



Handbuch «Subsidiarität»

Zum Gesetz über Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG)

Version 4 gültig ab 1. Januar 2025

Ersetzt Version 3

Änderungen per 1. Juli 2024

Auf den 1. Juli 2024 traten in der Krankenversicherung Änderungen in Kraft, welche Auswirkungen auf den Inhalt dieses Handbuchs haben. Es geht zur Hauptsache darum, dass Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (oder selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen) für die Bedarfsermittlung und die Grundpflege keine ärztliche Verordnung mehr benötigen. Betroffen sind die Ziffern 6.4 und 6.5. Weiter wurden verschiedene Präzisierungen vorgenommen.

Änderungen per 1. Januar 2025

Per 1. Januar 2025 werden die Renten der ersten Säule an die Lohn- und Preisentwicklung angepasst. Davon betroffen sind ebenfalls die Hilflosenentschädigungen und Stundensätze, welche für das Bemessen des Assistenzbeitrags massgebend sind. Es geht um die Ziffern 3.7.1 und 4.6.

Am 29. August 2024 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis. Neu dürfen Krankenkassen eine allfällige Hilflosenentschädigung nicht mehr mit den Leistungen für Massnahmen der Grundpflege verrechnen. Ziffer 6.6 wurde entsprechend angepasst.

Inhalt

1 Ausgangslage	6
2 Einführung	7
2.1 Kongruenz der Leistungen	7
2.2 Aufbau des Handbuchs	7
3 Hilflosenentschädigung (IV, UV)	8
3.1 Formale Voraussetzungen	8
3.2 Unterstützungsbedarf	8
3.2.1 Regelmässige Hilfe	8
3.2.2 Alltägliche Lebensverrichtungen	8
3.2.3 Dauernde persönliche Überwachung	9
3.2.4 Ständige aufwändige Pflege	9
3.2.5 Lebenspraktische Begleitung	9
3.3 Bemessung des Grads der Hilflosigkeit	10
3.4 Wohnsituation	10
3.5 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt	10
3.6 Weitere Hinweise	10
3.6.1 Anspruchsbeginn	10
3.6.2 Besitzstand bei Erreichen des Referenzalters	11
3.6.3 Intensivpflegezuschlag bei Minderjährigen	11
3.6.4 Koordination mit Unfallversicherung	11
3.6.5 Hilflosenentschädigung während Spitalaufenthalt oder Eingliederungsmassnahmen	11
3.7 Beträge	12
3.7.1 Invalidenversicherung	12
3.7.2 Unfallversicherung	12
3.8 Rechtliche Grundlagen	12
3.9 Fazit	13
4 Assistenzbeitrag (IV)	14
4.1 Formale Voraussetzungen	14
4.1.1 Bezug einer Hilflosenentschädigung der IV	14
4.1.2 Zusätzliche Voraussetzungen bei eingeschränkter Handlungsfähigkeit	14
4.1.3 Zusätzliche Voraussetzungen für Minderjährige	15
4.2 Unterstützungsbedarf	15
4.2.1 Regelmässige Hilfe	15
4.2.2 Lebensbereiche	15
4.2.3 Obergrenzen	15
4.2.4 Berücksichtigung anderer Sozialversicherungsleistungen	16
4.3 Wohnsituation	16
4.4 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt	16
4.5 Weitere Hinweise	16
4.5.1 Anspruchsbeginn	16
4.5.2 Einreichungsfrist	16
4.5.3 Praktische Abwicklung	17
4.5.4 Reduktion des «Jahresbudgets» bei Lebensgemeinschaft mit Partner / Partnerin	17
4.5.5 Lohnfortzahlung	17
4.5.6 Bedarfsbemessung bei geplantem Heimaustritt	17
4.6 Beträge	17
4.7 Beratung und Unterstützung	18
4.8 Rechtliche Grundlagen	18
4.9 Fazit	18
5 Behinderungskosten im Rahmen Ergänzungsleistungen (zu AHV/IV)	19
5.1 Formale Voraussetzungen	19
5.1.1 Anspruch auf eine Leistung von IV / AHV	19
5.1.2 Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt in der Schweiz	19
5.1.3 Vermögensgrenze	19
5.1.4 Wirtschaftlicher Bedarf	19
5.1.5 Karenzfrist für ausländische Staatsangehörige	20
5.2 Unterstützungsbedarf	20
5.2.1 Pflege zu Hause	20
5.2.2 Hilfe und Betreuung zu Hause	20

5.2.3 Hilfe und Betreuung im Haushalt	21
5.2.4 Hilfe, Pflege und Betreuung durch fest angestelltes Personal	21
5.2.5 Hilfe, Pflege und Betreuung in Tagesstrukturen	21
5.2.6 Kostenbeteiligung Krankenkasse	21
5.2.7 Bade- und Erholungskuren	22
5.2.8 Weitere Krankheits- und Behinderungskosten	22
5.2.9 Formulare	22
5.3 Wohnsituation	22
5.4 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt	22
5.5 Weitere Hinweise	22
5.5.1 Beginn des Anspruchs auf «jährliche» Ergänzungsleistungen	22
5.5.2 Beginn des Anspruchs auf Krankheits- und Behinderungskosten	22
5.5.3 Bedeutung des Rechnungsdatums	23
5.5.4 Einreichungsfrist	23
5.5.5 Krankheitskosten bei Einnahmenüberschuss	23
5.5.6 Anrechnung Hilfenentschädigung	24
5.6 Beträge	24
5.6.1 Höchstbeträge für Krankheits- und Behinderungskosten	24
5.6.2 Erhöhung der Maximalbeträge	24
5.6.3 Ansätze und Höchstbeträge für die einzelnen Kostenarten	24
5.7 Rechtliche Grundlagen	24
5.8 Fazit	25
6 Pflegekosten im Rahmen der Krankenversicherung	26
6.1 Grund- und Zusatzversicherungen	26
6.2 Unterstützungsbedarf	26
6.2.1 Grundpflege	26
6.2.2 Behandlungspflege	26
6.2.3 Abklärung, Beratung und Koordination	27
6.3 Wohnsituation	27
6.4 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt	27
6.5 Weitere Hinweise	27
6.5.1 Ärztliche Verordnung	27
6.5.2 Bedarfsermittlung	28
6.6 Beträge	28
6.7 Rechtliche Grundlagen	28
6.8 Fazit	28
7 Pflegekosten bei Geburtsgebrechen (IV)	29
7.1 Unterstützungsbedarf	29
7.1.1 Grundpflege	29
7.1.2 Abklärung und Beratung	29
7.1.3 Untersuchung und Behandlung	29
7.1.4 Medizinische Langzeitüberwachung	29
7.2 Wohnsituation	29
7.3 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt	29
7.4 Weitere Hinweise	29
7.4.1 Ärztliche Verordnung	29
7.4.2 Zusprache der Leistungen	29
7.4.3 Abgrenzung zur Krankenkasse	30
7.5 Beträge	30
7.6 Rechtliche Grundlagen	30
7.7 Fazit	30
8 Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels (IV)	31
8.1 Unterstützungsbedarf	31
8.2 Wohnsituation	31
8.3 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt	31
8.4 Beträge	31
8.5 Rechtliche Grundlagen	31
8.6 Fazit	31
9 Hilfe und Pflege zu Hause im Rahmen Unfallversicherung	32
9.1 Unterstützungsbedarf	32
9.1.1 Einführung	32
9.1.2 Medizinische Pflege	32

