

Die Pflegeversicherungsleistungen im Überblick

Hardy Landolt*

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich historisch gewachsen ein unübersichtliches duales System der Pflege- und Betreuungskostenfinanzierung entwickelt. Bund und Kantone sehen einerseits eine Objektfinanzierung (Subventionierung) von Heimen, Behinderteneinrichtungen und Hilfsorganisationen vor; diese wurde mit Inkrafttreten des «Neuen Finanzausgleichs» per 1. Januar 2008 und der «Neuen Pflegefinanzierung» per 1. Januar 2011 weitgehend kantonalisiert. Neu sind die Kantone für die Subventionierung von Alters- und Pflegeheimen sowie Behinderteneinrichtungen allein zuständig. Im Rahmen der Subjektfinanzierung (Versicherungs- und Entschädigungsleistungen) sehen Bund und Kantone zahlreiche Vergütungen für Betreuungs- und Pflegeleistungen vor. Diese werden im vorliegenden Beitrag überblicksweise dargestellt.

Au cours des décennies passées le financement des frais de soins et d'assistance s'est développé dans le cadre d'un système dual et peu transparent. D'une part, la confédération et les cantons prévoient le subventionnement des homes, des institutions pour handicapés et des organisations d'aide, subventionnement qui a été largement cantonalisé par l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2008 de la nouvelle péréquation financière et au 1^{er} janvier 2011 par le financement nouveau des frais de soins. Désormais les cantons sont seuls compétents pour le subventionnement des maisons de retraite, des homes médicalisés ainsi que des institutions pour handicapés. D'autre part, la confédération et les cantons versent de nombreuses indemnités pour les prestations d'assistance et de soins sous la forme de prestations d'assurance ou de prestations à caractère indemnitaire. La présente contribution donne un aperçu de ces dernières.

I. Einleitung

Alter, Krankheit und Unfall können eine dauernde oder vorübergehende Pflegebedürftigkeit zur Folge haben. Eine Pflegebedürftigkeit ist mit einem teilweisen oder vollständigen *Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit*, d.h. der Fähigkeit, alltägliche Lebensverrichtungen selbständig auszuführen (Hilflosigkeit, Grundpflegebedarf), verbunden. Besteht als Folge der zu Grunde liegenden Krankheit oder der Unfallfolgen zudem eine *Behandlungsbedürftigkeit*, so ergibt sich ein zusätzlicher Behandlungspflegebedarf¹.

Das Risiko «Pflegebedürftigkeit» stellt ein *Sonderisiko* dar: Es tritt relativ selten ein, ereignet es sich aber, ist es mit hohen Kosten verbunden. Die *Risikowahrscheinlichkeit* hängt von den Ursachen ab. Krankheit und Unfall führen äusserst selten zu einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit, während eine altersbedingte Pflegebedürftigkeit bei Kindern bis zu einem bestimmten Alter immer besteht und bei älteren Personen ab dem 75. Altersjahr stetig zunimmt². Der *kontinuier-*

liche Anstieg der Lebenserwartung, die veränderten Sozialstrukturen und die medizinischen Fortschritte tragen dazu bei, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahrzehnten steigen wird³.

Die *Versorgung der Pflegebedürftigen* durch professionelle Fachkräfte ist allerdings *nicht sichergestellt*. Im Jahr 2009 wurden nur zwei Drittel der benötigten Pflegefachkräfte bzw. 2400 Pflegefachkräfte zuwenig ausgebildet⁴. Die Prognosen gehen davon aus, dass bis 2020 rund 25 000 zusätzliche Pflegefachkräfte notwendig werden⁵. Das Phänomen «Pflegebedürftigkeit» und damit auch die Frage, wie die Pflegekosten finanziert werden sollen, wird sich daher im Verlauf der nächsten Jahre zu einem *zentralen gesellschaftlichen Problem* entwickeln. Entsprechend anspruchsvoll gestaltet sich die Abgeltung des Betreuungs- und Pflegeschadens in haftpflicht- und versicherungsrechtlicher Hinsicht⁶.

die Hinweise bei LANDOLT HARDY, *Pflegerecht*. Band I: Grundlagen des Pflegerechts, Bern 2001, N 10 ff. und 104 ff.

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

¹ Vgl. dazu Art. 7 KLV, der zwischen Behandlungs- und Grundpflege unterscheidet.

² Vgl. z.B. SCHÖN-BÜHLMANN JACQUELINE, *Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten*, in: CHSS 2005/5, 274 ff., und

³ Siehe HÖPFLINGER FRANÇOIS/HUGENTOBLER VALÉRIE, *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*, Bern 2003.

⁴ Vgl. SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTOREN (GDK), *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*, Bern 2009.

⁵ Vgl. SCHWEIZERISCHES GESUNDHEITSOBSERVATORIUM (OBSAN), *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020*, Neuenburg 2009.

⁶ Siehe in Bezug auf den Besuchsschaden den unlängst in HAVE 2011/1, 3 ff. erschienen Beitrag.

II. Grundlagen des Pflegekostenersatzrechts

Für pflegebedürftige Personen von vorrangiger Bedeutung sind die *Versorgungssicherheit* und die *Absicherung gegen hohe Pflegekosten*. Das Gesundheitswesen, insbesondere die Versorgung der Bevölkerung, fällt traditionsgemäss in die Kompetenz der Kantone. Die Bundesverfassung hält lediglich in Art. 41 Abs. 1 lit. b fest, dass sich Bund und Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür einzusetzen haben, dass jede Person *die für ihre Gesundheit notwendige Pflege* erhält. Bei dieser Bestimmung handelt es sich nach dem klaren Wortlaut und ihrer systematischen Stellung weder um eine Kompetenznorm⁷ noch um ein soziales Grundrecht⁸.

Die Bundesverfassung weist dem Bund verschiedene Teilkompetenzen zur Regelung des Sozialversicherungsrechts zu⁹. Die sozialversicherungsrechtlichen Kompetenzen des Bundes bestehen namentlich in Bezug auf die sozialen Risiken Alter und Invalidität¹⁰ sowie Krankheit und Unfall¹¹. Der Bund verfügt allerdings nicht über eine umfassende Bundeskompetenz zur Regelung des Sozialversicherungsrechts schlechthin. Die Kantone sind entweder gestützt auf Art. 3 BV, eine besondere Verfassungsbestimmung¹² oder eine vom Bund an sie delegierte Kompetenz¹³ ebenfalls zum Erlass sozialversicherungsrechtlicher Normen berechtigt.

Pflegebedürftigkeit wird in den sozialversicherungsrechtlichen Kompetenznormen nicht als ein selbständiger Anknüpfungsbegriff verwendet, weist aber mannigfaltige Gemeinsamkeiten mit anderen von der Verfassung anerkannten Tatbeständen¹⁴ auf. Da Pflegebedürftigkeit immer eine Folge von Alter, Krankheit oder Unfall ist, besteht eine besonders enge Verflechtung mit diesen sozialen Risiken. Entsprechend ist der Bund primär zuständig zu entscheiden, ob und wie die Pflegekosten sozialversicherungsrechtlich zu decken sind.

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich historisch gewachsen ein unübersichtliches *duales System der*

Pflege- und Betreuungskostenfinanzierung entwickelt. Bund und Kantone sehen einerseits eine *Objektfinanzierung* (Subventionierung) von Heimen, Behinderteneinrichtungen und Hilfsorganisationen vor; diese wurde mit In-Kraft-Treten des «Neuen Finanzausgleichs» per 1. Januar 2008 und der «Neuen Pflegefinanzierung» per 1. Januar 2011 weitgehend kantonalisiert. Neu sind die Kantone für die Subventionierung von Alters- und Pflegeheimen sowie Behinderteneinrichtungen¹⁵ allein zuständig. Der Bund subventioniert nur noch Organisationen der privaten Invalidenhilfe¹⁶ sowie die Pro Senectute, die Pro Infirmis und die Pro Juventute¹⁷ und trägt ⁵/₈ der Ergänzungsleistungen für Heimbewohner¹⁸.

Im Rahmen der *Subjektfinanzierung* (Versicherungs- und Entschädigungsleistungen) sehen Bund und Kantone zahlreiche Vergütungen für Betreuungs- und Pflegeleistungen vor. Es handelt sich insbesondere um folgende Vergütungen:

- Pflegeentschädigung
- Hilfenentschädigung
- Entschädigung für lebenspraktische Begleitung
- Pflegehilfsmittel
- Entschädigung für Dienstleistungen Dritter
- Betreuungsgutschriften

Die am 1. Januar 2011 in Kraft getretene «Neue Pflegefinanzierung» und die zu diesem Datum abgelaufene Übergangsfrist für die Einführung des «Neuen Finanzausgleichs»¹⁹ haben das Pflegeversicherungsrecht ebenfalls in einigen wesentlichen Bereichen geändert. Diese Vergütungen und unlängst eingeführten Veränderungen sollen nachfolgend überblicksweise dargestellt werden²⁰.

