

Wissenschaft

## Versicherter und nicht versicherter Versorgungsbedarf



Hardy Landolt, Prof. Dr. iur. LL.M., Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht, Rechtsanwalt und Notar sowie nebenamtlicher Beisitzer des Obergerichts des Fürstentums Liechtenstein, Glarus.

### Inhaltsübersicht

#### I. Einleitung

#### II. Überwachungsbedürftigkeit

#### III. Betreuungsbedürftigkeit

- A. Hilflosigkeit
- B. Lebenspraktische Begleitung
- C. Assistenzbedarf
- D. Nichtmedizinische Hilfe
- E. Hilfe und Betreuung zu Hause

#### IV. Pflegebedürftigkeit

- A. Prioritäre Leistungspflicht der Heilungskostenversicherung
- B. Subsidiäre Leistungspflicht des Ergänzungssystem

#### V. Kritische Würdigung

## I. Einleitung

Die verfassungsmässige Grundrechtsordnung geht von der Idealvorstellung aus, dass eine Person ein selbstbestimmter Selbstversorger sein möchte. Eine selbstbestimmte Selbstversorgung erfordert, dass die Person in der Lage ist, einerseits selbstbestimmt zu handeln und andererseits sich selbst zu versorgen. Eine Selbstbestimmung setzt voraus, dass die Person kognitiv in der Lage ist, eine bestimmte Lebenswirklichkeit erkennen und bewerten zu können, um im Anschluss einen Entscheid zu fällen, wie sie auf diese Lebenswirklichkeit reagiert. Eine Selbstversorgung erfordert schliesslich die Fähigkeit, die für die Umsetzung eines selbstbestimmten persönlichen Lebens erforderlichen Handlungen ausführen zu können.

Sowohl die Fähigkeit zur Selbstbestimmung als auch diejenige zur Selbstversorgung kann durch verschiedene Wechselfälle des Lebens beeinträchtigt werden. Krankheit, Unfall und/oder Alter können gesundheitliche Beeinträchtigungen physischer oder psychischer Natur verursachen, welche ihrerseits das funktionelle Leistungsvermögen der betroffenen Person einschränken können. Im schlimmsten Fall ist die Person gar nicht

Das Dokument "Versicherter und nicht versicherter Versorgungsbedarf" wurde von Hardy Landolt, Landolt Rechtsanwälte, Glarus am 06.07.2026 auf der Website pflegerecht.recht.ch erstellt. | © Staempfli Verlag AG, Bern - 2026

mehr in der Lage, selbstbestimmt zu handeln und sich selbst zu versorgen. Im Regelfall verhält es sich so, dass die Selbstbestimmungs- und/oder die Selbstversorgungsfähigkeit je teilweise eingeschränkt sind. Im typischen Fall des fortgeschrittenen Alters lässt sich ein kontinuierlicher Abbau der Selbstbestimmung und der Selbstversorgung feststellen<sup>1</sup>.

In all den Fällen, in welchen eine Person nur noch eingeschränkt in der Lage ist, sich selbstbestimmt zu versorgen, hat die Rechtsordnung eine Antwort darauf zu geben, welche Schutzmechanismen greifen, damit die verfassungsmässigen Grundrechte der betroffenen Person bestmöglich gewahrt werden können, und wie die spezifischen Versorgungsbedürfnisse hinsichtlich der eingeschränkten Selbstbestimmung und/oder Selbstversorgung abzudecken sind. [Art. 41 Abs. 1 lit. b BV](#) betont 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 sorgen<sup>2</sup>. Diese sozialpolitischen Verpflichtungen werden konkretisiert durch das spezifische Verbot, Personen aufgrund ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung zu diskriminieren<sup>3</sup>.

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 können<sup>4</sup>. Zwecks Umsetzung dieses verfassungsmässigen Ziels haben die Kantone sicherzustellen, dass eine genügende Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen – auch im Hinblick auf den demografisch be-

dingten zunehmenden Bedarf – zur Verfügung steht. Aus diesen Ziel- und Kompetenzbestimmungen können die betroffenen Personen aber keine Leistungsansprüche ableiten<sup>5</sup>.

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 verhindern<sup>6</sup>.

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 festgestellt<sup>7</sup>. 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 selten Gelegenheiten, sich zu den nationalen Systemen der Betreuungs- und Pflegeversorgung zu äussern<sup>8</sup>.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Behindertenrechtskonvention der UNO<sup>9</sup>. Die Schweiz ist seit dem 1.1.2014 auch an diesen internationalen Staatsvertrag gebunden. Die BRK nimmt vielfältig Bezug auf die Versorgungsbedürftigkeit von behinderten Personen und garantiert einerseits eine selbstbestimmte Lebensführung und andererseits die Sicherstellung eines wohnörtlichen Zugangs zu den benötigten Versorgungsleistungen<sup>10</sup>. Da der Behinderungsbegriff der BRK weit gefasst ist<sup>11</sup>, 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 können<sup>12</sup>. 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 25.3.2022 mit «Besorgnis» das Fehlen eines umfassenden Systems zur Bereitstellung von individueller Unterstützung und persönlicher Hilfe für ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft festgestellt<sup>13</sup> und empfohlen, das Konzept der persönlichen Assistenz und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zu stärken, um ihnen ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen<sup>14</sup>.