9.1.3 Nicht medizinische Pflege	32
9.2 Wohnsituation	32
9.3 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt.....	32
9.4 Weitere Hinweise	32
9.4.1 Ärztliche Verordnung.....	32
9.4.2 Bedarfsermittlung.....	32
9.5 Beträge.....	33
9.5.1 Medizinische Pflege	33
9.5.2 Nicht medizinische Pflege	33
9.6 Rechtliche Grundlagen.....	33
9.7 Fazit	33
10 Militärversicherung.....	34
11 Haftpflichtversicherung.....	35
12 Entschädigung des Kantons im Rahmen der Opferhilfe	36
13 Weitere Leistungen	37
13.1 Medizinische Eingliederungsmassnahmen (IV)	37
13.2 Berufliche Eingliederungsmassnahmen (IV)	37
13.2.1 Einführung	37
13.2.2 Integrationsmassnahmen	37
13.2.3 Berufsberatung	37
13.2.4 Erstmalige berufliche Ausbildung.....	38
13.2.5 Umschulung.....	38
13.2.6 Arbeitsvermittlung	38
13.2.7 Coaching	38
13.3 Invalidenrente (IV, BV, UV, MV)	38
13.4 Arbeitslosenversicherung	39

1 Ausgangslage

Gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e) des Gesetzes über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG) werden die Leistungen subsidiär zu behinderungsbedingten Leistungen Dritter, insbesondere von Sozialversicherungen, öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Privatversicherungen, erbracht.

Als Instrument zur Unterstützung bei der Überprüfung und Durchsetzung der Subsidiarität wurde das vorliegende Handbuch erstellt. Es gibt detailliert Auskunft über die in Frage kommenden Leistungen der verschiedenen Primärfinanzierer (siehe insbesondere Angaben zu Artikel 11 im Vortrag zur Verordnung über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen BLV) und ihre Anspruchsvoraussetzungen. Das Handbuch gelangt während des Prozesses drei Mal zur Anwendung:

1. Prüfung des Gesuchs um Leistungsgutsprache (Artikel 11 BLG): Es unterstützt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Amtes für Integration und Soziales (AIS) dabei, aufgrund der Angaben im Gesuch bzw. der Deklaration der Primärfinanzierer zu prüfen, ob alle in Frage kommenden vorgelagerten Leistungen geltend gemacht wurden.
2. Individuelle Bedarfsermittlung (Artikel 13 BLG) und Prüfung der Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung (Artikel 14 BLG): Die Ergebnisse der detaillierten Abklärungen können zu neuen Erkenntnissen führen, die den Anspruch auf noch nicht beantragte vorgelagerte Leistungen als wahrscheinlich erscheinen lassen.
3. Bei der Prüfung der Abrechnung über die im Rahmen der Leistungszusprache bezogenen Leistungen (Art. 34 BLG). Die Abrechnungen können Anhaltspunkte für Veränderungen enthalten, die den Anspruch auf noch nicht beantragte vorgelagerte Leistungen als wahrscheinlich erscheinen lassen.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass der Anspruch auf Leistungen Dritter nur beurteilt werden kann, wenn detaillierte Informationen zum Unterstützungsbedarf der Gesuchstellenden und zu den Leistungserbringenden vorliegen.

2 Einführung

2.1 Kongruenz der Leistungen

In den nachfolgenden Kapiteln werden die in Betracht fallenden Leistungen Dritter beschrieben. Es dürfen lediglich Leistungen Dritter angerechnet werden, welche ebenfalls für einen Unterstützungsbedarf gemäss Artikel 7 Absatz 1 BLG ausgerichtet werden (Grundsatz der Kongruenz der Leistungen), also insbesondere für

- 1 Betreuung
- 2 Begleitung
- 3 Beratung
- 4 Unterstützung bei der sozialen Teilhabe
- 5 Unterstützung bei der beruflichen Integration
- 6 Gesundheitsleistungen
- 7 Therapie
- 8 Unterstützung bei der Planung, Organisation und Abrechnung der personalen Leistungen.

In Einzelfällen kann es schwierig sein, die Kongruenz zu beurteilen. Im Zweifelsfall wird auf die Anrechnung einer Leistung Dritter verzichtet. Beim Initiieren weiterer Abklärungen wird der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit in angemessener Weise beachtet. Stehen lediglich bescheidene vorgelagerte Leistungen zur Diskussion, ist auf aufwändige Abklärungen zu verzichten.

Im Handbuch werden auch Leistungen, bei denen die Kongruenz fraglich ist (insbesondere in Kapitel 13), vorgestellt. Dies schafft Transparenz und verhindert Diskussionen um die Vollständigkeit des Handbuchs. Im Einzelfall kann es auch bei einer Leistung, die nicht Gegenstand des Handbuchs ist, sinnvoll sein, die Kongruenz zu prüfen.

2.2 Aufbau des Handbuchs

In den einzelnen Kapiteln stehen in der Regel die Bezugsvoraussetzungen im Fokus. Dabei geht es zur Hauptsache um den ausgewiesenen Unterstützungsbedarf. Es können aber auch andere Faktoren eine Rolle spielen. Zu denken ist dabei beispielsweise an die Wohnsituation (Heim oder eigene Wohnung) oder die Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt. Es handelt sich um Faktoren, die darüber entscheiden, ob oder in welchem Umfang ein Anspruch auf Leistungen besteht.

Die einzelnen Kapitel des Handbuchs sind, soweit sinnvoll, identisch aufgebaut. Damit wird die Vergleichbarkeit erleichtert. Aufnahme fanden auch Hinweise auf die Auswirkungen von Änderungen der individuellen Situation auf die Ansprüche gegenüber den Sozialversicherungen. Zu denken ist insbesondere an das Verlassen einer Institution, das den Weg zum Bezug eines Assistenzbeitrags (Kapitel 4) und die Rückerstattung von Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen (Kapitel 5) freimacht sowie die Höhe der Hilflosenentschädigung (Kapitel 3) beeinflusst. Die einzelnen Kapitel enden mit einer kurzen Einschätzung der Kongruenz der darin vorgestellten Leistungen (Ziffer 2.1).

3 Hilflosenentschädigung (IV, UV)

3.1 Formale Voraussetzungen

Der Bezug einer Hilflosenentschädigung setzt Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz voraus. Auslandsaufenthalte bis zu 3 Monaten unterbrechen die Anspruchsberechtigung nicht. In Ausnahmefällen wird die Hilflosenentschädigung auch über diese 3 Monate hinaus bezahlt. Es müssen zwingende Gründe für einen längeren Aufenthalt vorliegen.

Ausländische Angehörige eines Staates, mit dem die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, haben nur Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, sofern sie bei Eintritt des Versicherungsfalles während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. Als Eintritt des Versicherungsfalles gilt der Beginn des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung (Ziffer 3.6.1).

3.2 Unterstützungsbedarf

In der Schweiz wohnhafte versicherte Personen, die wegen Beeinträchtigung ihrer Gesundheit

- für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen sind
- oder dauernder persönlicher Überwachung bedürfen
- oder ständiger aufwändiger Pflege bedürfen
- oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind (wird in der Unfallversicherung nicht berücksichtigt),

haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (HE). Bei Menschen mit schweren Sinnesschädigungen und schweren Gebrechen gelten die Voraussetzungen zum Bezug einer Hilflosenentschädigung per se als erfüllt. Es handelt sich um die folgenden versicherten Personen:

- blinde und hochgradig sehschwache versicherte Personen,
- Kinder mit schwerer Hörschädigung, die für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt erhebliche Hilfe von Drittpersonen benötigen,
- Menschen mit körperlicher Behinderung, die sich aufgrund der Schwere ihrer Behinderung trotz Benützung eines Rollstuhls nicht ohne Dritthilfe in einer weiteren Umgebung fortbewegen können.

Es wird zwischen leichter, mittelschwerer und schwerer Hilflosigkeit unterschieden. Die Ansätze der Entschädigung sind entsprechend abgestuft. In den nachfolgenden Ziffern werden die vorstehenden Begriffe erläutert.