III. Pflegeentschädigung

Das Sozialversicherungsrecht des Bundes kennt eine uneinheitliche Entschädigung für Pflegekosten. Unter «Pflege» wird dabei die *Behandlungs- und Grundpflege* verstanden. Erstere meint Pflegeleistungen, die einen eigentlichen Behandlungszweck erfüllen²¹, Letztere umfasst alle Hilfeleistungen Dritter, die anfallen, weil sich der Pflegebedürftige nicht mehr selbst versorgen kann. Zur Behandlungspflege zählen beispiels-

⁷ Vgl. Art. 41 Abs. 3 BV.

⁸ Vgl. Art. 41 Abs. 4 BV.

⁹ Siehe z.B. Art. 59 Abs. 5 BV und Art. 112 ff. BV.

¹⁰ Vgl. Art. 112 f. BV.

¹¹ Vgl. Art. 117 BV.

¹² Vgl. Art. 114 Abs. 4 BV und Art. 115 BV.

¹³ Vgl. z.B. Art. 111 Abs. 3 BV.

¹⁴ Z.B. Alter (Art. 8 Abs. 2, 41 Abs. 2 und 111 BV), Behinderung bzw. Behinderte/r (Art. 8 Abs. 2 und 108 Abs. 4 BV), Betagte/r (Art. 108 Abs. 4 und 112 Abs. 4 BV), Bedürftige (Art. 108 Abs. 4 und 115 BV), Invalidität bzw. Invalide/r (Art. 41 Abs. 2, 111 und 112 Abs. 6 BV), Krankheit bzw. Geisteskrankheit (Art. 41 Abs. 2, 117, 118 Abs. 2 lit. b, 119 Abs. 2 lit. c und Art. 136 Abs. 1 BV), Unfall (Art. 41 Abs. 2, und 117 BV) sowie Existenzbedarf (Art. 112 Abs. 2 lit. b BV und 10. Übergangsbestimmung BV).

¹⁵ Siehe dazu Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG).

¹⁶ Vgl. Art. 74 IVG.

¹⁷ Vgl. Art. 17 Abs. 1 ELG.

¹⁸ Vgl. Art. 13 Abs. 2 ELG.

¹⁹ Vgl. Art. 197 Ziff. 4 BV.

²⁰ Der Bundesgesetzgeber hat unlängst entschieden, einen Assistenzbeitrag im Rahmen der hängigen 6. IV-Revision einzuführen.

²¹ Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1 ff. KLV.

weise die tägliche Verabreichung von Medikamenten und das Anlegen einer Bandage²² sowie das Katheterisieren oder Klopfen und Pressen der Blase, das Anlegen eines Kondoms mit Urinal und das digitale Stuhlausräumen²³. Grundpflegeleistungen sind etwa Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen, Betten und Lagern, Bewegungsübungen, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut sowie Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken²⁴.

A. Unfallversicherung

Die verschiedenen Sozialversicherungszweige sehen eine *unterschiedliche Ersatzpflicht für Behandlungs- und Grundpflegeleistungen* vor. Die *unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung* deckt nur Behandlungs- und akzessorische Grundpflegeleistungen²⁵, nicht aber die Grundpflege an sich²⁶ und auch nicht die Betreuung sowie Überwachung des Versicherten²⁷. Entschädigt werden die versicherten Pflegeleistungen, wenn sie in einem Spital oder Heim oder durch die Spitex oder freiberuflich tätige Pflegefachpersonen erbracht werden²⁸. Die Pflegeentschädigung kann *nach Eintritt der Berentung* nur in den nachfolgenden Fällen gewährt werden, wenn der Versicherte²⁹:

- an einer Berufskrankheit leidet,
- unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann,
- zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf oder
- erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

Pflegende Angehörige sind ebenfalls als Leistungserbringer anerkannt, nur wird bei ihnen unterschieden, ob es sich um eine diplomierte Pflegefachperson handelt oder nicht. Unfallversicherer bzw. andere Sozialversicherer sind verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches Versicherte und Angehörige über ihre Rechte und Pflichten, insbesondere auch das Recht zur selbständigerwerbenden Pflegeverrichtung, aufzuklären. Stellt ein Versicherungsträger fest, dass der Versicherte oder ihre Angehörigen Leistungen anderer Sozialversicherungen beanspruchen können, hat er ihnen unverzüglich davon Kenntnis zu geben³⁰.

Angehörige, die im Besitz eines Pflegediploms sind, können eine sog. ZSR-Nummer (Zahlstellenregisternummer) beantragen und im Anschluss wie freiberuflich tätige Pflegefachpersonen abrechnen. Der leistungspflichtige Pflegeaufwand ist gemäss einschlägigem Tarifvertrag³¹ mit CHF 72.– für Behandlungspflege und CHF 66.– für akzessorische Grundpflege sowie CHF 6.– für Sonn- und Feiertags- bzw. Nachtdienste pro Stunde zu entschädigen. Für den Erhalt der ZSR-Nummer hat der Angehörige der *santésuisse* Folgendes nachweisen³²:

- kantonale Berufsausübungsbewilligung,
- Diplom,
- Anerkennung Ausbildungsabschluss SRK (Anerkennungsausweis oder Anerkennungsverfügung),
- Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit zu 100 % unter der Leitung einer zugelassenen Pflegefachperson,
- Beitrittserklärung zum Tarifwerk Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und *santésuisse* mit Visum und Unterschrift von SBK
- Eröffnung eines AHV-Kontos als selbständig erwerbende Person (Kopie der Anmeldung) und
- bei Teilzeitbeschäftigung Einverständnis des Arbeitgebers oder persönliche schriftliche Erklärung, dass keine Anstellung mehr vorliegt.

Angehörige, die kein Pflegefachdiplom besitzen, erhalten nach pflichtgemäßem Ermessen eine Entschädigung, auf die aber kein Rechtsanspruch besteht³³. Die einschlägigen Empfehlungen Nr. 7/90 der Ad-hoc-

²² Vgl. BGE 107 V 136 E. 1b, 106 V 153 E. 2a und 105 V 52 E. 4.

²³ Vgl. BGE 116 V 41 E. 4b.

²⁴ Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV.

²⁵ Bei der akzessorischen Grundpflege handelt es sich um grundpflegerische Verrichtungen, die im Zusammenhang mit der Durchführung von behandlungspflegerischen Massnahmen anfallen bzw. notwendig sind. Akzessorisch ist zum Beispiel die grundpflegerische Körperpflege bzw. -reinigung (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV) nach behandlungspflegerischer Darmentleerung (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 11 KLV).

²⁶ Vgl. Art. 10 Abs. 1 UVG und Art. 18 UVV.

²⁷ Siehe z.B. Urteil Sozialversicherungsgericht des Kt. Zürich vom 28.1.2009 (UV.2007.00455) E. 4.3.

²⁸ Vgl. Art. 18 Abs. 1 UVV.

²⁹ Vgl. Art. 21 Abs. 1 UVG und weiterführend Ziffer 3 Empfehlungen der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27.11.1990, revidiert am 29.3.2005.

³⁰ Vgl. Art. 27 Abs. 1 und 3 ATSG.

³¹ Der UVG-Tarifvertrag kann unter <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/8dokumente/freiberufliche/Tarifvertrag-Sozialw.pdf> heruntergeladen werden (zuletzt besucht am 18.2.2011).

³² Siehe weiterführend http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.void=19446&navid=913 (zuletzt besucht am 18.2.2011)

³³ Vgl. Art. 18 Abs. 2 UVV.

Kommission Schaden UVG³⁴ machen die Entschädigung für Angehörigenpflege davon abhängig, dass ein materieller Schaden (z.B. Lohnausfall des sonst auch erwerbstätigen Ehegatten, Reisespesen von auswärts wohnenden Kindern) nachgewiesen werden kann. Ist dem nicht so, soll eine Entschädigung gewährt werden, wenn die Hilfe eindeutig über das hinausgeht, was man von einem Familienmitglied füglich erwarten darf (z.B. täglich stundenlange Betreuung über eine grössere Zeitspanne hinaus).

Die *Stundenansätze* reichen von CHF 12.– im Jahr 1991³⁵ bis CHF 35.– im Jahr 2010³⁶. In der Praxis wird regelmässig ein Stundenansatz von CHF 25.– herangezogen, wobei dieser Ansatz anhand der Lohnstrukturhebung (LSE) ermittelt wird bzw. dem gesamtschweizerischen Durchschnitts- bzw. Medianlohn für das Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) der Tätigkeitskategorie «Medizinische, soziale und pflegerische Tätigkeiten» entspricht. Dieser Stundenansatz ist zu tief³⁷; zudem stellt sich die Frage, ob für die Langzeitpflege, namentlich eines Tetraplegikers, die ein gewisses Mass an Qualität erfordert, auf das Anforderungsniveau 4 abgestellt werden darf.