Der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsordnung kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Der Gesetzgeber hat im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte eine komplexe Leistungsordnung geschaffen, welche sich vielfältig, aber uneinheitlich auf die Einschränkungen der Selbstbestimmung und der Selbstversorgung bezieht. Die geltende Leistungsordnung unterscheidet dabei drei verschiedene Aspekte der Versorgungsbedürftigkeit:

- Überwachungsbedürftigkeit
- Betreuungsbedürftigkeit
- Pflegebedürftigkeit

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit der Frage, inwieweit durch die geltende Leistungsordnung die Versorgungsbedürfnisse der versicherten Personen abgedeckt werden.

## II. Überwachungsbedürftigkeit

Ist die gesundheitlich beeinträchtigte Person noch in der Lage, die für ihre Versorgung notwendigen

Handlungen selber auszuführen, besteht zwar kein aktiver Versorgungsbedarf einer Drittperson. Gleichwohl sind gesundheitlich beeinträchtigte Personen, insbesondere beim Vorliegen von kognitiven oder psychischen Einschränkungen, darauf angewiesen, dass eine Drittperson eine Kontrolle vornimmt, sie anleitet oder in Rufbereitschaft ist, um bei Bedarf einschreiten zu können.

Die sozialversicherungsrechtliche Leistungsordnung anerkennt die Überwachungsbedürftigkeit situativ als Leistungstatbestand. In der Regel wird die Überwachungsbedürftigkeit nicht als eigenständiger Leistungstatbestand, sondern als (zusätzliche) Anspruchsvoraussetzung einer Versicherungsleistung oder als ein akzessorischer Leistungstatbestand verstanden. Ein persönlicher Überwachungsbedarf bzw. ein dauernder persönlicher Überwachungsbedarf ist bei der Bemessung der Hilflosigkeit als ein spezifischer Leistungstatbestand bei einer Betreuungsbedürftigkeit Voraussetzung dafür, dass eine leichte, mittelschwere oder eine schwere Hilflosigkeit vorliegt<sup>15</sup>.

Das Vorhandensein einer derartigen Überwachungsbedürftigkeit ist aber nicht zwingend Voraussetzung für die Annahme einer Hilflosigkeit. Auch eine schwere Hilflosigkeit ist anzunehmen, wenn die betroffene Person pflegebedürftig ist und bei der Ausführung von allen relevanten alltäglichen Lebensverrichtungen Hilfe benötigt<sup>16</sup>. Ebenso wird eine dauernde Überwachungsbedürftigkeit bzw. eine besonders intensive behinderungsbedingte Überwachungsbedürftigkeit beim Intensivpflegezuschlag mit 2 Stunden bzw. 4 Stunden

als Betreuung angerechnet<sup>17</sup>.

Bei der Überwachungsbedürftigkeit handelt es sich dann um einen akzessorischen Leistungstatbestand, wenn diese entweder bei den Pflege- oder den Betreuungsleistungen als ein zusätzlicher Leistungstatbestand qualifiziert wird. So ist beispielsweise die Invalidenversicherung pro Tag für bis zu 16 Stunden leistungspflichtig, wenn der Gesundheitszustand der versicherten Person eine Langzeitüberwachung im Rahmen der Durchführung von Pflegemassnahmen erfordert<sup>18</sup>.

Ebenso ist der Krankenversicherer für Wartezeiten, deren Zweck in der Abwendung eines lebensbedrohlichen Zustandes besteht, vollumfänglich leistungspflichtig, sofern die fraglichen Wartezeiten von einem für Pflegeleistungen zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden. So gilt beispielsweise die nächtliche Überwachung eines Beatmungsgerätes bei einer versicherten Person, welche an einem Undine-Syndrom leidet, als Pflegeleistung im Sinne von [Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 9 KLV](#)<sup>19</sup>.

Einen selbstständigen Leistungstatbestand stellt die Überwachungsbedürftigkeit nur ausnahmsweise dar. Die Überwachung während des Tages und gegebenenfalls ein Nachtdienst sind (auch) als versicherter Assistenzbedarf anerkannt<sup>20</sup>. Gemäss dem einschlägigen Kreisschreiben ist der beim Assistenzbeitrag eigenständig versicherte Überwachungsbedarf mit dem hilflosenversicherungsrechtlichen Überwachungsbedarf identisch<sup>21</sup>.

