zürich: <https://geko-zh.ch/mitgliederbereich/alle-downloads?task=download.send&id=435:gekozh-bericht-pflegende-angehoerige-als-spitex-mitarbeitende&catid=73> (06.07.2026).

¹²⁰ Siehe z. B. für den Kanton Zürich: <https://www.zh.ch/de/news-uebersicht/medienmitteilungen/2025/08/pflegende-angehoerige-kanton-zuerich-schafft-klare-rahmenbedingungen.html#-1664344596> (06.07.2026).

¹²¹ Vgl. Urteil Obergericht Graubünden SV1 24 117 vom 25. März 2025 E. 7.2 ff.

III. Staatliche Subventionen

A. Beiträge des Bundes

Von den sozialversicherungsrechtlichen Versicherungsleistungen sind die eigentlichen Subventionen des Bundes und der Kantone zu unterscheiden. Diese gewähren diverse staatliche Finanzmittel für die Erbringung von Versorgungsleistungen, auf welche hilfs-, betreuungs- und/oder pflegebedürftige Personen angewiesen sind, u. a. etwa:

- Betriebsbeiträge für ungedeckte Pflegekosten gemäss KVG¹²²,
- Betriebsbeiträge für soziale Institutionen gemäss IFEG¹²³,
- Betriebsbeiträge für begleitetes Wohnen¹²⁴ bzw. betreutes Wohnen¹²⁵ sowie
- Betriebsbeiträge an die Stiftungen Pro Senectute und Pro Juventute sowie die Vereinigung Pro Infirmis¹²⁶.

Das Rechtsverhältnis zwischen dem Subventionsempfänger und dem Gemeinwesen, welches die staatliche Finanzhilfe ausrichtet, ist öffentlich-rechtlicher Natur. Je nachdem, ob der fragliche Beitrag vom Bund oder von einem Kanton bzw. einer Gemeinde gewährt wird, sind einerseits die allgemeinen Vorschriften für die Gewährung staatlicher Finanzhilfen¹²⁷ und andererseits allfällige besondere bzw. specialgesetzliche Bestimmungen massgeblich.

¹²² Vgl. Art. 25a Abs. 5 KVG.

¹²³ Vgl. Art. 7 Abs. 1 IFEG.

¹²⁴ Vgl. Art. 108^{bis} Abs. 1 lit. e und Abs. 3 IVV.

¹²⁵ Vgl. Art. 3 Abs. 1 lit. b IFEG.

¹²⁶ Vgl. Art. 17 f. ELG.

¹²⁷ Siehe z. B. Bundesgesetz über Finanzhilfen und Abgeltung (Subventionsgesetz, SuG) vom 5. Oktober 1990 (SR 616.1).

B. Beiträge der Kantone

Diverse Kantone fördern die innerfamiliäre Versorgung mit kantonalen Beiträgen. Je nach Kanton weisen diese eine unterschiedliche Rechtsnatur bzw. setzen unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen voraus und bestehen unabhängig oder nur subsidiär zu den vorgenannten Versicherungsleistungen des Bundes¹²⁸.

IV. Herausforderungen und Unklarheiten

Das derzeitige Versorgungs- und Finanzierungssystem ist komplex, heterogen und nicht zukunftstauglich. Nicht nur die Betroffenen, sondern auch Leistungserbringer und Behörden haben in der Praxis grosse Mühe, das derzeitige Versorgungs- und Finanzierungssystem zu verstehen und umzusetzen. Die historisch gewachsenen Versicherungsleistungen decken die verschiedenen Versorgungsbedürfnisse in unterschiedlichem Umfang ab und sind geprägt von der Unterscheidung zwischen Pflege- und Nichtpflegeleistungen¹²⁹.