3.2.1 Regelmässige Hilfe

Die Hilfe gilt als dauernd im Sinne von regelmässig, wenn die versicherte Person sie täglich benötigt oder hypothetisch täglich nötig haben kann. Dies ist z.B. gegeben bei Anfällen, die zuweilen nur alle zwei bis drei Tage, jedoch unvermittelt und oft auch täglich oder täglich mehrmals erfolgen. Selbst wenn die Hilfe an vier bis sechs Tagen pro Woche nötig ist (d.h. an den meisten Wochentagen), gilt die Hilfe nicht als regelmässig, da sie nicht täglich benötigt wird.

Im Bereich der lebenspraktischen Begleitung gilt die Hilfe als regelmässig, wenn sie im Durchschnitt mindestens zwei Stunden pro Woche benötigt wird.

3.2.2 Alltägliche Lebensverrichtungen

Wie vorstehend ausgeführt kommt dem Bedarf nach Unterstützung bei den alltäglichen Lebensverrichtungen im Zusammenhang mit dem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung grosse Bedeutung zu. Zu den alltäglichen Lebensverrichtungen gehören:

- Ankleiden, Auskleiden (inkl. An- und Ablegen allfälliger Hilfsmittel, sofern diese nicht zu Behandlungs- oder Therapie Zwecken dienen)

- Aufstehen, Absitzen, Abliegen (inkl. ins Bett gehen oder das Bett verlassen), Position wechseln
- Essen (Nahrung ans Bett bringen, Nahrung zerkleinern, Nahrung zum Mund führen, Nahrung pürieren, Sondenernährung)
- Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)
- Verrichten der Notdurft (Ordnen der Kleider, Körperreinigung/Überprüfen der Reinlichkeit, unübliche Art der Verrichtung der Notdurft)
- Fortbewegung (in der Wohnung, im Freien, Pflege gesellschaftlicher Kontakte)

Massgebend ist die Hilfe, welche trotz zumutbaren Vorkehrungen der versicherten Person, wie zum Beispiel der Behinderung angepasste Kleidung (Klettverschlüsse), und dem Einsatz von Hilfsmitteln erforderlich ist. Es reicht bereits, wenn bei einem Element einer alltäglichen Lebensverrichtung eine Hilfe erforderlich ist. So beispielsweise beim «Waschen» im Rahmen der alltäglichen Lebensverrichtung «Körperpflege». Auch indirekte Hilfe zählt. Gemeint ist damit die Aufforderung zu einer Verrichtung, wie zum Beispiel sich zu waschen oder zu kämmen.

3.2.3 Dauernde persönliche Überwachung

Eine dauernde persönliche Überwachung ist notwendig, wenn die versicherte Person sonst sich selbst oder Drittpersonen gefährden würde und sie deshalb abgesehen von kurzen Unterbrüchen, nicht allein gelassen werden kann.

3.2.4 Ständige aufwändige Pflege

Es geht um medizinische oder pflegerische Hilfeleistungen, die infolge des physischen oder psychischen Zustandes der versicherten Person notwendig sind und ärztlich verordnet wurden. Dazu gehören beispielsweise: tägliches Verabreichen von Medikamenten, Anlegen eines Verbandes, Atemtherapie und Inhalationen und Bewegungsübungen. Die Pflege gilt als aufwändig, wenn sie einen besonders grossen Zeitaufwand (> 2 Std) erfordert (quantitatives Kriterium) und unter erschwerenden Umständen (qualitatives Kriterium) erfolgt. Die Weisungen des zuständigen Bundesamts für Sozialversicherung (BSV) erwähnen als Beispiele die Pflege von Personen mit hochgradiger Spastik und eine Pflege, die zu ungewöhnlichen Zeiten (zwischen 22 Uhr und 6 Uhr) erforderlich ist. Die Hürde für eine ständige aufwändige Pflege zulasten der IV ist hoch. Bei einem Pflegeaufwand von 2 bis 3 Stunden braucht es zusätzlich mehrere qualitative Kriterien, bei einem Aufwand von > 3 bis 4 Stunden braucht es zusätzlich ein qualitatives Kriterium. Erst ab > 4 Stunden täglichem Aufwand gilt die Pflege per se als aufwändig.

3.2.5 Lebenspraktische Begleitung

Volljährige versicherte Personen, die zu Hause leben und wegen der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind, können ebenfalls eine Hilflosenentschädigung beziehen. Anspruch auf lebenspraktische Begleitung hat, wer

- ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann (Hilfe bei Tagesstrukturierung, Haushaltführung oder Gesundheit, Hygiene etc.) oder
- für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist oder
- ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

Ziel der lebenspraktischen Begleitung ist es zu verhindern, dass versicherte Personen schwer verwahrlosten und / oder in ein Heim oder eine Klinik eingewiesen werden müssen.

Wer auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist, wird einer Person mit einer leichten Hilflosigkeit gleichgestellt. Personen, bei denen lediglich die psychische Gesundheit beeinträchtigt ist, gelten nur dann als hilflos im Sinne der vorstehenden Ausführungen, wenn sie gleichzeitig eine Invalidenrente beziehen. Der Bedarf einer lebenspraktischen Begleitung wird in der Unfallversicherung nicht berücksichtigt.

3.3 Bemessung des Grads der Hilflosigkeit

Der Grad der Hilflosigkeit wird aufgrund von Art und Umfang an benötigter Unterstützung gemäss vorstehenden Ziffern bemessen. Dabei sind verschiedene Kombinationen möglich. Diese werden nachstehend beschrieben.

Eine schwere Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und zusätzlich

- dauernde Pflege oder
- dauernde persönliche Überwachung

benötigt. Eine mittelschwere Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in den meisten (d.h. in mind. 4) alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist oder in mindestens 2 alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und zusätzlich

- einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf oder
- dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (wird in der Unfallversicherung nicht berücksichtigt).

Eine leichte Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in mindestens 2 alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist oder

- einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf oder
- einer besonders aufwändigen Pflege bedarf oder
- 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 ist (wird in der Unfallversicherung nicht berücksichtigt).

3.4 Wohnsituation

Die Wohnsituation ist grundsätzlich für den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung nicht relevant. Hingegen spielt in der Invalidenversicherung die Wohnsituation bei der Höhe der Entschädigung eine Rolle (siehe Ziffer 3.7.1). Versicherte, die in einer Institution leben, müssen sich im Vergleich zu Versicherten in einer Wohnung mit einem deutlich tieferen Betrag (ein Viertel) begnügen. Die Unfallversicherung macht diese Unterscheidung nicht.

3.5 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt

Mit der Hilflosenentschädigung sollen die Betroffenen in die Lage versetzt werden, die von Dritten benötigte Hilfe zu finanzieren und damit ihr Leben so autonom wie möglich zu gestalten. Wer unterstützt, ist für den Anspruch nicht relevant. Es gibt keinerlei Vorgaben.

3.6 Weitere Hinweise

3.6.1 Anspruchsbeginn

Die Hilflosenentschädigung wird der versicherten Person ausbezahlt. Der Anspruch beginnt nach Ablauf eines Jahres (Wartefrist). Die Hilflosenentschädigung kann maximal 12 Monate rückwirkend ausgerichtet werden.

Beispiel

Es besteht seit Juni 2021 ein Unterstützungsbedarf, welcher zum Bezug einer Hilflosenentschädigung berechtigt. Im Oktober 2023 wird ein entsprechender Antrag eingereicht. Die Wartefrist ist im Juni 2022 abgelaufen. Bei einem rechtzeitigen Antrag wäre die Hilflosenentschädigung ab 1. Juni 2022 bezahlt worden. So besteht Anspruch ab 1. Oktober 2022.