Werden *familienfremde Dritte* (Nachbarn usw.) zugezogen, so ist auf die tatsächlichen Auslagen abzustellen. Entstehen diesen Personen keine Auslagen, so kann je nach Arbeitsaufwand ein Betrag ausgerichtet werden, der indessen pro Tag $\frac{1}{5}$ des höchstversicherten Tagesverdienstes von derzeit CHF 346.–, d.h. also CHF 70.– pro Tag, nicht übersteigen soll.

B. Krankenversicherung

Die Krankenversicherung ist als finale Sozialversicherung sowohl bei einer krankheits- als auch einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit anwendbar, in letzterem Fall aber nur subsidiär zur Unfallversicherung und insoweit die Leistungsvoraussetzungen der Krankenversicherung erfüllt sind³⁸. Im Gegensatz zur Unfallversicherung sind im Anwendungsbereich der Krankenversicherung sowohl Behandlungs- als auch Grundpflegeleistungen³⁹, nicht aber Betreuungs-

und Überwachungs- sowie hauswirtschaftliche Leistungen versichert. Die krankenversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung setzt zwingend voraus, dass die fraglichen Pflegeleistungen von einem *anerkannten Leistungserbringer* erbracht werden. Dazu zählen Spitäler, Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberuflich tätige Pflegefachpersonen mit eigener ZSR-Nummer⁴⁰.

Der ab 1. Januar 2011 geltende *Pflegeheimtarif* sieht zwölf Bedarfsstufen bzw. eine monatliche Vergütung von CHF 270.– (Tarifstufe 1: täglicher Pflegebedarf bis 20 Minuten) bis CHF 3240.– (Tarifstufe 12: täglicher Pflegebedarf über 220 Minuten) vor⁴¹. Gemäss dem *Spitextarif* sind für Massnahmen der Abklärung und der Beratung pro Stunde CHF 79.80, für Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung CHF 65.40 und für Massnahmen der Grundpflege CHF 54.60 zu entschädigen⁴². Massgeblich sind Zeiteinheiten von 5 Minuten, wobei pro versicherte Verrichtung mindestens 10 Minuten zu entschädigen sind⁴³. Im Gegensatz zum Spitex- unterscheidet der Pflegeheimtarif nicht nach Art der Pflegemassnahme, sondern einzig nach dem zeitlichen Pflegebedarf pro Tag. Dieser ist denn auch in der Abrechnung aufzuführen⁴⁴.

Werden die an sich versicherten Pflegeleistungen von nicht anerkannten Leistungserbringern, z.B. Behinderteneinrichtungen oder Angehörigen, erbracht, besteht keine Entschädigungspflicht. Eine solche besteht nur, wenn der pflegende Angehörige über eine ZSR-Nummer verfügt⁴⁵. Das Bundesgericht hat eine Leistungspflicht bei einem Ehegatten abgelehnt, der die Voraussetzungen für eine ZSR-Nummer erfüllte, aber eine solche (noch) nicht beantragt hatte⁴⁶. Pflegenden Angehörige können von der örtlichen Spitex angestellt werden⁴⁷. Angestellte Angehörige dürfen relativ einfache Grundpflege und/oder Grundpflege in einfachen Situationen⁴⁸, nicht aber Behandlungspflege⁴⁹ erbringen.

Die Neue Pflegefinanzierung führt neu für Heim- und Spitexpflegekosten eine *Selbstzahlung in Bezug auf die «nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten» von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages* ein und hält

³⁴ Siehe <http://www.koordination.ch/fileadmin/files/ad-hoc/archiv/07-90-alt-08.pdf> (zuletzt besucht am 18.2.2011).

³⁵ Vgl. Urteil Versicherungsgericht Zürich vom 23.4.1991 = SG Nr. 764 E. II (CHF 12.– pro Stunde für Spitalgehilfin, die ihren Bruder pflegte).

³⁶ Vgl. Urteil BGER vom 23.7.2010 (8C.896/2009) (vier Stunden pro Tag bei einem Tetraplegiker) und Einspracheentscheid SUVA vom 25.2.2000 (221099.SAM) (vier Stunden pro Tag bei einem Tetraplegiker, CHF 35.– für ausländische Pflegerin mit Diplom in allgemeiner Krankenpflege, die nicht in der Schweiz zugelassen war).

³⁷ Der Medianwert (Männer und Frauen) betrug im Jahr 2008 CHF 27.– (siehe http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/04/blank/key/lohnstruktur/nach_taeatigkeiten.html – zuletzt besucht am 18.2.2011).

³⁸ Vgl. Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG.

³⁹ Vgl. Art. 25a KVG und Art. 7 Abs. 1 KLV.

⁴⁰ Vgl. Art. 7 Abs. 1 KLV.

⁴¹ Vgl. Art. 7a Abs. 3 nKLV.

⁴² Vgl. Art. 7a Abs. 1 nKLV.

⁴³ Vgl. Art. 7a Abs. 2 nKLV.

⁴⁴ Vgl. Art. 9 Abs. 2 nKLV.

⁴⁵ Vgl. BGE 133 V 218 E. 6.

⁴⁶ Vgl. Urteil BGER vom 10.5.2007 (K 141/06 und K 145/06) E. 5.2.

⁴⁷ Vgl. Urteil EVG vom 21.6.2006 (K 156/04) = RKUV 2006, 303 E. 4.

⁴⁸ Vgl. Art. 9a Abs. 1 lit. a und b KLV sowie Urteile EVG vom 25.8.2003 (K 60/03) E. 3.3 und VersGer SG vom 18.8.2006 i. S. L. = SGGVP 2006 Nr. 18.

⁴⁹ Vgl. Urteil BGER vom 19.12.2007 (9C_597/2007) E. 5.1.

die Kantone an, die Restfinanzierung der nicht gedeckten Pflegekosten zu regeln⁵⁰. Für Heim- und Spitexpflegebedürftige bedeutet dies, dass sie inskünftig jährlich *maximal CHF 7 884.– (Heimpflege) bzw. CHF 5 825.– (Spitexpflege) für versicherte Pflegeleistungen* zusätzlich zu Franchise und allgemeinem Selbstbehalt zu tragen haben.

Unklar ist, was mit den von Sozialversicherungen nicht gedeckten Pflegekosten gemeint ist. Bezieht sich diese Wendung auf die Pflegegesamtkosten unter Einschluss von Lohnausfällen der pflegenden Angehörigen oder nur auf die von den gemäss KVG anerkannten Leistungserbringern erbrachten, aber nicht voll entschädigten Pflegeleistungen? Sind von den ungedeckten Pflegekosten vorab alle sozialen Pflegeversicherungsleistungen, namentlich auch solche, die das KVG nicht vorsieht, wie z.B. die Hilflosenentschädigung, in Abzug zu bringen und die 20% vom verbleibenden Restsaldo zu berechnen? In den Erläuterungen zur Änderung der KVV wird festgehalten, dass unter dem Begriff «Sozialversicherungen» im Wesentlichen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen und weder Ergänzungsleistungen noch Hilflosenentschädigung vorab in Abzug zu bringen sind⁵¹.

Es obliegt den Kantonen, zu entscheiden, ob der maximale Pflegekostenselbstbehalt verrechnet wird oder nicht. Vereinzelt Kantone, so z.B. der Kanton Zürich, haben entschieden, in Nachachtung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» bei einer Hauspflege die Hälfte der Selbstkostenbeteiligung zu übernehmen⁵².

C. Invalidenversicherung

Die Invalidenversicherung übernimmt die *Kosten für medizinische Massnahmen*⁵³ und gewährt minderjährigen Versicherten einen *Intensivpflegezuschlag für Betreuungs-, Pflege- und Überwachungsmassnahmen* von Angehörigen und Dritten zur Hilflosenentschädigung⁵⁴. Das Bundesgericht hat in einem neueren Grundsatzentscheid erwogen, dass die tägliche Krankenpflege nicht zu den medizinischen Massnahmen zählt, weil ihr kein therapeutischer Charakter im eigentlichen Sinn zukommt. Keine medizinischen Massnahmen sind ferner Vorkehren – auch lebenserhaltender Art –, die eine medizinisch nicht geschulte Person auszuführen in der Lage ist oder wenn sie dazu angeleitet werden kann⁵⁵.

Pflegerelevant ist insoweit einzig der den *Minderjährigen zukommende Intensivpflegezuschlag*. Dieser wird gewährt für den Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege und für dauernde Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters⁵⁶. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, sowie für pädagogisch-therapeutische Massnahmen⁵⁷. Eine intensive Betreuung liegt vor, wenn die versicherten Betreuungsleistungen im Tagesdurchschnitt mindestens vier Stunden ausmachen. Die monatlichen Zuschläge zur Hilflosenentschädigung machen CHF 464.– (ab vier Stunden), CHF 928.– (ab sechs Stunden) und CHF 1392.– (ab acht Stunden) aus.

D. Ergänzungsleistungen

1. Jährliche Ergänzungsleistung

Die versicherten Ergänzungsleistungen bestehen einerseits in einer *jährlichen Ergänzungsleistung*⁵⁸ sowie in einer *Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten*⁵⁹. Bei beiden Leistungen ist das Pflegerisiko mitversichert, aber nicht voll gedeckt. Die jährliche Ergänzungsleistung wird bei *Alleinstehenden* individuell berechnet und entspricht dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen⁶⁰.