Wurde der Überwachungsbedarf während des Tages im Rahmen der Abklärung der Hilflosigkeit nicht festgestellt, ist eine vorgängige Abklärung erforderlich. Ebenso kann nur eine über die direkte oder indirekte Hilfe in einem anderen Assistenzbereich hinausgehende Überwachungsbedürftigkeit berücksichtigt werden<sup>22</sup>. Reine Präsenzzeiten oder passive Überwachungszeiten, während welcher keine Interventionen erforderlich sind, sind nicht versichert<sup>23</sup>.

Die Anerkennung einer Überwachung während der Nacht, sogenannter Nachtdienst, setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Aus dem Arztzeugnis muss hervorgehen, weshalb eine Nachtpräsenz nötig ist, z.B. wegen gesundheitlichen Folgeschäden oder psychischer Notwendigkeit. Zudem sind mögliche und zumutbare Alternativen, beispielsweise die Verwendung eines Antidekubitusbettes, vorgängig zu ergreifen<sup>24</sup>. Je nach der Intensität des Nachtdienstes wird dieser in eine von vier Stufen eingeteilt. Benötigt die versicherte Person ausnahmsweise den Nachtdienst nicht, können die nicht in Anspruch genommenen Nächte in Tagesstunden umgerechnet werden<sup>25</sup>.

## III. Betreuungsbedürftigkeit

### A. Hilflosigkeit

Ist die versicherte Person nicht mehr in der Lage, die für ihre Versorgung benötigten Handlungen selber auszuführen, sind diese durch eine Drittperson auszuführen. Gemäss [Art. 9 ATSG](#) gilt eine Person als hilflos, wenn sie wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung dauernder Hilfe Dritter bedarf. Das Erfordernis der dauernden Hilfsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die versicherte Person regelmässig

in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist<sup>26</sup>.

Anerkannt ist dabei nicht nur die direkte, sondern auch die indirekte Dritthilfe, welche eine Anleitung zur oder eine Kontrolle nach der selbstständigen Ausführung von alltäglichen Lebensverrichtungen durch die versicherte

Person beinhaltet. Praxisgemäss wird die direkte oder indirekte Dritthilfe aber nur anerkannt, wenn sie sich auf eine der nachfolgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen bezieht:

- An- und Auskleiden
- Aufstehen, Absitzen, Abliegen
- Essen
- Körperpflege
- Notdurft
- Fortbewegung (in der Wohnung, im Freien) und Pflege gesellschaftlicher Kontakte.

Liegt eine Hilflosigkeit vor, erhält die versicherte Person, je nach dem für sie zuständigen Sozialversicherungsträger, eine Hilflosenentschädigung. Die Hilflosenentschädigung stellt eine pauschale Geldleistung dar, welche je nach dem Grad der Hilflosigkeit (leicht, mittelschwer, schwer) abgestuft ist. Betagte Personen erhalten nur die Hälfte der Hilflosenentschädigung, die invalide Personen erhalten, wenn sie nach dem Erreichen des Pensionierungsalters hilfsbedürftig werden<sup>27</sup>.

Die Höhe des Beitrages ist regelmässig nicht ausreichend, um die tatsächlichen Kosten der benötigten Hilfe bezahlen zu können. Entsprechend sind sowohl versicherte Personen, bei denen kein dauernder Hilfsbedarf bzw. ein Hilfsbedarf in Bezug auf nicht anerkannte alltägliche Lebensverrichtungen vorliegt, als auch versicherte Personen mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung auf zusätzliche finanzielle Unterstützung angewiesen, wenn sie ein selbstbestimmtes Leben führen möchten.

## B. Lebenspraktische Begleitung

Der Gesetzgeber hat 2004 in Ergänzung zur Hilflosenentschädigung zusätzliche Versicherungsleistungen eingeführt. Als hilflos werden im Geltungsbereich der Invalidenversicherung auch volljährige Personen anerkannt, welche zu Hause leben und wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen dauernd auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen sind<sup>28</sup>. Liegt ausschliesslich eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit vor, so gilt die Person nur als hilflos, wenn sie Anspruch auf eine Rente hat. Ist die versicherte Person auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, wird der diesbezügliche Begleitungsbedarf als leichte Hilflosigkeit anerkannt<sup>29</sup>.

Ein Bedarf von lebenspraktischer Begleitung liegt vor, wenn die versicherte Person ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann, für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist oder ernsthaft gefährdet ist, sich zu isolieren<sup>30</sup>. Zu berücksichtigen ist aber lediglich eine regelmässige lebenspraktische Begleitung. Nicht darunter fallen insbesondere Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten im Rahmen von erwachsenenschutzrechtlichen Massnahmen<sup>31</sup>.