Tendenziell werden Personen mit erheblichen Versorgungsbedürfnissen – unabhängig davon, ob sie nur die Betreuung oder auch Pflege benötigen – benachteiligt. Das Älterwerden der Baby-Boomer-Generation wird die Problematik verschärfen. Es werden absehbar noch grössere Versorgungsengpässe und Finanzierungslücken auftreten, weshalb das derzeitige Versorgungs- und Finanzierungssystem grundlegend überdacht und reformiert werden müsste.

Innerhalb des aktuellen Versorgungs- und Finanzierungssystems bestehen zahlreiche Herausforderungen und Unklarheiten:

¹²⁸ Vgl. § 24 lit. c SPG AG und § 21 lit. b SPV AG (Pflegeentschädigung in der Höhe der maximalen Waisenrente gemäss AHVG), § 11 SpitexG BS und §§ 6 ff. SpitexVO BS (ab einer Stunde Pflegebedürftigkeit pro Tag, maximal 35 % des Höchstbetrages der AHV-Rente) und Art. 4 HPfIG FR (Pauschalentschädigung von CHF 25.– pro Tag).

¹²⁹ Siehe dazu Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK, Bericht vom 03.04.2025: «Abgrenzung Betreuung - Pflege» (<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte-weiterfuehrende-links?AffairId=20240070> – 06.07.2026).

A. Bedarfsfeststellung

Der Ausgangspunkt der Sicherstellung der von den betroffenen Personen benötigten Betreuung und Pflege ist die Feststellung des Versorgungsbedarfs bzw. der Versorgungsbedürfnisse. Die aktuelle Rechtslage kennt keine umfassende und einheitliche Bedarfsfeststellung bzw. statuiert je nach Finanzierungssystem eine unterschiedliche Feststellung des Bedarfs¹³⁰. Während im obligatorischen Krankenpflegebereich etwa die Leistungserbringer verpflichtet sind, den gesamten Pflegebedarf nach Massgabe eines anerkannten Abklärungsinstruments festzustellen¹³¹, ist im Bereich der Invaliden- und Unfallversicherung der Versicherungsträger dazu gehalten.

Es besteht aber keine Pflicht, den Pflegebedarf nach denselben Vorgaben wie im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzuklären¹³². Die Mehrfachzuständigkeit hat zudem zur Folge, dass sich mehrere Versicherungsträger zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit derselben Problematik beschäftigen, was nicht nachvollziehbar ist und zudem die Gefahr beinhaltet, dass derselbe Bedarf in unterschiedlichem Ausmass festgestellt wird.

Im Kontext mit der Bedarfsfeststellung ist sodann darauf hinzuweisen, dass anerkannte Abklärungsinstrumente im Nichtpflegebereich bzw. Betreuungsbereich fehlen¹³³. Die Invalidenversicherung hat zwar im Zusammenhang mit der Abklärung des Assistenzbedarfs ein eigenes Instrument (FAKT2) geschaffen¹³⁴. Mit diesem wird aber lediglich der versicherte Assistenzbedarf und nicht der gesamte behinderungsbedingte Versorgungsbedarf abgeklärt. Vor diesem Hintergrund besteht letzt-

¹³⁰ Art. 43 ATSG statuiert keine Rechtspflicht, eine bestimmte Methode, genau definierte Verfahren oder Standards für die Abklärung hinsichtlich des individuell-konkreten Pflegebedarfs zu verwenden. Dafür bedürfte es einer spezifischen normativen Vorgabe, die nicht auf dem Weg der Rechtsprechung, sondern durch den zuständigen Verordnungsgeber zu schaffen wäre (BGE 147 V 16 E. 7.4).

¹³¹ Vgl. Art. 8a f. KLV.

¹³² Vgl. BGE 147 V 16 E. 7 und Urteil Bundesgericht 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 5.2.1 und 5.2.4.

¹³³ Siehe dazu Carlo KNÖPFEL/ Marilène ZIPPERER, Fachbeitrag zum Abklärungsinstrument für psychosoziale Betreuung im Alter. Die Einschätzung des individuellen Betreuungsbedarfs und die partizipative Erarbeitung des Betreuungsplans, Muttetz 2024.