3.6.2 Besitzstand bei Erreichen des Referenzalters

Mit dem Vorbezug der AHV-Rente oder mit dem Erreichen des Referenzalters wird die Hilflosenentschädigung in bisherigem Umfang von der AHV weiterbezahlt. Dabei handelt es sich um eine Besitzstandsgarantie. Dies ist insofern von Bedeutung, als die Höhe der Hilflosenentschädigung in der AHV deutlich tiefer ist als in der Invalidenversicherung.

3.6.3 Intensivpflegezuschlag bei Minderjährigen

Bei Minderjährigen, die eine intensive Betreuung benötigen, bezahlt die Invalidenversicherung zusätzlich zur Hilflosenentschädigung einen Intensivpflegezuschlag.

3.6.4 Koordination mit Unfallversicherung

Die Koordinationsbestimmungen sehen vor, dass der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung vorgeht. Mit Blick auf die höheren Beträge ist dies grundsätzlich im Interesse der versicherten Personen. Damit ist aber der Verlust der Möglichkeit, bei Bedarf einen Assistenzbeitrag der IV zu beziehen, verbunden.

3.6.5 Hilflosenentschädigung während Spitalaufenthalt oder Eingliederungsmassnahmen

Gemäss Art. 67 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) entfällt der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung für diejenigen Kalendermonate, in denen sich die versicherte Person in einer Heilanstalt aufhält. Diese Bestimmung gelangt lediglich für ganze Kalendermonate mit einem Spitalaufenthalt zur Anwendung. In der Invalidenversicherung gelten für minderjährige versicherte Personen abweichende Bestimmungen.

Beispiel

Eine versicherte Person weilte vom 12. März bis 28. Mai in einer Klinik. Für den Monat April wird keine Hilflosenentschädigung ausgerichtet. Für die Monate März und Mai wird sie vollumfänglich bezahlt.

Die vorstehend beschriebene gesetzliche Bestimmung berücksichtigt den Umstand, dass während der Dauer des Spitalaufenthalts die benötigte Unterstützung durch die Mitarbeitenden der Klinik erfolgt. Sie ist im Tarif enthalten und wird folglich von der Krankenkasse oder vom UVG-Versicherer bezahlt. Anders verhält es sich, wenn die Unterstützungsleistung auch im Spital von der üblicherweise helfenden Person erbracht wird. Bei dieser Konstellation ist die Hilflosenentschädigung auch während des Spitalaufenthalts geschuldet, d.h., Art. 67 Abs. 2 ATSG gelangt nicht zur Anwendung.

Volljährige Versicherte, die sich zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen während mindestens 24 Tagen im Kalendermonat in einer Institution aufhalten, haben für den betreffenden Kalendermonat keinen Anspruch auf die Hilflosenentschädigung.

3.7 Beträge

3.7.1 Invalidenversicherung

Grad der Hilflosigkeit	Zu Hause	Im Heim
Leicht	CHF 504	CHF 126
Mittelschwer	CHF 1260	CHF 315
Schwer	CHF 2016	CHF 504

Die vorstehenden Beträge sind in Abhängigkeit des Höchstbetrags der Altersrente nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die AHV festgesetzt worden. Mit der in der Regel alle 2 Jahre erfolgenden Anpassung der Renten an die Lohn- und Preisentwicklung ändern auch die Ansätze der Hilflosenentschädigung. Die vorstehenden Ansätze gelten ab 1. Januar 2025.

3.7.2 Unfallversicherung

Grad der Hilflosigkeit	Betrag
Leicht	CHF 812
Mittelschwer	CHF 1624
Schwer	CHF 2436

Die vorstehenden Ansätze sind in Abhängigkeit des Höchstbetrages des versicherten Tagesverdienstes (CHF 406) bemessen. Eine Anpassung erfolgt sporadisch. Die vorstehenden Ansätze gelten seit dem 1. Januar 2016.

3.8 Rechtliche Grundlagen

Invalidenversicherung:

Art. 6 Abs. 2 und Art. 42 ff des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) SR 831.20

Art. 35 ff der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) SR 831.201

Art. 67 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) SR 830.1

Unfallversicherung:

Art. 26 und 27 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) SR 832.20

Art. 37 und 38 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) SR 832.201

Art. 67 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) SR 830.1

3.9 Fazit

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) bei der Hilflosenentschädigung gegeben.

4 Assistenzbeitrag (IV)

4.1 Formale Voraussetzungen

4.1.1 Bezug einer Hilflosenentschädigung der IV

Voraussetzung ist der Bezug einer Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung. Wer die Hilflosenentschädigung von der AHV, der Unfall- oder der Militärversicherung bekommt, kann keinen IV-Assistenzbeitrag beantragen. Die Unfallversicherung (Kapitel 9) und die Militärversicherung (Kapitel 10) sehen jedoch ebenfalls Leistungen vor, welche einen Unterstützungsbedarf zum Gegenstand haben und zusätzlich zu einer Hilflosenentschädigung bezogen werden können.

Von einer Besitzstandgarantie profitiert, wer schon bisher einen Assistenzbeitrag bezogen hat und nun die Hilflosenentschädigung wegen Erreichens des Referenzalters von der AHV und nicht mehr von der IV bekommt.

4.1.2 Zusätzliche Voraussetzungen bei eingeschränkter Handlungsfähigkeit

Zusätzliche Bedingungen müssen volljährige Menschen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit erfüllen. Eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit liegt bei versicherten Personen vor, die

- einer umfassenden Beistandschaft oder
- einer Mitwirkungsbeistandschaft

unterstehen. Bei der Vertretungsbeistandschaft ist die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person nur betroffen, wenn die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) dies ausdrücklich anordnet. Bei der Begleitbeistandschaft gilt die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person nicht als eingeschränkt. Die eingeschränkte Handlungsfähigkeit wird von der KESB nicht immer mit einer Verfügung festgehalten. Wenn die Familienangehörigen praktisch die Rolle eines Beistands übernehmen, ist keine Meldung an die KESB angezeigt, da die Interessen der versicherten Person gewahrt werden. Gemäss Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) verzichten die KESB in diesen Fällen meistens auf eine Prüfung der Handlungsfähigkeit. Dies bedeutet aber noch nicht, dass die betroffene Person handlungsfähig ist. Wird z.B. die versicherte Person gegenüber Amtsstellen oder Drittpersonen vollumfänglich durch Familienangehörige vertreten, ist die Handlungsunfähigkeit faktisch erwiesen.

Ein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag besteht, wenn die volljährigen Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit einen eigenen Haushalt führen. Erfüllen sie dieses Kriterium nicht, können sie einen Assistenzbeitrag beanspruchen, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- sie absolvieren eine berufliche Ausbildung im ersten Arbeitsmarkt,
- sie absolvieren eine Ausbildung auf der Sekundarschulstufe II oder der Tertiärstufe,
- sie gehen während mindestens 10 Stunden pro Woche einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nach.

Zusätzlich besteht ein Anspruch, wenn bei Eintritt der Volljährigkeit ein Assistenzbeitrag im Zusammenhang mit einem Intensivpflegezuschlag (Ziffer 4.1.3) bezogen wurde.

4.1.3 Zusätzliche Voraussetzungen für Minderjährige

Für Minderjährige gelten ebenfalls Sonderregeln. Für sie wird ein Assistenzbeitrag bezahlt, wenn sie eine der folgenden Bedingungen erfüllen:

- sie besuchen während mindestens 3 Wochentagen die obligatorische Schule in einer Regelklasse,
- sie absolvieren eine berufliche Ausbildung im ersten Arbeitsmarkt,
- sie absolvieren eine Ausbildung auf der Sekundarschulstufe II,
- sie gehen während mindestens 10 Stunden pro Woche einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nach.