Versicherte Personen, welche eine Hilflosenentschädigung gemäss dem UVG oder dem AHVG erhalten, können keinen (zusätzlichen) Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades der Invalidenversicherung geltend machen. Die Vorenthaltung der Entschädigung für lebenspraktische Begleitung ist in diesen Fällen weder gesetzes- noch verfassungswidrig<sup>32</sup>.

## C. Assistenzbedarf

Im Jahr 2012 wurde ebenfalls nur für versicherte Personen mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung ein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag eingeführt<sup>33</sup>. Der Assistenzbeitrag besteht in einem bedarfsabhängigen Budget, das für die Anstellung von anerkannten Assistenzpersonen durch die versicherte Person verwendet werden kann. Der Ausschluss der versicherten Personen mit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung gemäss UVG oder AHVG stellt nach der Auffassung des Bundesgerichts ebenfalls keine

Diskriminierung dar. 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 vorsehe<sup>34</sup>.

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person zu Hause lebt und volljährig ist<sup>35</sup>. Minderjährige Personen haben nur ausnahmsweise Anspruch auf einen Assistenzbeitrag<sup>36</sup>. Der Zweck des Assistenzbeitrags besteht darin, versicherten Personen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Der Gesetzgeber hat diesbezüglich den Bundesrat ermächtigt, die Voraussetzungen festzulegen, unter denen Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit einen Assistenzbeitrag erhalten<sup>37</sup>.

Gemäss [Art. 39b IVV](#) sind versicherte Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit anspruchsberechtigt, wenn sie einen eigenen Haushalt führen, regelmässig eine Berufsausbildung im ersten Arbeitsmarkt oder eine Ausbildung auf der Sekundarstufe II oder der Tertiärstufe absolvieren, während mindestens 10 Stunden pro Woche einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachgehen oder bei Eintritt der Volljährigkeit bereits einen Assistenzbeitrag bezogen haben.

Als Assistenzbedarf gilt der direkte oder indirekte Hilfsbedarf in den folgenden Bereichen:

- alltägliche Lebensverrichtungen,
- Haushaltsführung,
- gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung,
- Erziehung und Kinderbetreuung,
- Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit,
- berufliche Aus- und Weiterbildung,
- Ausübung einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt,
- Überwachung während des Tages,
- Nachtdienst.

Anrechenbar ist maximal ein Hilfsbedarf von insgesamt 420 Stunden pro Monat. Im Bereich der alltäglichen Verrichtungen können dabei maximal 240 Stunden pro Monat berücksichtigt werden. Für andere Hilfeleistungen sind maximal 60 Stunden pro Monat bzw. für die tägliche Überwachung maximal 120 Stunden pro Monat anerkannt<sup>38</sup>. Vom Assistenzbedarf in Abzug gebracht werden einerseits die Hilflosenentschädigung und Dienstleistungen Dritter sowie die vom Krankenversicherer vergüteten Grundpflegestunden<sup>39</sup> sowie die Beiträge an die Langzeitüberwachung<sup>40</sup>.

Der Bundesrat beabsichtigt, im Rahmen der anstehenden Revision des Behindertengleichstellungsgesetzes und als Antwort auf die «Inklusions-Initiative» einen indirekten Gegenvorschlag zu machen. Ein Teil des indirekten Gegenvorschlags beinhaltet eine Revision der Versicherungsleistungen in der Invalidenversicherung. Es soll nicht nur der Anspruch auf Hilfsmittel, sondern auch derjenige auf den Assistenzbeitrag ausgebaut werden. Zudem sollen Leistungen eingeführt werden, um das selbstständige Wohnen von Menschen mit Behinderungen zu fördern<sup>41</sup>.

In dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Bundesgesetz über die Inklusion von Menschen mit Behinderungen wird in Art. 4 eine Verpflichtung des Bundes und der Kantone festgehalten, die freie Wahl der Wohnformen zu gewährleisten. Zudem sollen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten die erforderlichen Leistungen für ein selbstbestimmtes Wohnen, einschliesslich der persönlichen Assistenz,

bereitstellen. Im Rahmen der ebenfalls beabsichtigten Revision des IVG soll ein neuer Art. 68<sup>quater</sup> eingeführt werden, welcher es dem BSV erlaubt, zur Förderung der eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung Pilotversuche einzuleiten oder zu bewilligen<sup>42</sup>.