¹³⁴ Das standardisierte Abklärungsinstrument FAKT2 ist kein geeignetes Instrument zur Ermittlung des gesamten Hilfebedarfs einer versicherten Person im Bereich Erziehung und Kinderbetreuung (BGE 148 V 408 E. 4.7).

lich keinerlei Garantie, dass die notwendigen Versorgungsbedürfnisse der betroffenen Personen zeitnah und umfassend festgestellt werden.

De lege ferenda ist zu fordern, dass sich ein Versicherungsträger mit der Feststellung der gesundheitsbedingten Versorgungsbedürfnisse befasst und dabei sämtliche Aspekte (Hilfe bei der Ausführung von alltäglichen Lebensverrichtungen, hauswirtschaftliche Hilfe, administrative Hilfe, Pflegeleistungen, Überwachungsleistungen, Sicherstellung einer Rufbereitschaft etc.) abgeklärt werden¹³⁵, um im Anschluss eine Versorgungsplanung vornehmen und die benötigten Versorgungsleistungen finanzieren zu können.

B. Sicherstellung des Zugangs zu Versorgungsleistungen

Wie bereits erwähnt ist das Problem der ungenügenden Verfügbarkeit von Versorgungsleistungen ungelöst. Die betroffene Person ist mitunter für bestimmte Versorgungsleistungen obligatorisch versichert, kann aber darauf effektiv nicht zurückreifen, oder könnte bestimmte Versorgungsleistungen abrufen, diese sind aber nicht versichert. Als Beispiel wurde bereits die Verfügbarkeit von ambulanten Pflegeleistungen erwähnt, welche in der obligatorischen Heilungskostenversicherung umfassend, insbesondere in räumlicher und zeitlicher Hinsicht, versichert, aber je nach Kanton unterschiedlich verfügbar sind.

Aber auch mit Bezug auf Betreuungsleistungen besteht diese Problematik. Beispielsweise im Kontext mit den versicherten Assistenzleistungen, welche nicht zur Verfügung stehen, wenn die betroffene Person keine geeigneten Assistenzpersonen anstellen kann. Ebenso problematisch sind in der Praxis das begleitete und betreute Wohnen, da es sich dabei um Versorgungsleistungen handelt, welche entweder gar

¹³⁵ Siehe z. B. Abklärungsinstrument für die Einschätzung des individuellen Betreuungsbedarfs und die partizipative Erarbeitung des Betreuungsplans (<https://www.gutaltem.ch/publikationen/instrumente/abklarungsinstrument-fur-die-einschatzung-des-individuellen-betreuungsbedarfs-und-die-partizipative-erarbeitung-des-betreuung/> – 06.07.2026).

nicht, nur eingeschränkt und in jedem Fall von den Kantonen nicht einheitlich vorgesehen bzw. finanziert werden¹³⁶.

C. Gleichbehandlung in Bezug auf die Finanzierung identischer Versorgungsbedürfnisse

Sowohl bei den Betreuungs- als auch bei den Pflegeleistungen besteht in Bezug auf identische Versorgungsbedürfnisse keine rechtsgleiche Finanzierung. Im ambulanten Betreuungsbereich wurde bereits erwähnt, dass sich die Hilflosenentschädigungen betraglich voneinander abheben und nur Bezüger einer Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung Anspruch auf einen Assistenzbeitrag und eine Entschädigung für lebenspraktische Begleitung haben¹³⁷.

Aufgrund der derzeitigen Praxis zu Art. 18 UVV sind unfallversicherte Personen mit Bezug auf die ausserhäusliche Betreuung nicht versichert. Gänzlich aussen vor gelassen sind Personen, welche nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters wegen eines Unfalls oder einer Krankheit auf Assistenzleistungen angewiesen sind. Hatten sie nicht bereits vor dem Erreichen des Rentenalters einen Anspruch auf einen Assistenzbeitrag, erhalten sie lediglich die betraglich tiefste Hilflosenentschädigung.