Zusätzlich wird für Kinder, die einen Intensivpflegezuschlag (Ziffer 3.6.3) aufgrund eines behinderungsbedingten Betreuungsaufwands von täglich mindestens 6 Stunden beziehen, ein Assistenzbeitrag gewährt.

4.2 Unterstützungsbedarf

4.2.1 Regelmässige Hilfe

Versichert ist der Bedarf an regelmässigen Hilfeleistungen. Das Kriterium der Regelmässigkeit wird weiter ausgelegt als bei der Hilflosenentschädigung (Ziffer 3.2.1). So gelten Hilfeleistungen als regelmässig, die nicht täglich, aber immer wieder erbracht werden (z.B. nicht tägliches Baden, Nägel schneiden, wöchentliche Wohnungsreinigung). Einmaliger oder aussergewöhnlicher Bedarf an Hilfe gilt jedoch nicht als regelmässig.

4.2.2 Lebensbereiche

Bei der Ermittlung des Unterstützungsbedarfs werden 8 verschiedene Lebensbereiche angeschaut:

1. alltägliche Lebensverrichtungen,
2. Haushaltsführung,
3. gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung,
4. Erziehung und Kinderbetreuung,
5. Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit,
6. berufliche Aus- und Weiterbildung,
7. Ausübung einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt und
8. Überwachung während des Tages.

4.2.3 Obergrenzen

Der zugelassene Unterstützungsbedarf ist begrenzt. Pro Monat können höchstens die folgenden Stunden als Bedarf berücksichtigt werden:

- Alltägliche Lebensverrichtungen, Haushaltsführung, gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung (Lebensbereiche 1 bis 3): Für die 3 Bereiche zusammen wird pro alltägliche Lebensverrichtung, bei der im Rahmen der Prüfung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung ein Unterstützungsbedarf festgestellt wurde, eine maximale Stundenzahl berücksichtigt. Bei leichter Hilflosigkeit sind es je 20 Stunden, bei mittelschwerer je 30 Stunden und bei schwerer je 40 Stunden. Für verschiedene Personengruppen ist in Abweichung der vorstehend beschriebenen Berechnungsart die Anzahl massgebender alltäglicher Lebensverrichtungen verbindlich vorgegeben. Bei gehörlosen Personen, die blind oder hochgradig sehschwach sind, gelten 6 alltägliche Lebensverrichtungen. Bei blinden oder hochgradig sehschwachen Personen sind es 3 alltägliche Lebensverrichtungen. Bei Personen, die eine Entschädigung für eine leichte Hilflosigkeit erhalten, ohne bei den alltäglichen Lebensverrichtungen eingeschränkt zu sein, sind es 2 alltägliche Lebensverrichtungen.

- Erziehung und Kinderbetreuung, Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, berufliche Aus- und Weiterbildung, Ausübung einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt (Lebensbereiche 4 bis 7): Für diese 4 Bereiche zusammen werden im Maximum 60 Stunden berücksichtigt.
- Überwachung während des Tages (Lebensbereich 8): Für diesen Bereich werden maximal 120 Stunden angerechnet.

Die vorstehenden Maximalansätze werden für jeden Tag und jede Nacht, welche die versicherte Person in einer Institution, wie zum Beispiel einer Tagesklinik, einer geschützten Werkstätte oder einem Heim verbringt, um 10 Prozent gekürzt.

4.2.4 Berücksichtigung anderer Sozialversicherungsleistungen

Die Summe aus der vorstehend skizzierten Berechnung stellt den ausgewiesenen Unterstützungsbedarf dar. In einem nächsten Schritt wird nun geprüft, ob und, wenn ja, wieweit dieser bereits durch andere Sozialversicherungsleistungen abgegolten ist. Die entsprechenden Stunden werden abgezogen. Es handelt sich um die Hilflosenentschädigung (Kapitel 3), Vergütung von Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels (Kapitel 8), Grundpflege der Krankenkasse (Ziffer 6.2.1) und von der Invalidenversicherung gewährte Beiträge an die Langzeitüberwachung (Ziffer 7.1.4). Diese Aufzählung ist abschliessend.

4.3 Wohnsituation

Der Assistenzbeitrag steht ausschliesslich Menschen offen, die in einer «eigenen» Wohnung leben. Nicht relevant ist, ob sie allein leben oder die Wohnung mit Familienangehörigen (dies beeinflusst aber die Höhe der Leistung) oder anderen teilen. Eine Wohngemeinschaft, die von einer Trägerschaft mit angestelltem Personal geführt wird, gilt als Heim, was den Bezug des Assistenzbeitrags ausschliesst.

4.4 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt

Die Unterstützungsleistungen müssen von einer natürlichen Person erbracht werden, die von der versicherten Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines Arbeitsvertrags angestellt wird. Nicht zugelassen sind Personen, mit denen die versicherte Person verheiratet ist, in eingetragener Partnerschaft oder in einem Konkubinat lebt. Das Gleiche gilt für Verwandte in gerader Linie. Folglich ist kein Assistenzbeitrag möglich, wenn Kinder ihre Eltern oder umgekehrt unterstützen.

4.5 Weitere Hinweise

4.5.1 Anspruchsbeginn

Der Assistenzbeitrag wird ab dem ersten Tag des Monats, in dem er beantragt wurde, ausgerichtet. Im Gegensatz zur Hilflosenentschädigung (Ziffer 3.6.1) also nicht rückwirkend.

4.5.2 Einreichungsfrist

Die Assistenzleistungen müssen innerhalb von 12 Monaten, nachdem sie erbracht wurden, gemeldet werden. Die Frist beginnt also nicht mit dem Datum der Abrechnung, wie bei den Ergänzungsleistungen (Ziffer 5.5.4), sondern mit dem Datum, an dem die Assistenzleistung erbracht wurde.

Beispiel

Es wurden Assistenzleistungen im Umfang von CHF 2300 für den Monat März 2022 im Mai 2022 in Rechnung gestellt. Die Frist von 12 Monaten beginnt im März 2022 (nicht im Mai 2022) und läuft folglich im März 2023 ab.

4.5.3 Praktische Abwicklung

Der Assistenzbeitrag wird nicht automatisch ausbezahlt. Die versicherte Person stellt der IV-Stelle monatlich Rechnung. Bei dieser Gelegenheit weist sie nach, dass die Assistenzleistung tatsächlich bezogen wurde. Der Unterstützungsbedarf kann schwanken. Deshalb ist ein vorübergehendes Überschreiten des «Monatsbudgets» bis zu 50 Prozent zulässig und kann später kompensiert werden. Der jährliche Assistenzbeitrag hingegen darf nicht überschritten werden.

4.5.4 Reduktion des «Jahresbudgets» bei Lebensgemeinschaft mit Partner / Partnerin

Grundsätzlich wird ein jährlicher Assistenzbeitrag in der Höhe des 12-fachen monatlichen Betrages festgesetzt. Versicherte Personen, die zusammen mit einer Person leben, mit der sie verheiratet sind, in eingetragener Partnerschaft leben oder eine faktische Lebensgemeinschaft eingegangen sind, erhalten lediglich den 11-fachen monatlichen Betrag. Das Gleiche gilt bei einer Wohngemeinschaft mit Eltern oder Kindern. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass es nahen Angehörigen zugemutet werden kann, in beschränktem Umfang Hilfeleistungen unentgeltlich zu erbringen.