## D. Nichtmedizinische Hilfe

Der Unfallversicherer übernimmt seit 2017 nicht nur die Kosten für die Pflegeleistungen<sup>43</sup>, sondern gewährt der versicherten Person auch einen Beitrag für nicht medizinische Hilfe zu Hause, sofern und soweit diese nicht bereits durch die Hilflosenentschädigung abgegolten ist<sup>44</sup>. Da die Pflegetarifverträge der MTK<sup>45</sup> analog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Leistungspflicht für Grundpflegeleistungen vorsehen, handelt es sich bei der nichtmedizinischen Hilfe um die unfallbedingte Betreuung, welche die versicherte Person zusätzlich zur Pflege benötigt.

Gemäss der Auffassung des Bundesgerichts sind als nichtmedizinische Hilfeleistungen unfallbedingt notwendige Versorgungsleistungen im wohnörtli-

chen Umfeld der versicherten Person zu verstehen, welche zusätzlich zu den Pflegeleistungen benötigt werden<sup>46</sup>. Dieses enge Verständnis ist zu kritisieren, nicht zuletzt im Hinblick auf die staatsvertragliche Verpflichtung, eine selbstbestimmte Lebensführung (auch ausserhalb des Zuhauses) zu garantieren. Ebenfalls sollten auch versicherte Personen gemäss dem UVG über einen mit dem Assistenzbeitrag gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.

## E. Hilfe und Betreuung zu Hause

Die vorerwähnten spezifischen Versicherungsleistungen decken die Betreuungsbedürftigkeit nur teilweise ab. Damit die betroffene Person, wenn sie nicht über eigene finanzielle Mittel verfügt, nicht sozialhilfebedürftig wird, sieht [Art. 14 Abs. 1 ELG](#) eine Vergütung für ungedeckte Krankheits- und Behinderungskosten vor. Die Kantone sind unter anderem verpflichtet, den Bezügen einer jährlichen Ergänzungsleistung die ausgewiesenen, durch die Hilflosenentschädigung und den Assistenzbeitrag der AHV oder der IV nicht gedeckten Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen zu vergüten<sup>47</sup>.

Die Kantone sind berechtigt, die vergütungsfähigen Betreuungskosten festzulegen, dürfen aber die in [Art. 14 Abs. 3 ELG](#) festgelegten Beträge nicht unterschreiten. Die Kantone haben die vergütungsfähigen Betreuungskosten sehr unterschiedlich konkretisiert. Eine heterogene Regelung besteht insbesondere auch in Bezug auf das begleitete und betreute Wohnen, welches der Bund durch invalidenversicherungsrechtliche Beiträge fördert<sup>48</sup>. Es fehlt dementsprechend an einem gesamtschweizerischen Konzept, wie die gesundheitsbedingt benötigte Betreuung sichergestellt und finanziert werden soll.

Das Parlament hat mit Änderung vom 20.6.2025 eine Konkretisierung der Betreuungsleistungen im Sinne von [Art. 14 Abs. 1 lit. b ELG](#) beschlossen<sup>49</sup>. Gemäss dem neu vorgesehenen [Art. 14a Abs. 1 ELG](#) umfassen die Betreuungsleistungen insbesondere ein Notrufsystem, Hilfe im Haushalt, Mahlzeitenangebote sowie Begleit- und Fahrdienste. Der Anspruch auf diese Leistungen besteht unabhängig vom Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, welche der Kanton nicht von der Vergütung in Abzug bringen darf ([Art. 14a Abs. 3 ELG](#)). Für die neu eingeführten Leistungen können die Kantone eine Pauschale vorsehen, welche aber den Betrag von CHF 11160.– nicht unterschreiten darf.

## IV. Pflegebedürftigkeit

### A. Prioritäre Leistungspflicht der Heilungskostenversicherung

Benötigt eine versicherte Person wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen Pflegeleistungen, werden diese von der Heilungskostenversicherung übernommen. Da keine einheitliche Heilungskostenversicherung besteht, richtet sich die Zuständigkeit des Pflegeversicherungsträgers gemäss der Prioritätenregelung gemäss [Art. 64 Abs. 2 ATSG](#). Danach trägt der Krankenversicherer entweder eine Vorleistungspflicht oder ist beim Vorhandensein eines prioritär leistungspflichtigen Versicherungsträgers subsidiär leistungspflichtig<sup>50</sup>.

Besteht bei der versicherten Person ein anerkanntes Geburtsgebrechen und ist dieses die Ursache für die Pflegebedürftigkeit, ist die Invalidenversicherung leistungspflichtig. Bei versicherten Personen, die unter das UVG fallen, hat der Unfallversicherungsträger für die benötigte Pflege in natura aufzukommen oder die Kosten von externen Pflegedienstleistungserbringern zu vergüten<sup>51</sup>. Für alle anderen versicherten Personen ist der Krankenversicherungsträger für die Pflegeleistungen zuständig, hat aber im Gegensatz zu den anderen Pflegeversicherungsträgern seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung lediglich einen Beitrag an die Pflegekosten zu leisten.