Bei den *Ausgaben* wird unterschieden, ob der Versicherte in einem Heim oder Zuhause betreut und gepflegt wird. Anrechenbare Ausgaben sind bei Versicherten, die zu Hause wohnen, u.a. der Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf, die Wohnungskosten und die Krankenkassenprämie. Lebt der Versicherte in einem Paar- oder Familienhaushalt, erfolgt eine Gesamtberechnung, in welche die anerkannten Ausgaben und Einnahmen aller Mitglieder des fraglichen Haushalts miteinbezogen werden⁶¹. Bei den Wohnungskosten können behinderungsbedingte Auslagen bis maximal CHF 3600.– für die *Miete einer rollstuhlgängigen Wohnung* zusätzlich zum jährlichen Maximalbetrag berücksichtigt werden⁶². Bewohnt der pflegebedürftige Versicherte eine eigene Wohnung oder ein Eigenheim, sind behinderungsbedingte Investitionen, z.B. für den Einbau und Betrieb eines Treppenlifts, als Gebäudeunterhalts-

⁵⁰ Vgl. Art. 25a Abs. 5 nKVG.

⁵¹ Vgl. Kommentar EDI Änderungen KVV vom 10.6.2009, S. 3.

⁵² Vgl. z.B. § 9 Abs. 2 Pflegegesetz vom 27.9.2010 (ZH).

⁵³ Vgl. Art. 12 ff. IVG.

⁵⁴ Vgl. Art. 39 IVV.

⁵⁵ Vgl. BGE 136 V 209 ff.

⁵⁶ Vgl. Art. 39 Abs. 2 und 3 IVV.

⁵⁷ Vgl. Art. 39 Abs. 2 IVV.

⁵⁸ Vgl. Art. 3 Abs. 1 lit. a ELG.

⁵⁹ Vgl. Art. 3 Abs. 1 lit. b ELG.

⁶⁰ Vgl. Art. 9 Abs. 1 ELG.

⁶¹ Vgl. Art. 9 Abs. 2 ELG.

⁶² Vgl. Art. 10 lit. b Ziff. 3 ELG.

kosten bis zum steuerlichen Maximalbetrag anzurechnen, sofern sie nicht als werterhaltend zu qualifizieren sind⁶³.

Bei Heimbewohnern wird an Stelle des Betrags für den allgemeinen Lebensbedarfs ein Betrag für persönliche Auslagen und an Stelle der Wohnungskosten eine Tagestaxe berücksichtigt⁶⁴. Die Kantone können eine Obergrenze bei den anrechenbaren Tagestaxen vorsehen⁶⁵. Bislang war es den Kantonen nicht untersagt, Tagestaxen vorzusehen, die den Versicherten zum Bezug von Sozialhilfeleistungen zwangen. Seit In-Kraft-Treten der «Neuen Pflegefinanzierung» müssen die anrechenbaren Tagestaxen von Bundesrechts wegen so hoch sein, dass der Versicherte nicht sozialhilfebedürftig wird⁶⁶.

Von den anrechenbaren Ausgaben werden die *anrechenbaren Einnahmen* in Abzug gebracht. Dazu zählen u.a. Erwerbs- und Renteneinkommen sowie Zinserträge. Angerechnet wird ein Fünftel bzw. Zehntel bei Altersrentnern des Vermögens, das über der Vermögensfreigrenze von CHF 37 500.– für Alleinstehende und CHF 60 000.– für Ehegatten liegt. Die für in *selbstbewohntes Wohneigentum investiertes Eigenkapital* bisher geltende Vermögensfreigrenze von CHF 112 500.– wurde mit In-Kraft-Treten der «Neuen Pflegefinanzierung» am 1. Januar 2011 auf CHF 300 000.– erhöht, wenn ein Ehegatte im Heim und der andere Ehegatte in einer selbstbewohnten Liegenschaft lebt bzw. die Ehegatten in einer selbstbewohnten Liegenschaft leben und einer von ihnen Bezüger einer Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Unfallversicherung oder Militärversicherung ist⁶⁷. Sind in der Tagestaxe eines Heims oder Spitals auch die *Kosten für die Pflege* einer hilflosen Person enthalten, so wird die Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Militär- oder Unfallversicherung als Einnahme angerechnet⁶⁸.

2. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

Eine *Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten* kann von den Bezüger einer jährlichen Ergänzungsleistung beansprucht werden⁶⁹. Auch Heimbewohner sind anspruchsberechtigt⁷⁰. Versicherte, die auf Grund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch

auf eine jährliche Ergänzungsleistung haben, im Übrigen aber alle Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug einer jährlichen Ergänzungsleistung erfüllen, haben Anspruch auf die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten, die den Einnahmenüberschuss übersteigen⁷¹.

Die vergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten werden im Rahmen bundesrechtlicher Vorgaben⁷² durch die Kantone bezeichnet⁷³. Die Kantone haben von Bundesrechts wegen folgende Kosten zu vergüten⁷⁴:

- Kosten für zahnärztliche Behandlung,
- Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen,
- Kosten für ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren,
- Diätkosten,
- Kosten für Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle,
- Hilfsmittel und
- die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG.

Die Kantone sind im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben frei, die ersatzfähigen Kosten und die zu ersetzenden Höchstbeträge zu bestimmen⁷⁵. Sie sind insbesondere berechtigt, die Kostenvergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben zu beschränken.

Bis zum 31. Dezember 2010 wurde der *Erwerbsausfall pflegender Angehöriger* entschädigt, sofern diese nicht in die EL-Berechnung eingeschlossen waren und der Erwerbsausfall sowohl «wesentlich» als auch «länger dauernd» war⁷⁶. Praxisgemäss kann unter Umständen bereits eine Erwerbseinbusse von 10 % als erheblich betrachtet werden; ein Ausfall von lediglich fünf Arbeitstagen begründet aber keine dauernde Erwerbseinbusse⁷⁷. *Kosten von Entlastungsaufenthalten* des Versicherten zu Gunsten von Angehörigen sind ebenfalls vergütungsfähig, wenn der Aufenthalt in einem Heim oder Spital oder in Tagesstrukturen erfolgt⁷⁸. Allfällige Kostenbegrenzungen bei einem Daueraufenthalt

⁶³ Siehe Art. 16 ELV und Ziffer 4.3.9 des Kreisschreibens Nr. 11 «Abzug von Krankheits- und Unfallkosten sowie von behinderungsbedingten Kosten vom 31.8.2005» der Eidgenössischen Steuerverwaltung.

⁶⁴ Vgl. Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG.

⁶⁵ Vgl. Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG. Siehe zum Zweck dieses kantonalen Vorbehalts Urteil EVG vom 21.9.2004 (P 25/04) E. 4.3 und ferner die Übersicht über die im Jahr 2009 geltenden Taxen, in: Mitteilungen vom 10.6.2009 an die AHV-Ausgleichskassen und EL-Durchführungstellen Nr. 251.

⁶⁶ Vgl. Art. 10 Abs. 2 ELG.

⁶⁷ Vgl. Art. 11 Abs. 1^{bis} lit. b ELG.

⁶⁸ Vgl. Art. 15b ELV.

⁶⁹ Vgl. Art. 14 Abs. 1 ELG.

⁷⁰ Vgl. Art. 14 Abs. 3 lit. b ELG.

⁷¹ Vgl. Art. 14 Abs. 6 ELG.

⁷² Vgl. Art. 14 Abs. 1 und 3 ELG.

⁷³ Vgl. Art. 14 Abs. 2 ELG.

⁷⁴ Vgl. Art. 14 Abs. 1 ELG.

⁷⁵ Vgl. Art. 14 Abs. 2 und 3 ELG.

⁷⁶ Vgl. Art. 13b aELKV. Siehe z.B. die Anwendungsfälle Urteile BGer vom 10.8.2009 (9C_84/2009) (Pflege durch Mutter), vom 11.2.2009 (8C_773/2008) (Pflege durch Enkelin) und vom 23.11.2007 (8C_227/2007) (Pflege durch Schwester).

⁷⁷ Vgl. Urteil BGer vom 25.4.2007 (P 18/06) E. 4 und SVR 1998 EL Nr. 10 S. 25.

⁷⁸ Vgl. Urteil BGer vom 10.8.2009 (9C_84/2009) E. 4.4.

in einem Heim oder Spital gelten auch für vorübergehende Aufenthalte⁷⁹. Die kantonalen Ausführungsbestimmungen verweisen regelmässig auf die früheren bundesrechtlichen Grundsätze, sehen aber mitunter für pflegende Angehörige, unabhängig vom Nachweis eines Erwerbsausfalls, Entschädigungen vor, im Kanton Bern beispielsweise maximal CHF 9600.– pro Jahr⁸⁰. Eine finanzielle Förderung der Angehörigenpflege erfolgt ferner im kantonalen Recht durch *besondere Steuerabzüge*⁸¹ und gesundheitsrechtliche *Pflegeentschädigungen*⁸². Diese werden dabei in der Regel dem pflegenden Angehörigen und zudem unabhängig davon ausgerichtet, ob der Pflegebedürftige die Voraussetzungen der seit 2008 kantonalisierten Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten erfüllt⁸³.