D. Duales Finanzierungssystem

Das derzeitige Finanzierungssystem ist dual aufgebaut. Die versicherte Person und gegebenenfalls versorgende Angehörige erhalten Versicherungsleistungen für die benötigten bzw. erbrachten Versorgungsleistungen. Gleichzeitig gewährt das Gemeinwesen den Leistungserbringern staatliche Finanzleistungen, welche sich letztlich nicht nach den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen der betroffenen Perso-

¹³⁶ Siehe dazu Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Leistungen für Hilfe und Betreuung zu Hause) vom 13. September 2024 = BBl 2024 2448.

¹³⁷ Die Bezügerin einer Hilflosenentschädigung der obligatorischen Unfallversicherung hat keinen Anspruch auf einen Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung (BGE 140 V 113 E. 5-7).

nen richten, insbesondere dann nicht, wenn es sich dabei um blosse Defizitbeiträge handelt.

Die staatlichen Subventionen werden dabei regelmässig ohne klare Leistungsvorgaben gewährt, weshalb das duale Finanzierungssystem von vorneherein nicht gewährleistet, dass die betroffene Person die von ihr benötigten Versorgungsleistungen tatsächlich finanzieren kann. Verschiedene Kantone sind dabei – nicht zuletzt zwecks Umsetzung der Vorgaben der BRK – dazu übergegangen, eine reine Subjektfinanzierung vorzusehen. Der Kanton Zürich hat beispielsweise mit dem Selbstbestimmungsgesetz behinderten Menschen eine Wahlfreiheit mit Bezug auf Beratung, Begleitung und Betreuung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesgestaltung gewährt¹³⁸. Andere Kantone sehen in Ergänzung oder anstelle des invaliden-ersicherungsrechtlichen Assistenzbeitrages eigene Assistenzleistungen vor, so z. B. die Kantone Appenzell Ausserrhoden¹³⁹, Bern¹⁴⁰ und Thurgau¹⁴¹.

Das Nebeneinander von Versicherungsleistungen und staatlichen Subventionen hat sodann zur Folge, dass Koordinationsfragen zu lösen sind, welche sich nicht stellen würden, wenn lediglich Versicherungsleistungen gewährt würden. Gewiss bestehen auch als Folge der heterogenen Sozialversicherungsregelung mannigfaltige Koordinationsfragen, welche nicht nur die Koordination der Geld- und Sachleistungen anbelangt, sondern auch die Abgrenzung zwischen den Pflege- und den Betreuungsleistungen bzw. die Feststellung einer Überentschädigung betreffen.

¹³⁸ Siehe Gesetz über den selbstbestimmten Leistungsbezug durch Menschen mit Behinderung (Selbstbestimmungsgesetz, SLBG) vom 28. Februar 2022.

¹³⁹ Vgl. Verordnung zur Finanzierung von Leistungsangeboten für Menschen mit Behinderung (Behindertenfinanzierungsverordnung; BeFiV) vom 11. Januar 2022 (852.61).

¹⁴⁰ Weiterführend Gesetz über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG) vom 13. Juni 2023 (860.3) und Verordnung über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLV) vom 22.11.2023 (860.31).

¹⁴¹ Siehe dazu Gesetz über die Finanzierung von Leistungen für erwachsene Menschen mit Behinderung (FLEMBG) vom 14. August 2024 und https://sozialamt.tg.ch/public/upload/assets/37925/Konzept_Assistenzbudget_Thurgau_ABTG_Version3_2024.pdf?fp=3 (06.07.2026).