Im Geltungsbereich der Unfall- und Krankenversicherung umfasst die Leistungspflicht sowohl die Behandlungs- als auch die Grundpflege. Die Invalidenversicherung hat demgegenüber nur für die Behandlungspflege, nicht aber für die Grundpflege aufzukommen<sup>52</sup>. In der Praxis erweist sich die fehlende Deckung für Grundpflegeleistungen als Erschwernis, da die zugelassenen Pflegedienstleistungserbringer, insbesondere die Kinderspitem, eine doppelte Abrechnung mit der Invalidenversicherung und der Krankenversicherung vorzunehmen haben, wenn sie sowohl Behandlungs- als auch Grundpflege erbringen.

Während der Umfang der versicherten Behandlungspflege abschliessend geregelt ist<sup>53</sup>, besteht in Bezug auf den Umfang der versicherten somatischen

Grundpflege keine abschliessende Regelung. Beispielhaft erwähnt werden unter anderem<sup>54</sup>:

- 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.

Das Bundesgericht betont diesbezüglich, dass die versicherte Grundpflege ausschliesslich Dienstleistungen, nicht aber Sachleistungen bzw. eine Sachhilfe umfasst und von der nicht versicherten Personenhilfe abzugrenzen ist. 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 Trinken<sup>55</sup>, Besorgen der Wäsche und andere ähnliche Verrichtungen, welche nicht auf der Liste der Grundpflegeleistungen stehen, welche die obligatorische Pflegeversicherung vergüten muss<sup>56</sup>. Die Begleitung der pflegebedürftigen Person vom Schlafzimmer zum Esssaal stellt ebenfalls keine Grundpflegemassnahme dar<sup>57</sup>.

Die Hilfe beim Essen und Trinken kann kontextabhängig eine Grundpflegeleistung sein<sup>58</sup>. 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 qualifizieren<sup>59</sup>.

In einem neueren Grundsatzentscheid hat das Bundesgericht klargestellt, dass trotz der Unklarheit der Abgrenzung der Betreuungs- von der Pflegebedürftigkeit die Hilfen- nicht (mehr) an die Grundpflegeentschädigung angerechnet werden dürfe<sup>60</sup>. Diese Klarstellung ist zu begrüßen, ändert aber an der Abgrenzungproblematik nichts, welche insbesondere in Bezug auf die psychiatrische bzw. psychogeriatrische Grundpflege besteht<sup>61</sup>.

## B. Subsidiäre Leistungspflicht des Ergänzungsleistungssystems

Die von der Heilungskostenversicherung bzw. im Rahmen der subsidiären Leistungspflicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Pflegekosten sind gegebenenfalls durch das Ergänzungsleistungssystem zu tragen. Das ELG unterscheidet dabei, ob die pflegebedürftige Person sich in einem Pflegeheim befindet oder zu Hause gepflegt wird.

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Pflegeheim erhält die versicherte Person eine Pflorgetaxe im Rahmen der jährlichen Ergänzungsleistungen, welche mindestens so hoch sein muss, dass eine Sozialhilfebedürftigkeit ausgeschlossen wird<sup>62</sup>. Die pflegebedürftigen Personen, welche sich nicht in einem Pflegeheim befinden, können ungedeckte Pflegekosten im Rahmen der Vergütung gemäss [Art. 14 Abs. 1 lit. b ELG](#) gegenüber der Ergänzungsleistungsbehörde geltend machen. Das Ergänzungsleistungssystem sieht sich insoweit mit der doppelten Rolle konfrontiert, sowohl eine subsidiäre Betreuungs- als auch eine Pflegeversicherung zu sein.

## V. Kritische Würdigung

Der Gesetzgeber hat ein historisch gewachsenes, sehr heterogenes Sozialversicherungssystem in Bezug auf Versorgungsbedürfnisse geschaffen. Die gesetzlichen Versicherungsleistungen sind grundsätzlich darauf ausgerichtet, beim Eintritt eines spezifischen Versorgungsbedarfs die von der betroffenen Person benötigten Dienstleistungen zu finanzieren, nicht

aber den Eintritt einer Versorgungsbedürftigkeit zu verhindern. Entsprechend wäre de lege ferenda auch eine

Prävention, insbesondere präventive Hausbesuche, zu fordern, um neu auftretende Versorgungsbedürfnisse sowie eine stationäre Versorgung zu verhindern oder zumindest zu verzögern.

Die gesetzlichen Versicherungsleistungen setzen erst dann ein, wenn bei der versicherten Person bereits eine gesteigerte Versorgungsbedürftigkeit besteht. Überwachungsleistungen für betroffene Personen werden erst dann finanziert, wenn die Hilfsperson sich regelmässig in der Nähe der betroffenen Person befinden muss. Eine geringere Überwachungsbedürftigkeit ist nicht versichert, obwohl Kontrollbesuche oder frühzeitige Anleitungen vor dem Hintergrund der Prävention wünschenswert wären.