4.5.5 Lohnfortzahlung

Ebenfalls in Rechnung gestellt werden können Stunden im Rahmen der Lohnfortzahlungspflicht als Arbeitgeber bei unverschuldeter Arbeitsverhinderung. Die Dauer ergibt sich aus den einschlägigen Bestimmungen des Obligationenrechts. Dabei dürfen 3 Monate nicht überschritten werden. Ebenfalls bis zu 3 Monaten vergütet wird die Assistenzentschädigung, wenn sich die versicherte Person beispielsweise kurzfristig in Spitalbehandlung begeben muss und dadurch die Assistenzperson daran gehindert wird, ihre Arbeitsleistung zu erbringen.

4.5.6 Bedarfsbemessung bei geplantem Heimaustritt

Personen, welche sich zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs auf einen Assistenzbeitrag in einem Heim aufhalten, kann der Assistenzbeitrag erst ab dem Zeitpunkt gewährt werden, ab dem sie das Heim verlassen. Die Bedarfsbemessung (Selbstdeklaration und Abklärung) kann jedoch zur Planungssicherheit der versicherten Person noch während des Heimaufenthalts gemacht werden. Die IV-Stelle erlässt eine ablehnende Verfügung. In dieser wird festgehalten, wie hoch die Leistungen beim Verlassen des Heims sein werden. Erfolgt der Heimaustritt innerhalb von 6 Monaten ab dem Erhalt der ablehnenden Verfügung, erlässt die IV-Stelle eine zustimmende Verfügung basierend auf der vorstehend erwähnten Bedarfsbemessung. Erfolgt der Heimaustritt später, prüft die IV-Stelle, ob die Bedarfsbemessung noch aktuell ist. Wenn nicht, kommt es zu einer neuen Abklärung.

4.6 Beträge

Pro Stunde werden CHF 35.30 vergütet. Darin inbegriffen ist eine Ferienentschädigung für die Assistenzperson von ca. CHF 2.50. Mit den restlichen CHF 32.80 müssen der Lohn und die auf Arbeitgebende entfallenden Sozialversicherungsbeiträge finanziert werden. Als Bruttolohn stehen somit rund CHF 29.00 zur Verfügung.

Benötigt die versicherte Person für die Bereiche Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, berufliche Aus- und Weiterbildung oder Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt eine Assistenzperson, die über besondere Qualifikationen verfügt, werden pro Stunde CHF 52.95 bezahlt.

Für den Nachtdienst ist eine aufgrund des ausgewiesenen Bedarfs festgesetzte pauschale Entschädigung von maximal CHF 169.10 pro Nacht vorgesehen. Damit kann neben den Arbeitsstunden auch die Präsenzzeit einer Assistenzperson entschädigt werden.

Die vorstehenden Beträge gelten ab dem 1. Januar 2025. Sie werden periodisch angepasst.

4.7 Beratung und Unterstützung

Für die Beratung und Unterstützung der versicherten Personen in ihrer Rolle als Arbeitgeberin und im Handling der Gepflogenheiten rund um den Assistenzbeitrag durch Drittpersonen können alle drei Jahre bis CHF 75 pro Stunde, total höchstens CHF 1500 ausgerichtet werden. Das Spektrum an Beratungsleistungen, die vergütet werden können, ist weit gefasst:

- Hilfe bei der Suche einer Wohnung für Versicherte, die in einem Heim wohnen
- Schulung und Beratung im Hinblick auf die Arbeitgeberrolle, insbesondere: Informationen über Arbeitgeberpflichten, Unterstützung beim Erstellen von Arbeitszeugnissen, Kündigungsschreiben usw.
- Unterstützung bei Berechnung von Lohnfortzahlungspflichten,
- Unterstützung bei Versicherungsfragen (BVG, UVG, KTGV).
- Unterstützung bei der Suche nach Assistenzpersonen
- Hilfe beim Finden von geeigneten Tätigkeiten im Bereich Bildung/Arbeit/Engagement
- Erläuterungen der Abrechnung für die IV-Stelle
- Informationen über allfällige weitere Leistungen und deren Koordination mit dem Assistenzbeitrag (Ergänzungsleistungen oder Leistungen der Krankenkasse)

4.8 Rechtliche Grundlagen

Art. 42^{quater} ff des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) SR 831.20

Art. 39a ff der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) SR 831.201

4.9 Fazit

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) beim Assistenzbeitrag gegeben. Mit dem Gesetz über Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG) wird unter anderem angestrebt, dass vermehrt Menschen eigenständig ausserhalb einer Institution leben können. Mit dem Heimaustritt sind die formellen Voraussetzungen für den Bezug des Assistenzbeitrags erfüllt. In diesem Zusammenhang ist die unter Ziffer 4.5.6 beschriebene Bedarfsplanung hilfreich.

Die mit der Arbeitgeberrolle verknüpften Aufgaben sind einigermaßen komplex. Das gilt sowohl für den Assistenzbeitrag als auch für Leistungen gemäss BLG. Die Beratung und Unterstützung gemäss Ziffer 4.7 stellt deshalb eine wichtige Nebenleistung zum Assistenzbeitrag dar.

5 Behinderungskosten im Rahmen Ergänzungsleistungen (zu AHV/IV)

5.1 Formale Voraussetzungen

5.1.1 Anspruch auf eine Leistung von IV / AHV

Eine Ergänzungsleistung können Personen beanspruchen, welche einen eigenen Anspruch auf eine der nachfolgenden Leistungen besitzen:

- eine AHV-Rente
- eine IV-Rente
- eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung, sofern sie das 18. Altersjahr vollendet haben
- ein IV-Taggeld, ununterbrochen während mindestens 6 Monaten

Dabei handelt es sich um die Grundvoraussetzung. Zusätzlich müssen die nachfolgend skizzierten Bedingungen erfüllt sein.

5.1.2 Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt in der Schweiz

Der Bezug von Ergänzungsleistungen setzt Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz voraus. Auslandsaufenthalte bis zu 3 Monaten unterbrechen die Anspruchsberechtigung nicht. In Ausnahmefällen wird die Ergänzungsleistung auch über diese 3 Monate hinaus bezahlt. Es müssen zwingende Gründe für einen längeren Aufenthalt vorliegen.

5.1.3 Vermögensgrenze

Wer über Ersparnisse verfügt, welche über den untenstehenden Höchstbeträgen liegen, kann keine Ergänzungsleistungen beziehen. Der Wert von selbstbewohnten Liegenschaften wird dabei nicht berücksichtigt.

- Alleinstehende Personen CHF 100 000
- Ehepaare CHF 200 000

Dabei handelt es sich um eine Momentaufnahme. Sobald das Vermögen unter die massgebende Grenze gefallen ist, steht dem Bezug einer Ergänzungsleistung grundsätzlich nichts mehr im Weg. Das Vermögen darf aber nur innerhalb vorgegebener Grenzen abgebaut werden. Andernfalls wird von einem «übermässigen Vermögensverbrauch» ausgegangen. Das «zu viel» ausgegebene Vermögen wird EL-rechtlich wie Schenkungen so behandelt, als ob es noch da wäre.

5.1.4 Wirtschaftlicher Bedarf

Ergänzungsleistungen können nur versicherte Personen beziehen, deren Einkommen unter angemessener Berücksichtigung eines allfälligen Vermögens nicht existenzsichernd ist. Hinzu kommt die wachsende Gruppe von Menschen, welche zur Finanzierung eines Heimaufenthaltes auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind.

Es werden die Einnahmen und die Ausgaben unter Anwendung verschiedener im Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen und seinen Ausführungsbestimmungen festgehaltener Berechnungsrichtlinien miteinander verglichen. Resultiert ein Ausgabenüberschuss, besteht Anspruch auf eine «jährliche» Ergänzungsleistung. Krankheits- und Behinderungskosten können zu zusätzlichen Zahlungen führen.