E. De lege ferenda: Einführung einer Pflegeversicherung?

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund dieser Komplexität und mannigfaltigen Problematik haben der Verfasser dieser Zeilen und THOMAS GÄCHTER vor einiger Zeit im Rahmen eines Rechtsgutachtens die Einführung einer eigentlichen Pflegeversicherung gefordert. Nur mit einer grundlegenden Reform des sozialversicherungsrechtlichen Systems kann sichergestellt werden, dass der von den betroffenen Personen benötigte Versorgungsbedarf nach klaren Vorgaben festgestellt wird, eine eigentliche Versorgungsplanung erfolgt und die Finanzierung der benötigten Versorgungseleistungen sichergestellt wird.

Vorgeschlagen wurden zwei Varianten:

Art. 117b BV: Pflegeversicherung (Langfassung)

1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Pflegeversicherung.

2 Er beachtet dabei folgende Grundsätze:

a. Die Pflegeversicherung ist für alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch. Der Gesetzgeber ist befugt, beim Vorliegen besonderer Gründe Personen mit Wohnsitz in der Schweiz von der Versicherungspflicht auszunehmen oder Personen, die ihren schweizerischen Wohnsitz ins Ausland verlegen, weiterhin der Versicherungspflicht zu unterstellen. (Variante: Die Pflegeversicherung kann für alle in der Schweiz wohnhaften Personen für obligatorisch erklärt werden.)

b. Die Pflegeversicherung wird von einem selbstständigen Sozialversicherungsträger oder als besonderer Teil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durchgeführt. (Variante: Die Durchführung der Pflegeversicherung kann einem selbstständigen Sozialversicherungsträger übertragen werden.)

c. Die Pflegeversicherung gewährt der versicherten Person Geld- und Sachleistungen, wenn diese alterungs-, krankheits- oder unfallbedingt hilfsbedürftig wird und als Folge davon überwacht, betreut, gepflegt oder hauswirtschaftlich versorgt wird.

1. Die Geldleistungen bestehen in Vergütungen von Kosten für versicherte Dienstleistungen, die von zugelassenen Pflegedienstleistungsunternehmen, Pflegefachpersonen oder Pflegeheimen entgeltlich erbracht werden, und Entschädigungen für versicherte Dienstleistungen, die von Angehörigen oder von Arbeitnehmern der versicherten Person als Folge ihrer Hilfsbedürftigkeit erbracht werden.

2. Die Sachleistungen bestehen in Hilfsmitteln, Mitteln und Gegenständen, welche die versicherte Person als Folge ihrer Hilfsbedürftigkeit benötigt, und umfassen insbesondere:

- Inkontinenzartikel,
- Verbandsmaterial,
- Stützstrümpfe,
- Transferhilfen,
- Pflegebetten,
- ...

3. Der Gesetzgeber erlässt Vorschriften über die:

- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit,
- Feststellung des Bedarfs an Geld- und Sachleistungen,
- Höhe der Vergütungen von angestellten Hilfspersonen,
- soziale Absicherung von betreuenden und pflegenden Angehörigen,
- Qualitätssicherung.

4. Versicherte Leistungen können ausnahmsweise gewährt werden, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält.

(Variante: Lit. c besteht nur aus dem Text unter lit. c, ohne die detaillierten Aufzählungen in den Ziffern 1–4.)

d. Die versicherten Leistungen sind so auszugestalten, dass die versicherte Person so lange wie möglich zu Hause leben und unabhängig von ihrem Aufenthaltsort zwischen einer ausreichenden Anzahl von Anbietern auswählen kann.

e. Die versicherte Person hat sich nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit an den Vergütungen und Entschädigungen mit höchstens 5000 Franken (Varianten: Höherer oder tieferer Betrag) pro Monat zu beteiligen. Der Höchstbetrag wird periodisch der Teuerung angepasst.

3 Die Versicherung wird finanziert durch:

- a. Beiträge der versicherten Personen und
- b. Mitteln von Bund und Kantonen.

Art. 117b BV: Pflegeversicherung (Kurzfassung)

1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Pflegeversicherung.