Die Frage, ob und allenfalls in welchem Ausmass der pflegende Angehörige einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre, ist mit Rücksicht auf die persönlichen, familiären, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse unter Berücksichtigung des Umfangs der zu leistenden Pflege zu beurteilen⁸⁴. Die Verwaltung hat angesichts der Beweisschwierigkeiten den anspruchsbegründenden Sachverhalt der mutmasslichen Erwerbstätigkeit «besonders sorgfältig» zu erheben⁸⁵. Die Annahme einer Erwerbseinbusse gestützt auf statistische Werte ist mit dem Untersuchungsgrundsatz nicht vereinbar⁸⁶. Bestanden beim pflegenden Angehörigen vor Beginn des Betreuungsverhältnisses seit Jahren grosse Einkommenschwankungen, ist die Annahme einer Erwerbseinbusse nicht gerechtfertigt⁸⁷.

Die ausgewiesenen Krankheits- und Behinderungskosten werden im Umfang der geltenden *allgemeinen und besonderen Höchstbeträge*, die je nach Hilflosigkeitsgrad abgestuft sind, übernommen. Die Kantone können seit dem 1. Januar 2011 allgemeine und besondere Höchstbeträge festlegen. Die allgemeinen kantonalen Höchstbeträge dürfen folgende Beträge nicht unterschreiten, und zwar bei:

Zu Hause lebenden Personen:

- alleinstehenden und verwitweten Personen sowie Ehegatten von in Heimen oder Spitälern lebenden Personen: CHF 25 000.–,

– Ehepaaren: CHF 50 000.– und

– Vollwaisen: CHF 10 000.–⁸⁸

In Heimen lebenden Personen: CHF 6000.–⁸⁹.

Bei zu Hause lebenden alleinstehenden und verwitweten Personen oder bei zu Hause lebenden Ehegatten von in Heimen oder Spitälern lebenden Personen, denen ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der Invaliden- oder der Unfallversicherung zusteht, erhöht sich der Mindestbetrag von CHF 25 000.– bei schwerer Hilflosigkeit auf CHF 90 000.– bzw. bei mittlerer Hilflosigkeit auf CHF 60 000.–⁹⁰. Dieselbe Erhöhung wird auch bei Bezüglern einer Hilflosenentschädigung der AHV gewährt, die vorher eine Hilflosenentschädigung der IV bezogen haben⁹¹.

Bei zu Hause lebenden Ehepaaren, von denen einer oder beide hilflos sind, erhöht sich der Mindestbetrag von CHF 50 000.– wie folgt⁹²:

Anzahl Personen mit HE	Grad der Hilflosigkeit	Höchstbetrag
beide Ehegatten	je schwer	CHF 180 000.–
	je mittelschwer	CHF 120 000.–
	ein Ehegatte schwer	CHF 150 000.–
	ein Ehegatte mittelschwer	CHF 150 000.–
ein Ehegatte	schwer	CHF 115 000.–
	mittelschwer	CHF 85 000.–

Die besonderen Höchstgrenzen, bei schwer hilflosen Alleinstehenden CHF 90 000.–, bezwecken, pflege- und betreuungsbedürftigen Personen die Gelegenheit zu geben, möglichst lange selbständig wohnen zu können und nicht in ein Heim eintreten zu müssen. Aus diesem Grund beschränkt sich die Erhöhung der allgemeinen Höchstgrenze von CHF 25 000.– auf die Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten. Im Unterschied zur allgemeinen Höchstgrenze, bei Alleinstehenden CHF 25 000.–, wird bei der Festlegung der besonderen Höchstgrenze, bei Alleinstehenden maximal CHF 90 000.–, die Hilflosenentschädigung vorab in Abzug gebracht, da die Erhöhung nur in Frage kommt, «soweit die Kosten für Pflege und Betreuung durch die Hilflosenentschädigung nicht gedeckt sind»⁹³.

IV. Hilflosenentschädigung

Für *interne und externe Betreuungsleistungen* von Angehörigen bzw. Dritten erhält der Geschädigte eine

⁷⁹ Vgl. Urteil BGer vom 21.9.2004 (P 25/04) E. 3 und 4.

⁸⁰ Vgl. Art. 15 Abs. 3 EV ELG (BE).

⁸¹ Siehe z.B. § 42 I d StG AG (CHF 3000.–) und Art. 28 lit. g StG BE.

⁸² 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 HPfG FR (Pauschalentschädigung von CHF 25.– pro Tag).

⁸³ Vgl. Art. 14 Abs. 1 ELG.

⁸⁴ Vgl. Urteil BGer vom 11.2.2009 (8C_773/2008) E. 5.2.

⁸⁵ Ibid. E. 5.2

⁸⁶ Vgl. Urteil BGer vom 23.11.2007 (8C_227/2007) E. 4.3.

⁸⁷ Vgl. Ibid. E. 4.5.

⁸⁸ Vgl. Art. 14 Abs. 3 lit. a ELG.

⁸⁹ Vgl. Art. 14 Abs. 3 lit. b ELG.

⁹⁰ Vgl. Art. 14 Abs. 4 ELG und Art. 19b Abs. 1 ELV.

⁹¹ Vgl. Art. 14 Abs. 5 ELG.

⁹² Vgl. Art. 19b Abs. 2 ELV.

⁹³ Art. 3d Abs. 2^{bis} 2. Halbsatz von Satz 1 aELG und ferner Urteil BGer vom 10.8.2009 (9C_84/2009) E. 4.2.

Hilflosenentschädigung. Eine solche kennen AHV⁹⁴, Invaliden-⁹⁵, Unfall-⁹⁶ und Militärversicherung⁹⁷. Der Anspruch entsteht bei Eintritt einer Hilflosigkeit⁹⁸. Eine Person gilt als hilflos, wenn sie wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf⁹⁹. Die spezifischen Ausführungsbestimmungen¹⁰⁰ erwähnen neben der *Hilfe bei der Verrichtung von alltäglichen Lebensverrichtungen* und der *persönlichen Überwachung* auch die *Pflege* und die *lebenspraktische Begleitung*. Die lebenspraktische Begleitung beinhaltet weder die direkte oder indirekte Dritthilfe bei den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen noch die Pflege oder die Überwachung. Sie stellt vielmehr ein zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe dar¹⁰¹.

Die alltäglichen Lebensverrichtungen betreffen sechs Bereiche:

- *Ankleiden und Auskleiden* (inkl. allfälliges Anziehen oder Ablegen der Prothese),
- *Aufstehen, Absitzen und Abliegen* (inkl. ins Bett gehen oder das Bett verlassen),
- *Essen* (Nahrung ans Bett bringen, Nahrung zerkleinern, Nahrung zum Mund führen, Nahrung pürieren und Sondenernährung),
- *Körperpflege* (waschen, kämmen, rasieren, baden/duschen),
- *Verrichten der Notdurft* (Ordnen der Kleider, Körperreinigung/Überprüfen der Reinlichkeit, unübliche Art der Verrichtung der Notdurft), und
- *Fortbewegung* (in der Wohnung, im Freien, Pflege gesellschaftlicher Kontakte).

Für die Hilfsbedürftigkeit in einer Lebensverrichtung mit mehreren Teilfunktionen ist nicht verlangt, dass der Versicherte bei allen oder bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr genügt es, wenn er bei *einer dieser Teilfunktionen* regelmässig in erheblicher Weise auf Dritthilfe angewiesen ist¹⁰².

Die Bemessung der Hilflosenentschädigung richtet sich in der AHV, Invaliden- und Unfallversicherung

nach denselben Kriterien¹⁰³, unterscheidet sich aber betragsmässig. Unterschieden wird zwischen der Hilflosigkeit schweren, mittleren oder leichten Grades:

Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn der Versicherte vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn er in *allen alltäglichen Lebensverrichtungen* regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der *dauernden Pflege* oder der *persönlichen Überwachung* bedarf¹⁰⁴.

Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- in den *meisten alltäglichen Lebensverrichtungen* regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- in mindestens *zwei alltäglichen Lebensverrichtungen* regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer *dauernden persönlichen Überwachung* bedarf; oder
- in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf *lebenspraktische Begleitung* angewiesen ist¹⁰⁵.

Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln:

- in mindestens *zwei alltäglichen Lebensverrichtungen* regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- einer *dauernden persönlichen Überwachung* bedarf;
- einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und *besonders aufwendigen Pflege* bedarf;
- wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und *erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte* pflegen kann; oder
- dauernd auf *lebenspraktische Begleitung* angewiesen ist¹⁰⁶.