Bei der «jährlichen» Ergänzungsleistung von versicherten Personen, die in einer Wohnung leben, wird kein Unterstützungsbedarf berücksichtigt. Eine allfällige Hilflosenentschädigung wird folgerichtig auf der Einnahmenseite ebenfalls nicht angerechnet. Der Unterstützungsbedarf ist Gegenstand der Krankheits- und Behinderungskosten. Diese werden in Ziffer 5.2 vorgestellt.

Grundsätzlich wird pro Familie eine Ergänzungsleistung ausgerichtet. Somit werden Einnahmen und Ausgaben aller an der Ergänzungsleistung beteiligter Personen miteinander verglichen. Von diesem

Grundsatz wird bei gerichtlicher bzw. tatsächlicher Trennung von Eheleuten durch zwei separate Berechnungen abgewichen. Ebenfalls eine eigene Berechnung wird für Kinder gemacht, die nicht mit den Eltern zusammenwohnen bzw. bei einem Elternteil leben, der keinen Anspruch auf eine Rente besitzt und somit auch keine Ergänzungsleistungen beziehen kann.

5.1.5 Karenzfrist für ausländische Staatsangehörige

Für Ausländerinnen und Ausländer gilt eine Karenzfrist von 10 Jahren. Für Flüchtlinge und Staatenlose eine solche von 5 Jahren. Mit anderen Worten darf an diese Personen eine Ergänzungsleistung erst ausgerichtet werden, wenn sie sich unmittelbar vor Erfüllung der übrigen Anspruchsvoraussetzungen während der vorstehend erwähnten Anzahl Jahre ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben. Angehörige von Staaten der EU / EFT müssen keine Karenzfrist bestehen.

5.2 Unterstützungsbedarf

5.2.1 Pflege zu Hause

Für Angehörige, die notwendige Leistungen der Grundpflege (Ziffer 6.2.1) erbringen, werden CHF 25 pro Stunde vergütet. Pro Jahr werden höchstens CHF 9600 bezahlt. Dies gilt lediglich für Angehörige, die nicht an der Ergänzungsleistung beteiligt sind (Ziffer 5.1.4).

An die Pflegekosten (Ziffer 6.1.1 und 6.1.2) bezahlen die Krankenkassen einen Beitrag. Den Rest bezahlen die Kantone. Diese können die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger bis zu einem im Krankenversicherungsgesetz definierten Maximalbetrag an den Kosten beteiligen. Diese Kostenbeteiligung kann ebenfalls über die Ergänzungsleistungen vergütet werden. Nach Art. 31 Verordnung über die sozialen Leistungsangebote (SLV) haben sich im Kanton Bern lediglich Personen, die das 65. Altersjahr vollendet haben, an diesen Kosten zu beteiligen. Sie können sich diese Kostenbeteiligung als Krankheits- und Behinderungskosten zurückerstatten lassen.

5.2.2 Hilfe und Betreuung zu Hause

Bezügerinnen und Bezüger einer Hilflosenentschädigung haben Anspruch auf Hilfe und Betreuung zu Hause. Konkret handelt es sich um:

1. Kontrollgänge zur Verzögerung oder Vermeidung eines Heim- oder Spitaleintritts bei Personen mit kognitiven Einschränkungen oder psychischen Erkrankungen, die alleine leben und ab und zu eine geringfügige Überwachung oder Kontrolle benötigen,
2. Begleitung auf Spaziergängen ausser Haus zur Erhaltung der Mobilität, zum Kontakt mit der Aussenwelt und zur Prävention von Immobilität, sozialer Isolation und psychischen Krisen,
3. Hilfestellung bei Bewegungsabläufen ausserhalb von therapeutischen Sequenzen zur Erhaltung oder Wiedererlangung von Fähigkeiten oder der Selbstständigkeit,
4. Präsenz einer Person zur punktuellen Entlastung von betreuenden Familienangehörigen bei Sterbenden als Ergänzung zu Palliative-Care-Leistungen und bei erwachsenen Personen mit kognitiven Einschränkungen, die eine ständige Überwachung benötigen, und
5. Installation, Miete und Wartung eines Notrufsystems bei sturzgefährdeten Personen zur Vermeidung eines Heim- oder Spitaleintritts.

Der Bedarf muss mit einem «kleinen Arztbericht»¹ nachgewiesen werden. Die Hilfe und Betreuung gemäss Aufzählungspunkt 4 wird auch beim Fehlen einer Hilflosenentschädigung vergütet bei versicherten Personen, die an einer progredienten, weit fortgeschrittenen Krankheit leiden und zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht, nur noch eine begrenzte Lebenserwartung haben.

¹ Der Ausdruck wird in den Artikeln 16 ff der Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG) verwendet. Der Umfang des Arztberichts wird mit «bis 10 Zeilen» vorgegeben.

Für Leistungen, die von Organisationen erbracht werden, könnten pro Stunde maximal CHF 46 vergütet werden. Hinzu kommt einmal pro Tag eine Wegpauschale von CHF 5.

Die Vergütung der Hilfe und Betreuung zu Hause durch Angehörige ist unter den folgenden Bedingungen möglich:

- sie sind nicht in die EL-Berechnung eingeschlossen,
- durch die Hilfe und Betreuung erleiden sie eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse und
- sie haben das Referenzalter noch nicht erreicht.

Die Hilfe und Betreuung durch Angehörige wird mit CHF 25 pro Stunde und höchstens im Umfang der nachgewiesenen Erwerbseinbusse vergütet.

5.2.3 Hilfe und Betreuung im Haushalt

Die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt wird vergütet, sofern mit einer Bedarfsabklärung und einem «kleinen Arztbericht» die Notwendigkeit nachgewiesen wird. Die Bedarfsabklärung muss mit dem Bedarfsabklärungsformular für hauswirtschaftliche Dienstleistungen des SPITEX Verbands des Kantons Bern oder mit RAI-HC (Resident Assessment Instrument–Home-Care) «Hauswirtschaft» vorgenommen werden.

Für Leistungen, die von Organisationen erbracht werden, können pro Stunde maximal CHF 46 vergütet werden. Hinzu kommt einmal pro Tag eine Wegpauschale von CHF 5. Bezieht die versicherte Person eine Hilflosenentschädigung sind die Leistungen betraglich nicht begrenzt. Beim Fehlen einer Hilflosenentschädigung werden pro Jahr maximal CHF 9600 bezahlt.

Werden die Leistungen durch Familienangehörige oder Drittpersonen erbracht, können pro Stunde CHF 25 vergütet werden. Pro Jahr werden maximal CHF 4800 bezahlt. Dies unabhängig vom Bezug einer Hilflosenentschädigung. Leben die Leistungserbringenden im gleichen Haushalt wie die versicherte Person, ist keine Vergütung möglich.

5.2.4 Hilfe, Pflege und Betreuung durch fest angestelltes Personal

Kosten für arbeitsvertraglich direkt angestelltes Personal für Hilfe, Pflege und Betreuung ist für zu Hause wohnende Bezügerinnen und Bezüger einer Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit möglich. Die Hürden sind allerdings hoch. Eine Anstellung ist nur für Leistungen möglich, die nicht von einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) erbracht werden können. Die Ausgleichskasse des Kantons Bern muss vor der Anstellung Gelegenheit erhalten, durch eine von ihr bezeichnete Fachperson Art und Umfang der Leistungen sowie das Anforderungsprofil der anzustellenden Person zu definieren. Es gibt weder Vorgaben zum Lohn noch einen jährlichen Höchstbetrag (siehe jedoch Ziffer 5.6).

5.2.5 Hilfe, Pflege und Betreuung in Tagesstrukturen

Die Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung in Tagesheimen, Beschäftigungsstätten und ähnlichen Tagesstrukturen werden bis maximal CHF 45 pro Tag vergütet, sofern

- sich die versicherte Person mehr als fünf Stunden pro Tag dort aufhält und
- die Tagesstruktur von einem öffentlichen oder gemeinnützigen privaten Träger betrieben wird.