2 Die Pflegeversicherung gewährt der versicherten Person Geld- und Sachleistungen, wenn diese alterungs-, krankheits- oder unfallbedingt hilfsbedürftig wird und als Folge davon überwacht, betreut, gepflegt oder hauswirtschaftlich versorgt wird. Die Leistungen sind so auszugestalten, dass die versicherte Person so lange wie möglich zu Hause leben und unabhängig von ihrem Aufenthaltsort zwischen einer ausreichenden Anzahl von Anbietern auswählen kann.

3 Die Versicherung wird finanziert durch:

a. Beiträge der versicherten Personen und

b. Mitteln von Bund und Kantonen.

Die Reformbedürftigkeit des derzeitigen Versorgungs- und Finanzierungssystems der Betreuung und Pflege ist grundsätzlich anerkannt, es fehlt aber an der Bereitschaft, die erforderlichen Reformen durchzuführen. Die Einführung einer eigenständigen Sozialversicherung wäre ein möglicher Ansatz. Daneben wird mitunter die Einführung eines individuellen Betreuungs- und Pflegekapitals angeregt¹⁴². Wie auch immer: Das derzeitige Versorgungs- und Finanzierungssystem in Bezug auf Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit ist zu kompliziert, uneinheitlich, teilweise sogar diskriminierend, und in jedem Fall nicht zukunftstauglich.

¹⁴² Statt vieler Dominique ENGELHART/Martin ELING/Hato SCHMEISER, Die Finanzierung steigender Pflegekosten – Ländervergleich, Reformalternativen und deren politische Umsetzbarkeit für die Schweiz, St. Gallen 2020 (<https://www.iwv.unisg.ch/wp-content/uploads/2023/08/Finanz.Pflegekosten02-2020.pdf> – 06.07.2026).

V. Abbildungen

A. Abbildung 1: Pflegefachpersonen in der Spitex

Personalausstattung in der Pflege

Pflege- und Betreuungspersonal (in VZÄ) pro 100 Patienten/Patientinnen oder pro 1000 Pflegeminuten