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung geht bei «tiefen» Paraplegien, bei denen eine Rumpfstabilität besteht, *in der Regel von einer leichten Hilflosigkeit* aus¹⁰⁷. Eine derartige Hilflosigkeit besteht bei einem Paraplegiker selbst dann, wenn er voll erwerbstätig ist bzw. keine Rente erhält¹⁰⁸. Bei Tetraplegikern wird demgegenüber von einer Hilflosigkeit schweren Gra-

⁹⁴ Vgl. Art. 43^{bis} AHVG und Art. 66^{bis} AHVV.

⁹⁵ Vgl. Art. 42 ff. IVG und Art. 35 ff. IVV.

⁹⁶ Vgl. Art. 26 f. UVG und Art. 37 f. UVV.

⁹⁷ Vgl. Art. 20 MVG.

⁹⁸ Art. 37 UVV, der den Beginn des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung an den Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs knüpft, ist verfassungs- und gesetzwidrig (vgl. BGE 133 V 42 E. 3).

⁹⁹ Vgl. Art. 9 ATSG.

¹⁰⁰ Vgl. z.B. Art. 37 IVV und Art. 38 UVV.

¹⁰¹ Vgl. BGE 133 V 450 E. 9.

¹⁰² Vgl. BGE 117 V 146 E. 2.

¹⁰³ Vgl. BGE 127 V 115 E. 1d.

¹⁰⁴ Vgl. Art. 37 Abs. 1 IVV.

¹⁰⁵ Vgl. Art. 37 Abs. 2 IVV.

¹⁰⁶ Vgl. Art. 37 Abs. 3 IVV.

¹⁰⁷ Vgl. BGE 117 V 146 ff. (dieser Fall betraf einen Paraplegiker mit einer Lähmungshöhe Th 8).

¹⁰⁸ Vgl. BGE 133 V 42 E. 3.5 und SVR 2005 IV Nr. 4 S. 14.

des ausgegangen, weil eine hilflosenrechtlich relevante Pflegebedürftigkeit zusätzlich zur Hilflosigkeit in allen sechs massgeblichen Lebensverrichtungen besteht¹⁰⁹.

Die Höhe der Hilflosenentschädigung beträgt in der Invalidenversicherung bei schwerer Hilflosigkeit 80 Prozent, bei mittelschwerer Hilflosigkeit 50 Prozent und bei leichter Hilflosigkeit 20 Prozent des Höchstbetrages der Altersrente¹¹⁰, was CHF 464.– (leichte Hilflosigkeit), CHF 1160.– (mittlere Hilflosigkeit) und CHF 1856.– (schwere Hilflosigkeit) entspricht. AHV-Bezüger erhalten zwar seit dem 1. Januar 2011 auch bei einer leichten Hilflosigkeit eine Entschädigung; die Höhe der Hilflosenentschädigungen entspricht aber bei Versicherten, die zu Hause leben, der Hälfte der vorerwähnten Beträge. In der Unfallversicherung beträgt die Hilflosenentschädigung bei schwerer Hilflosigkeit das Sechsfache, bei mittelschwerer Hilflosigkeit das Vierfache und bei leichter Hilflosigkeit das Doppelte des Höchstbetrages des versicherten Tagesverdienstes¹¹¹, was CHF 692.– (leichte Hilflosigkeit), CHF 1384.– (mittlere Hilflosigkeit) und CHF 2076.– (schwere Hilflosigkeit) entspricht.

Hält sich eine Bezügerin oder ein Bezüger einer Hilflosenentschädigung zu Lasten der Sozialversicherung in einer Heilanstalt auf, so entfällt der Anspruch auf die Entschädigung für jeden vollen Kalendermonat des Aufenthalts in der Heilanstalt¹¹². Die Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung wird bei einem Heimaufenthalt *pro Monat* um die Hälfte gekürzt¹¹³. Als Versicherte, die sich in einem Heim aufhalten, gelten Personen, welche dort mehr als fünfzehn Nächte in einem Kalendermonat verbringen¹¹⁴. Bei Minderjährigen, die sich in einer Eingliederungsinstitution befinden, wird die Hilflosenentschädigung *tageweise* gekürzt¹¹⁵.

Hilflosen- und Pflegeentschädigung können grundsätzlich kumuliert werden. Die Hilflosenentschädigung ist nicht mit der Behandlungspflege¹¹⁶, wohl aber mit der Grundpflegeentschädigung teilweise kongruent, je nachdem, ob und inwieweit alltägliche Lebensverrichtungen mit den Grundpflegeverrichtungen identisch sind¹¹⁷. Eine Überschneidung kann sich bei den auf die alltäglichen Lebensverrichtungen «Verrichtung der Notdurft» und «Körperpflege» ergeben. Trotz sachlicher Kongruenz entfällt praxisgemäss eine Anrechnung der Hilflosenentschädigung an die Grund-

pflegeentschädigung in dem Ausmass, als keine Überentschädigung vorliegt¹¹⁸. Eine Überentschädigung liegt nur dann vor, wenn die Pflegeentschädigung und die Hilflosenentschädigung die Pflegekosten und allfällige zusätzliche Betreuungskosten, unter Einschluss allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen¹¹⁹, betragsmässig übersteigen würden¹²⁰.

V. Entschädigung für lebenspraktische Begleitung

Die Entschädigung für lebenspraktische Begleitung stellt ein «zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe»¹²¹ für *psychisch und physisch Behinderte* dar¹²². Diese Versicherungsleistung steht volljährigen Versicherten zu, die ausserhalb eines Heimes leben¹²³ und unter das IVG fallen. Verunfallte Versicherte, die sowohl eine Hilflosenentschädigung nach IVG und nach UVG beanspruchen könnten, erhalten ausschliesslich die Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung¹²⁴, bei der ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung nicht berücksichtigt wird¹²⁵. *Altersrentner*, die auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind, erhalten ebenfalls keine Entschädigung für lebenspraktische Begleitung. Dieser Ausschluss stellt keine verfassungswidrige Diskriminierung dar¹²⁶.

Die Entschädigung für lebenspraktische Begleitung entspricht der *Hilflosenentschädigung bei leichter Hilflosigkeit*¹²⁷. Liegen eine leichte Hilflosigkeit und ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung vor, besteht Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bei mittelschwerer Hilflosigkeit¹²⁸. Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung ist im Gegensatz zur Überwachungs- und Pflegebedürftigkeit keine alternative Voraussetzung für die Annahme einer schweren Hilflosigkeit, weshalb Versicherte, die begleitet werden, zusätzlich überwachungs- oder pflegebedürftig sein müssen, um eine Hilflosenentschädigung schweren Grades zu erhalten.

¹⁰⁹ Vgl. z.B. Urteil BGer vom 19.6.2007 (595/06) E. 3.3.2.

¹¹⁰ Vgl. Art. 42^{ter} Abs. 1 IVG.

¹¹¹ Vgl. Art. 38 Abs. 1 UVV.

¹¹² Vgl. Art. 67 Abs. 2 ATSG.

¹¹³ Vgl. Art. 42^{ter} Abs. 2 IVG.

¹¹⁴ Vgl. BGE 132 V 321 E. 6 und 7.

¹¹⁵ Vgl. Art. 42^{bis} Abs. 4 IVG.

¹¹⁶ Vgl. Urteil BGer vom 19.6.2007 (U 595/06) E. 3.3.2.

¹¹⁷ Vgl. BGE 125 V 297 E. 5a und b.

¹¹⁸ Vgl. BGE 125 V 297 E. 5c.

¹¹⁹ Vgl. Art. 69 Abs. 2 ATSG.

¹²⁰ Vgl. BGE 125 V 297 E. 5c und Urteil VerwGer GR vom 28.8.2008 (S 07 214) E. 3h.

¹²¹ BGE 133 V 450 E. 9.

¹²² Vgl. Urteile BGer vom 23.10.2007 (I 317/06) E. 4.3.2, vom 23.7.2007 (I 211/05) E. 2.2.3 und vom 17.10.2005 (I 528/05) E. 1.

¹²³ Vgl. Art. 42^{bis} Abs. 5 IVG und Art. 38 Abs. 1 UVV.

¹²⁴ Vgl. Art. 66 Abs. 3 ATSG. Der Versicherte kann von der AHV oder der IV den Betrag der Hilflosenentschädigung beanspruchen, den diese Versicherungen dem Versicherten ausrichten würden, wenn er keinen Unfall erlitten hätte, wenn die Hilflosigkeit nur zum Teil auf einen Unfall zurückzuführen ist (vgl. Art. 38 Abs. 5 UVV).

¹²⁵ Vgl. Art. 38 Abs. 1–4 UVV.

¹²⁶ Vgl. BGE 133 V 569 E. 5.3 und 5.5.

¹²⁷ Vgl. Art. 42 Abs. 3 IVG.

¹²⁸ Vgl. Art. 37 Abs. 2 lit. c IVV.

Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung liegt vor, wenn ein volljähriger Versicherter ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht *selbstständig wohnen* kann, für *Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung* auf Begleitung einer Drittperson angewiesen oder ernsthaft gefährdet ist, sich *dauernd von der Aussenwelt zu isolieren*¹²⁹. Nicht darunter fallen insbesondere Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten im Rahmen vormundschaftlicher Massnahmen¹³⁰. Zu berücksichtigen ist nur diejenige lebenspraktische Begleitung, die regelmässig und im Zusammenhang mit den vorerwähnten Situationen erforderlich ist. Regelmässigkeit liegt vor, wenn die lebenspraktische Begleitung *über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens zwei Stunden pro Woche* benötigt wird¹³¹.

Es spielt dabei keine Rolle, ob die «Begleitung» direkt oder indirekt erfolgt. Die Begleitperson kann deshalb die notwendigerweise anfallenden Tätigkeiten auch selber ausführen, wenn der Versicherte dazu gesundheitsbedingt trotz Anleitung oder Überwachung/Kontrolle nicht in der Lage ist¹³². Unmassgeblich ist ferner, ob die Hilfeleistungen entgeltlich oder unentgeltlich erbracht werden¹³³. Die vom BSV in den Verwaltungsweisungen vorgenommene Konkretisierung der Anwendungsfälle der lebenspraktischen Begleitung sind gesetzes- und verordnungskonform¹³⁴.

VI. Pflegehilfsmittel

Eine Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit zieht normalerweise Kosten für Pflegehilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl, Duschrollstuhl etc.) nach sich. Zudem fallen für die Inkontinenzpflege sowie die Dekubitusprophylaxe je nach Art der Lähmung Auslagen an. Die Pflegehilfsmittel werden einerseits von der Krankenversicherung im Rahmen der Mittel und Gegenstände-Liste (sog. MiGel-Liste)¹³⁵ und andererseits von der Invalidenversicherung übernommen. Der Versicherte hat Anspruch auf die in den jeweiligen Hilfsmittellisten aufgeführten Hilfsmittel¹³⁶, unabhängig davon, ob er das fragliche Hilfsmittel oder ein gleichwertiges Hilfsmittel bereits angeschafft hat¹³⁷.

Die Hilfsmittellisten, insbesondere die im Anhang zur HVI enthaltene Liste, sind insofern abschliessend, als sie

die in Frage kommenden Hilfsmittelkategorien aufzählen. Dagegen ist bei jeder Hilfsmittelkategorie zu prüfen, ob die Aufzählung der einzelnen Hilfsmittel (innerhalb der Kategorie) ebenfalls abschliessend oder bloss exemplifikativ ist¹³⁸. Die jeweiligen Hilfsmittel können entweder in natura – leihweise oder zu Eigentum – in einfacher und zweckmässiger Ausführung abgegeben¹³⁹ oder – im Bereich der Invaliden- und Militärversicherung – als Geldleistung (Amortisationsbeiträge, Ersatzleistung bzw. Entschädigung für Dienstleistungen Dritter)¹⁴⁰ entschädigt werden. Die Invalidenversicherung hat die in der Hilfsmittelliste unter Ziffer 14 erwähnten und nachfolgend aufgeführten Pflegehilfsmittel (Hilfsmittel für die Selbstvorsorge) abzugeben:

14.01	WC-Dusch- und WC-Trockenanlagen sowie Zusätze zu bestehenden Sanitäreinrichtungen: – sofern die versicherte Person ohne einen solchen Behef nicht zur Durchführung der betreffenden Körperhygiene fähig ist. Die Abgabe erfolgt leihweise.
14.02	Krankenheber: – Zur Verwendung im privaten Wohnbereich. Die Abgabe erfolgt leihweise.
14.03	Elektrobetten (mit Aufzugbügel, jedoch ohne Matratze und sonstiges Zubehör): – Zur Verwendung im privaten Wohnbereich für Versicherte, die darauf angewiesen sind, um zu Bett zu gehen und aufzustehen. Die Abgabe erfolgt leihweise. Dauernd Bettlägerige sind vom Anspruch ausgeschlossen. – Vergütet wird der Kaufpreis eines Bettes bis zum Höchstbeitrag von 2500 Franken. Der Beitrag an die Auslieferungskosten des Elektrobettes beträgt 250 Franken.
14.04	Invaliditätsbedingte bauliche Änderungen in der Wohnung: – Anpassen von Bade-, Dusch- und WC-Räumen an die Invalidität, Versetzen oder Entfernen von Trennwänden, Verbreitern oder Auswechseln von Türen, Anbringen von Haltestangen, Handläufen und Zusatzgriffen, Entfernen von Türschwellen oder Erstellen von Schwellenrampen, Installation von Signalanlagen für hochgradig Schwerhörige, Gehörlose und Taubblinde. Der Höchstbeitrag für Signalanlagen beträgt 1300 Franken.
14.05	Treppenfahrräder und Rampen: – Für Versicherte, die ohne einen solchen Behef ihre Wohnstätte nicht verlassen können. – Wird anstelle eines Treppenfahrrades ein Treppenlift eingebaut, so beträgt der Höchstbeitrag 8000 Franken. In diesem Fall besteht kein Anspruch auf Vergütung von Reparaturkosten. Die Abgabe erfolgt leihweise.
14.06	Assistenzhund für körperbehinderte Personen, – sofern die Eignung der versicherten Person als Assistenzhundhalterin erwiesen ist und sie dank dieser Hilfe eigenständiger zu Hause leben kann. Der Anspruch besteht nur für schwer körperbehinderte Erwachsene, die eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit mittleren oder schweren Grades beziehen. Die Versicherung leistet zum Zeitpunkt der Abgabe des Assistenzhundes einen Pauschalbetrag von 15500 Franken, der sich wie folgt zusammensetzt: 12500 Franken für die Anschaffungskosten und 3000 Franken für Futter- und Tierarztkosten. Die Leistung kann maximal alle acht Jahre eingefordert werden, für jeden Hund jedoch nur einmal.

¹²⁹ Vgl. Art. 38 Abs. 1 IVV.

¹³⁰ Vgl. Art. 38 Abs. 3 IVV.

¹³¹ Vgl. BGE 133 V 450 E. 6.2.

¹³² Vgl. BGE 133 V 450 E. 10.2.

¹³³ Vgl. BGE 133 V 472 E. 5.3.2.

¹³⁴ Vgl. BGE 133 V 450 E. 9.

¹³⁵ Anhang 2 zur KLV (verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html> (zuletzt besucht am 18.2.2011)).

¹³⁶ Vgl. Art. 21 f. IVG und HVI, Art. 11 UVG und HVUV, Art. 21 MVG.

¹³⁷ Vgl. Art. 2 Abs. 5 HVI.

¹³⁸ Vgl. BGE 121 V 260 E. 2b und Art. 2 Abs. 5 HVI.

¹³⁹ Vgl. Art. 21 Abs. 3 IVG.

¹⁴⁰ Vgl. Art. 21^{bis} Abs. 1 und 2 IVG sowie Art. 21 Abs. 2–4 MVG.

Einen darüber hinaus gehenden Pflegehilfsmittelkatalog kennen weder die AHV noch die Unfallversicherung. Pflegebedürftige AHV-Rentner erhalten entweder im Rahmen der Besitzstandswahrung die bisher von der Invalidenversicherung abgegebenen Pflegehilfsmittel oder sind auf die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten verwiesen. Die bis 31. Dezember 2010 geltende ELKV sah unter diesem Titel die leihweise Abgabe (*) bzw. die Abgabe zu Eigentum folgender Pflegehilfsmittel vor:

- Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz (Ziffer 20*),
- Inhalationsapparate (Ziffer 21*),
- Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen, sofern ein Versicherter ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist (Ziffer 22*),
- Krankenheber, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist (Ziffer 23*),
- Elektrobetten, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit darstellt (Ziffer 24*),
- Nachtstühle (Ziffer 25),
- Coxarthrosestühle (Ziffer 26*) und
- Aufzugständer (Bettgalgen) (Ziffer 27*).

Die Kantone sind spätestens mit Wirkung ab 1. Januar 2011 gehalten, eine Vergütungspflicht für notwendige, zweckmässige und wirtschaftliche Hilfsmittel, namentlich Pflegehilfsmittel, vorzusehen, wobei sie den Umfang festlegen können¹⁴¹. Die meisten Kantone führen die frühere Pflegehilfsmittel-Liste der ELKV fort.

VII. Entschädigung für Dienstleistungen Dritter

Invaliden¹⁴² und Militärversicherung¹⁴³ sehen einen Anspruch auf Dienstleistungen Dritter vor. Voraussetzung für diesen Anspruch ist, dass der Versicherte die Voraussetzungen für die Abgabe eines bestimmten Hilfsmittels, namentlich auch, sofern erforderlich, eine dauernde existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausführt¹⁴⁴, erfüllen würde, dieses aber wegen Gegebenheiten, die in seiner Person liegen, nicht benützen kann¹⁴⁵. An Stelle des Hilfsmittels erhält der Versicherte in einem solchen Fall eine Geldleistung.