Sobald die betroffene Person aktiv auszuführende Versorgungsleistungen benötigt, unterscheidet die geltende Regelung strikt zwischen Pflegeleistungen und den übrigen Versorgungsleistungen und bezeichnet Letztere mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten (Assistenzbedarf, Hilflosigkeit, lebenspraktische Begleitung, nichtmedizinische Hilfe etc.). Da der Grundpflegebegriff seinerseits nur beispielhaft umschrieben wird, ist die Abgrenzung zwischen der Pflege der Betreuung eine besondere Herausforderung an die Praxis. Es ist offensichtlich, dass dieses babylonische Sprachengewirr nicht geeignet ist, zwischen der Pflege und der Betreuung eine klare Unterscheidung vorzunehmen, sofern eine solche überhaupt sinnvoll ist.

Ebenfalls ist zu konstatieren, dass die versicherten Versorgungsleistungen nicht (alle) individuellen Versorgungsbedürfnisse abdecken. Vollständig gedeckt ist der Pflegebedarf, während der Betreuungsbedarf mitunter gar nicht oder nur eingeschränkt versichert ist. Diverse Lebensbereiche, so z.B. der Bereich der administrativen Betreuung, der hauswirtschaftliche Bereich, der Freizeitbereich oder der Aussenbereich (Begleitung, Hilfe am Arbeitsplatz), sind gar nicht oder nur ungenügend versichert. De lege ferenda ist zu fordern, dass die versorgungsbedürftige Person ein Budget erhält, mit welchem sie ihre spezifischen Versorgungsbedürfnisse abdecken und finanzieren kann.

Die geltende Leistungsordnung ist sodann von verschiedenen Gegensätzlichkeiten geprägt. Die Versicherungsleistungen sind primär auf die Versorgung eines physisch bedingten Versorgungsbedarfs ausgerichtet. Die psychisch bedingten Versorgungsbedürfnisse sind unzureichend abgedeckt. Dies äussert sich beispielsweise beim Begriff der Hilflosigkeit oder im Zusammenhang mit der Nichtberücksichtigung der psychiatrischen Grundpflege beim Assistenzbedarf.

Ebenso werden die versicherten Personen, obwohl sie über dieselben oder gleichwertige Versorgungsbedürfnisse verfügen, ungleich behandelt. Eine derartige unterschiedliche Leistungsordnung besteht nicht nur beim Assistenzbeitrag, sondern auch bei der Entschädigung für lebenspraktische Begleitung. Eine ungleiche Behandlung liegt auch bei der Hilflofenentschädigung insoweit vor, als unterschiedlich hohe Pauschalbeträge vergütet werden, je nachdem, welcher Versicherungsträger leistungspflichtig ist.

Sodann ist das derzeitige Sicherungssystem geprägt von einer zu starren Unterscheidung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Während im ambulanten Bereich Versicherungsleistungen gewährt werden, wird der stationäre Bereich zu einem wesentlichen Teil mit staatlichen Subventionen (mit)finanziert. Die betroffene Person wird, insbesondere wenn sie nicht auf die benötigten ambulanten Versorgungsleistungen zurückgreifen kann, faktisch gezwungen, sich in eine stationäre Einrichtung zu begeben. Misch- oder Übergangsformen, beispielsweise das begleitete oder betreute Wohnen, sind ein systemischer Fremdkörper.

Das Nebeneinander von verschiedenen Sicherungssystemen sowohl bei der Pflege als auch bei der Betreuung ist nicht sinnvoll. Einerseits sind verschiedene Versicherungsträger für dieselben Versorgungsbedürfnisse unter jeweils anderen Aspekten zuständig. Andererseits führt die Kaskadenordnung dazu, dass die prioritär leistungspflichtigen Systeme einen Anreiz haben, Betreuungs- und Pflegekosten auf die subsidiär anwendbaren Systeme zu verlagern. Nicht zuletzt im Hinblick auf die demografischen Veränderungen, welche sich ab 2030 einstellen, sind Zweifel angebracht, ob das Ergänzungsleistungssystem, welches letztlich eine Ausfinanzierung der durch andere Sozialversicherungssysteme nicht gedeckten Kosten zwecks Vermeidung einer

Sozialhilfebedürftigkeit vorzunehmen hat, dazu in der Lage ist.