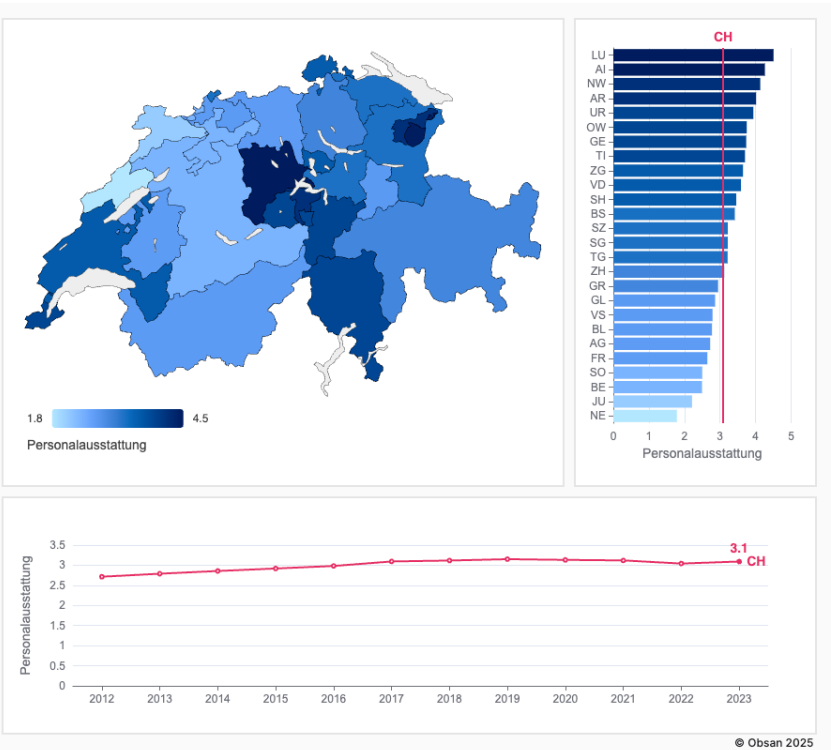
2023

Pro 100 Patienten/Patientinnen

Pro 1000 Pflegeminuten

Spitex

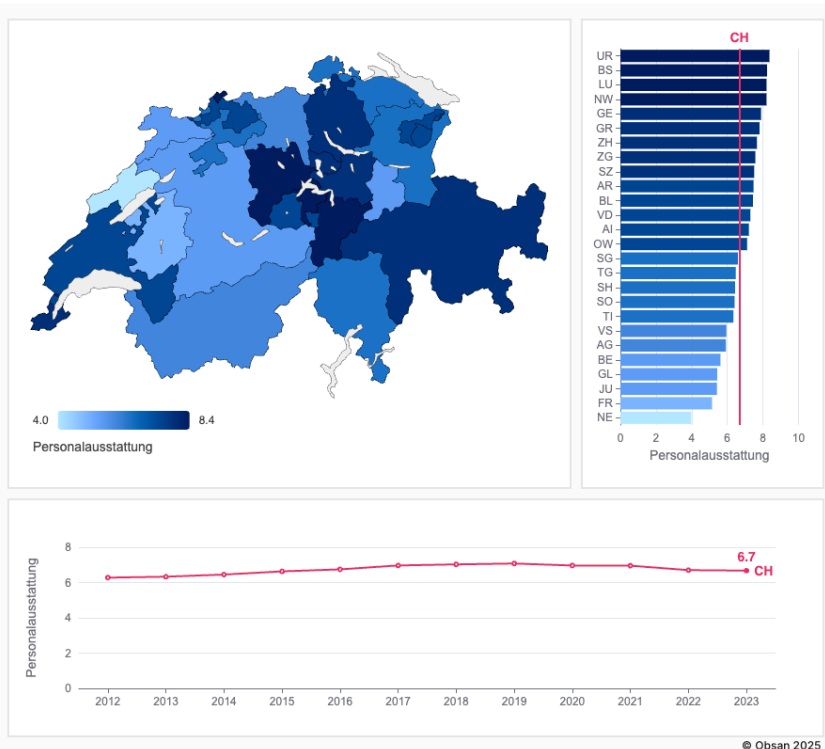
Tertiärstufe



B. Abbildung 2: Pflegepersonen in der Spitex

Personalausstattung in der Pflege

Pflege- und Betreuungspersonal (in VZÄ) pro 100 Patienten/Patientinnen oder pro 1000 Pflegeminuten



Literaturverzeichnis

- Dominique ENGELHART/Martin ELING/Hato SCHMEISER, Die Finanzierung steigender Pflegekosten – Ländervergleich, Reformalternativen und deren politische Umsetzbarkeit für die Schweiz, St. Gallen 2020
- Martina FILIPPO, Die Vergütung von Betreuungsleistungen durch die Sozialversicherungen, in: Pflegerecht – Pflege in Politik, Wissenschaft und Ökonomie 2024/3, S. 114 ff.
- Hardy LANDOLT, Die Pflegeversicherungsleistungen im Überblick, in: HAVE 2011/2, S. 115 ff.
- Hardy LANDOLT, Handbuch Pflegerecht, Zürich/St. Gallen 2023
- Hardy LANDOLT, Pflegefinanzierung in a nutshell, Zürich/St. Gallen 2021
- Hardy LANDOLT, Warum keine integrale Bedarfsfeststellung? in: Pflegerecht – Pflege in Politik, Wissenschaft und Ökonomie 2023/1, S. 48 ff.
- Carlo KNÖPFEL/Marilène ZIPPERER, Fachbeitrag zum Abklärungsinstrument für psychosoziale Betreuung im Alter. Die Einschätzung des individuellen Betreuungsbedarfs und die partizipative Erarbeitung des Betreuungsplans, MuttENZ 2024