Die monatliche Vergütung für die Dienstleistungen Dritter darf weder den Betrag des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens des Versicherten noch den anderthalbfachen Mindestbetrag der ordentlichen einfachen Altersrente, d.h. CHF 1740.–, übersteigen¹⁴⁶. Hätte der Versicherte Anspruch auf ein Hilfsmittel, kann dieses aber nicht selber bedienen, z.B. selbst ein Motorfahrzeug lenken, sind ihm die Substitutionskosten bis zum vorerwähnten Maximalbetrag zu entschädigen. Ist der Versicherte bereits mit Hilfsmitteln, z.B. einem Hörgerät, adäquat versorgt, können auf Grund der substitutiven Natur keine zusätzlichen Dienstleistungen Dritter, z.B. eines Gebärdendolmetschers, gewährt werden¹⁴⁷. Die Dienstleistung Dritter darf lediglich den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers kompensieren, um den Versicherten zu befähigen, den Arbeitsweg zurückzulegen oder berufliche Funktionen wahrzunehmen¹⁴⁸.

Die Hilfsmittelverordnung erwähnt insbesondere folgende Dienstleistungen Dritter¹⁴⁹:

- *Transport und Begleitung von Behinderten vom Wohn- zum Arbeitsort* anstelle eines Motorfahrzeuges oder eines Blindenführhundes, insbesondere auch Taxikosten,
- *Vorlesen von berufsnotwendigen Texten* zur Ermöglichung der Berufsausübung im Falle von Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung¹⁵⁰,
- *Dolmetschen von speziell anspruchsvollem Gesprächs-/Lernstoff*, wenn dies für die Berufsausübung oder den Schulbesuch im Falle von Gehörlosigkeit oder schwerer Hörbehinderung notwendig ist.

Gemäss dem Wortlaut des Verordnungstextes können nur berufsnotwendige Hilfsmittel, nicht aber andere Hilfsmittel, insbesondere solche im hauswirtschaftlichen Aufgabenbereich und Pflegehilfsmittel, substituiert werden, was die Frage nach der Rechtmässigkeit der Benachteiligung nicht erwerbstätiger Versicherter aufwirft.

Bei *Bürohilfskräften* ist zu unterscheiden, ob die Hilfskraft anstelle eines Hilfsmittels, das einen behinderungsbedingten Funktionsausfall des Versicherten, z.B. den Verlust der Sehkraft, substituiert, tätig ist oder nur Tätigkeiten ausführt, die der nur noch teilerwerbsfähige Versicherte behinderungsbedingt noch ausführen könnte bzw. ausgeführt hätte. Letztere Tätigkeiten stellen, auch wenn sie unter der Anleitung und Aufsicht

¹⁴¹ Vgl. Art. 14 Abs. 1 lit. f ELG.

¹⁴² Vgl. Art. 21^{bis} Abs. 2 IVG. Die Regeln der IV gelten sinngemäss auch für die AHV (vgl. Art. 4 HVU).

¹⁴³ Vgl. Art. 21 Abs. 4 MVG.

¹⁴⁴ Vgl. 118 V 200 E. 3c.

¹⁴⁵ Vgl. BGE 112 V 11 E. 1a und EVGE 1968, S. 272.

¹⁴⁶ Vgl. Rz. 1042 KHMI und Anhang 1 Ziff. 6.4.

¹⁴⁷ Vgl. Urteil EVG vom 17.3.2005 (I 354/03) E. 3.4.

¹⁴⁸ Vgl. BGE 112 V 11 E. 1b und 96 V 84.

¹⁴⁹ Vgl. Rz. 1037 KHMI.

¹⁵⁰ Siehe dazu Urteil BGer vom 18.9.2009 (9C_493/2009) E. 5.2.2.3.

des Versicherten erfolgen, und zeitlich relativ kurz dauern, z.B. ca. zwei Wochenstunden, keine Dienstleistung Dritter dar¹⁵¹.

Haben Versicherte für die Erwerbstätigkeit in einem *Landwirtschafts- oder Gewerbebetrieb* Anspruch auf ein *kostspieliges Hilfsmittel*, das von der Invalidenversicherung nicht zurückgenommen oder nur schwer wieder abgegeben werden kann, so kann an Stelle des vom Versicherten angeschafften Hilfsmittels ein *selbst-amortisierendes Darlehen* ausgerichtet werden¹⁵². Die Darlehenssumme verringert sich jährlich, je nach Abschreibungsdauer der Investitionen. Fallen die Anspruchsvoraussetzungen vor Ablauf der Abschreibungsdauer dahin, ist der Versicherte gegenüber der Invalidenversicherung zur Rückzahlung der Restschuld verpflichtet¹⁵³.

VIII. Betreuungsgutschriften

Die Betreuungsgutschriften bestehen in einer jährlichen Rentengutschrift für Angehörige, die hilflose Personen im gleichen Haushalt betreuen, sofern diese mindestens in *mittlerem Grad* hilflos sind¹⁵⁴. Die Rechtsprechung hat gezeigt, dass es genügt, wenn die betreute Person hilflos ist und eine Hilflösenentschädigung der AHV/IV oder der Unfallversicherung¹⁵⁵ beanspruchen könnte. Ob sie tatsächlich eine Hilflösenentschädigung bezieht, ist unerheblich¹⁵⁶. Der Anspruch auf Anrechnung der Betreuungsgutschriften ist bei der kantonalen Ausgleichskasse am Wohnsitz der betreuten Person anzumelden; eine rückwirkende Geltendmachung ist während längstens fünf Jahren möglich¹⁵⁷. Die Anmeldung ist sowohl von der betreuenden als auch von der betreuten Person oder deren gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen¹⁵⁸.

Als Angehörige gelten abschliessend Urgrosseltern, Grosseltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatte, Ge-

schwister, Kinder, Stiefkinder und Enkelkinder. Die Betreuungsgutschrift kann durch eine betreuende Person frühestens ab dem der Vollendung des 17. Altersjahres folgenden Kalenderjahres bis längstens zum 31. Dezember des Kalenderjahr, welches dem Eintritt des Versicherungsfalles Alter vorangeht, beansprucht werden. Der Anspruch steht nicht dem betreuungsbedürftigen Versicherten, sondern den ihn pflegenden Angehörigen zu.

Das *Erfordernis des gemeinsamen Haushaltes* mit der betreuten Person ist erfüllt bei gleicher Wohnung, einer anderen Wohnung im gleichen Gebäude oder einer Wohnung in einem anderen Gebäude auf demselben oder einem benachbarten Grundstück¹⁵⁹. Bei einer Entfernung von 800 Metern zwischen dem Haus der betreuenden und der Wohnung der pflegebedürftigen Person kann nicht mehr von einem benachbarten Grundstück bzw. von einem gemeinsamen Haushalt gesprochen werden¹⁶⁰. Der betreuende Angehörige muss zudem nicht permanent im gemeinsamen Haushalt wohnen, sich aber überwiegend dort aufhalten. Das Erfordernis des überwiegend gemeinsamen Haushaltes ist ab einem *Aufenthalt von insgesamt rund 180 Tagen im Jahr* erfüllt.

Die Betreuungsgutschrift wird unabhängig von der Betreuungs- und Pflegeintensität egalitär ausgerichtet und entspricht dem Betrag der dreifachen minimalen jährlichen Altersvollrente im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs, aktuell sind das CHF 41 760¹⁶¹. Bei verheirateten Personen wird die Betreuungsgutschrift während der Kalenderjahre der Ehe hälftig aufgeteilt¹⁶². Treffen die Anspruchsvoraussetzungen für mehrere Angehörige zu, ist die Betreuungsgutschrift durch die Anzahl Anspruchsberechtigter aufzuteilen und mit dem entsprechenden Bruchteil auf dem individuellen Konto (IK) der betreffenden Person einzutragen¹⁶³.

¹⁵¹ Vgl. BGE 112 V 11 E. 2 und 96 V 84.

¹⁵² Vgl. Art. 21^{bis} Abs. 2^{bis} IVG.

¹⁵³ Vgl. Urteil BGer vom 25.01.2008 (9C_592/2007) E. 3.2 und Botschaft vom 21.2.2001 über die 4. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung = BBI 2001, S. 3205 ff., 3264.

¹⁵⁴ Vgl. Art. 29^{septies} AHVG und Art. 52g ff. AHVV.

¹⁵⁵ Siehe BGE 127 V 113 ff.

¹⁵⁶ Vgl. BGE 126 V 435 ff.

¹⁵⁷ Vgl. Art. 29^{septies} Abs. 5 AHVG.

¹⁵⁸ Vgl. Art. 52i AHVV.

¹⁵⁹ Vgl. Art. 52g AHVV.

¹⁶⁰ Vgl. BGE 129 V 352 ff.

¹⁶¹ Vgl. Art. 29^{septies} Abs. 4 AHVG.

¹⁶² Vgl. Art. 29^{septies} Abs. 6 AHVG.

¹⁶³ Vgl. Art. 52i AHVV.