- 
- 1 Siehe dazu z. B. das Phasenmodell der Paul Schiller Stiftung  
»[https://www.gutaltern.ch/site/assets/files/2119/pss\\_impulspapier\\_handlungsfelder\\_betreuung\\_im\\_alter\\_<\\_april2021\\_3-1.pdf](https://www.gutaltern.ch/site/assets/files/2119/pss_impulspapier_handlungsfelder_betreuung_im_alter_<_april2021_3-1.pdf) (6.1.2026).
- 2 Vgl. [Art. 112c Abs. 1 BV](#).
- 3 Vgl. [Art. 8 Abs. 2 BV](#).
- 4 Vgl. [Art. 117b Abs. 1 BV](#).
- 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\\_<](https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/FS_Elderly_DEU_<) und  
»[https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/fs\\_disabled\\_eng\\_<](https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/fs_disabled_eng_<) (6.1.2026).
- 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](#)).
- 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 13.4.2022, S. 10, Rz. 39.
- 14 Ibid. S. 11, Rz. 40.
- 15 Siehe Art. [37 Abs. 1](#), Art. [37 Abs. 2 lit. b](#) und Art. [37 Abs. 3 lit. b](#) IVV.
- 16 Vgl. [Art. 37 Abs. 1 IVV](#).
- 17 Vgl. [Art. 39 Abs. 3 IVV](#).
- 18 Vgl. [Art. 3<sup>quingies</sup> Abs. 3 IVV](#).
- 19 Vgl. [BGE 142 V 144](#) E. 5.2.
- 20 Vgl. [Art. 39c lit. h und i IVV](#).
- 21 Vgl. KSAB Rz. 4061 1/15.
- 22 Vgl. KSAB Rz. 4062 1/22.
- 23 Vgl. KSAB Rz. 4068.
- 24 Vgl. KSAB Rz. 4072 1/19.
- 25 Vgl. KSAB Rz. 4077.1 1/22.
- 26 Vgl. [Art. 37 IVV](#).
- 27 Siehe dazu die Tabelle infra Rz. 71.
- 28 Vgl. [Art. 42 Abs. 3 IVG](#).
- 29 Vgl. [Art. 42 Abs. 3 IVG](#).
- 30 Vgl. [Art. 38 Abs. 1 IVV](#).
- 31 Vgl. [Art. 38 Abs. 3 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 Hilflosenentschädigung leichten Grades wegen des Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung der Invalidenversicherung erfolgen ([BGE 150 V 334](#) E. 3–6).

- 33 Vgl. [Art. 42<sup>quater</sup> ff. IVG](#).
- 34 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.
- 35 Vgl. [Art. 42<sup>quater</sup> Abs. 1 IVG](#).
- 36 Siehe [Art. 39a IVV](#).
- 37 Vgl. [Art. 42<sup>quater</sup> Abs. 2 IVG](#).
- 38 Vgl. [Art. 39e Abs. 2 IVV](#).
- 39 Vgl. [Art. 42<sup>sexies</sup> Abs. 1 lit. a–c IVG](#).
- 40 Vgl. [Art. 39e Abs. 5 IVV](#).
- 41 Vgl. [https://fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2024/104/cons\\_1](https://fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2024/104/cons_1) (6.1.2026).
- 42 Vgl. <https://www.ebgb.admin.ch/de/gegenvorschlag-zur-inklusionsinitiative> (6.1.2026).
- 43 Vgl. [Art. 18 Abs. 1](#) und [Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV](#).
- 44 Vgl. [Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV](#).
- 45 Siehe <https://www.mtk-ctm.ch/tarife/spitex> und <https://www.mtk-ctm.ch/tarife/pflegfachpersonen> (6.1.2026).
- 46 Vgl. [BGE 148 V 28 ff.](#)
- 47 Vgl. [Art. 14 Abs. 1 lit. b](#) und [Art. 14 Abs. 4 ELG](#).
- 48 Vgl. [Art. 108<sup>bis</sup> Abs. 1 lit. e](#) und [Abs. 3 IVV](#) sowie [Art. 3 Abs. 1 lit. b IFEG](#)
- 49 [BBl 2025 2039](#).
- 50 Vgl. [Art. 64 Abs. 2 lit. d](#) und [Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG](#).
- 51 Vgl. [Art. 18 Abs. 1](#) und [Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV](#).
- 52 Vgl. [Art. 1 Abs. 1 Verordnung des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen vom 3. November 2021](#).
- 53 Vgl. [Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV](#).
- 54 Vgl. [Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV](#)
- 55 Vgl. Entscheid Bundesrat vom 9. März 1998 = RKUV 1998 KV Nr. 28 S. 180 E. II.
- 56 Vgl. [BGE 136 V 172](#) E. 5.3.2.
- 57 Ibid.
- 58 Vgl. [Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV](#)
- 59 Vgl. Urteil Bundesgericht [9C\\_528/2012](#) vom 20. Juni 2013 E. 5.4.3.
- 60 Vgl. [BGE 151 V 1 ff.](#)
- 61 Siehe dazu den separaten Beitrag in diesem Heft.
- 62 Vgl. [Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG](#)