Eine Vergütung entfällt, wenn die versicherte Person für ihre Tätigkeit in der Tagesstruktur mehr als CHF 50 pro Monat erhält.

5.2.6 Kostenbeteiligung Krankenkasse

Vergütet wird die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise) für Leistungen, die die obligatorische Krankenversicherung übernimmt. Dazu gehört auch die Kostenbeteiligung für die Grundpflege (Ziffer

6.2.1). Hat eine versicherte Person eine höhere Franchise als CHF 300 gewählt, so wird ihr eine Kostenbeteiligung von höchstens 1 000 Franken pro Jahr vergütet.

Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts in einem Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wird nicht vergütet.

5.2.7 Bade- und Erholungskuren

Die Kosten für ärztlich angeordnete Erholungskuren in einem Heim oder Spital werden vergütet. Dies gilt namentlich auch, wenn der Aufenthalt zur Entlastung der Angehörigen organisiert wurde. Dabei gelangt in der Regel ein Höchstbetrag von CHF 135 pro Tag zur Anwendung. Davon abgezogen wird ein «angemessener Betrag für den Lebensunterhalt».

5.2.8 Weitere Krankheits- und Behinderungskosten

In den vorstehenden Ziffern 5.2.1 bis 5.2.7 sind die Leistungen beschrieben, bei den der Grundsatz der Kongruenz (Ziffer 2.1) in der Regel erfüllt sein dürfte. Die Ergänzungsleistungen kennen weitere Krankheits- und Behinderungskosten, für die das nicht zutrifft. Es handelt sich um Zahnbehandlungen, Mehrkosten für eine medizinisch notwendige Diät, Transporte, Hilfsmittel und Pflegehilfsgeräte. Mit Blick auf den Grundsatz der Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) kommen diese aber für eine Anrechnung nicht in Frage. Sie werden deshalb hier nicht weiter ausgeführt.

5.2.9 Formulare

Verschiedene der in den vorstehenden Ziffern erwähnten Bedarfsabklärungen werden mit Vorteil auf dem dafür vorgesehenen Formular der Ausgleichskasse des Kantons Bern gemacht. [Formulare AKB](#)

5.3 Wohnsituation

Die Wohnsituation (Wohnung oder Heim) beeinflusst die maximal zur Verfügung stehenden Beträge für Krankheits- und Behinderungskosten (Ziffer 5.6.1). Wie in Ziffer 5.2 ausgeführt geht es zudem bei einem substantiellen Teil der Krankheits- und Behinderungskosten um Hilfe und Unterstützung zu Hause.

5.4 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt

Bei verschiedenen Krankheits- und Behinderungskosten gelten unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen. Ausserdem werden für erbrachte Leistungen von Angehörigen, Organisationen oder Drittpersonen unterschiedliche Ansätze bezahlt. Die Einzelheiten werden bei den einzelnen Kostenarten in Ziffer 5.2 erläutert.

5.5 Weitere Hinweise

5.5.1 Beginn des Anspruchs auf «jährliche» Ergänzungsleistungen

Grundsätzlich besteht ein Anspruch ab dem 1. Tag des Monats, in dem die Anmeldung erfolgte. Rückwirkend auf den Rentenbeginn werden Leistungen gewährt, wenn der Antrag innerhalb von 6 Monaten seit Erhalt der Rentenverfügung erfolgt.

5.5.2 Beginn des Anspruchs auf Krankheits- und Behinderungskosten

Es können nicht nur Krankheits- und Behinderungskosten, die während des Anspruchs auf «jährliche» Ergänzungsleistungen entstanden sind, vergütet werden, sondern auch solche, die vor dem Beginn der jährlichen Ergänzungsleistungen entstanden sind. Dies allerdings nur, sofern die unter Ziffer 5.1 beschriebenen Voraussetzung erfüllt waren, also insbesondere bereits Anspruch auf eine Rente bestand.

Beispiel

Maria F. bezieht seit dem 1. Juni 2022 eine IV-Rente. Der Anspruch auf eine «jährliche» Ergänzungsleistung besteht seit dem 1. Oktober 2023. Im Mai 2023 erhielt sie von ihrer Spitex eine Rechnung für Hilfe und Betreuung im Haushalt:

1.4.22 bis 31.5.22 CHF 800

1.6.22 bis 31.12.22 CHF 2800

Die CHF 800 werden nicht vergütet, weil Maria F. in dieser Zeitspanne noch keine Rente bezog. Die CHF 2800 werden hingegen bezahlt (sofern die in der Ziffer 5.2.3 erwähnten Voraussetzungen erfüllt sind), obwohl zu diesem Zeitpunkt noch kein Anspruch auf eine «jährliche» Ergänzungsleistung bestand.

5.5.3 Bedeutung des Rechnungsdatums

Die Krankheits- und Behinderungskosten, welche pro Kalenderjahr vergütet werden dürfen, sind begrenzt (Ziffer 5.6). Folglich kann es wichtig sein, welchem Kalenderjahr die in Rechnung gestellte Kosten zugeordnet werden. Massgebend ist das Rechnungsdatum und nicht das Behandlungsdatum.

Beispiel

Die Ausgangslage ist im Beispiel von Ziffer 5.5.2 beschrieben. Die CHF 2800, welche Maria F. zurückerstattet werden, gehen zulasten des Jahres 2023.

Wie unter Ziffer 5.5.5 ausgeführt kann es trotz fehlendem Anspruch auf eine «jährliche» Ergänzungsleistung zur Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten kommen. Auch in diesem Zusammenhang ist für das Zuordnen der Kosten zu einem Kalenderjahr das Rechnungsdatum und nicht das Behandlungsdatum massgebend.

5.5.4 Einreichungsfrist

Die Rückerstattung von Krankheits- und Behinderungskosten muss innerhalb von 15 Monaten ab Rechnungsstellung geltend gemacht werden.

5.5.5 Krankheitskosten bei Einnahmenüberschuss

Soweit die Krankheits- und Behinderungskosten einen bei der Überprüfung des Anspruches auf eine jährliche Ergänzungsleistung festgestellten Einnahmenüberschuss überschreiten, können sie vergütet werden.

Beispiel

Die EL-Berechnung einer Rentnerin ergibt einen Einnahmenüberschuss von CHF 2000. Wegen einer dringend notwendigen Zahnsanierung sind ihr ungedeckte Krankheitskosten von CHF 6 000 entstanden.

Ungedeckte Krankheitskosten	CHF 6000
abzüglich Einnahmenüberschuss	CHF 2000
Ergänzungsleistung	CHF 4000

5.5.6 Anrechnung Hilflosenentschädigung

Bei der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten wird die Hilflosenentschädigung nicht, auch nicht teilweise, in Abzug gebracht. Einzig im Falle einer Erhöhung des Maximalbetrags für Krankheits- und Behinderungskosten (Ziffer 5.6.2) wird die Hilflosenentschädigung je nach Situation ganz oder teilweise abgezogen.

5.6 Beträge

5.6.1 Höchstbeträge für Krankheits- und Behinderungskosten

Bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sind die Krankheits- und Behinderungskosten, welche im Maximum vergütet werden können, auf jährlich CHF 6000 begrenzt. Bei versicherten Personen mit einem eigenen Haushalt gelten die folgenden Höchstbeträge:

- Alleinstehende CHF 25 000
- Ehepaare CHF 50 000

Die vorstehenden Maximalbeträge gelten auch, wenn nur während eines Teils des Jahres ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen bestand.

5.6.2 Erhöhung der Maximalbeträge

Die vorstehend erwähnten Ansätze werden für Personen, die zu Hause leben und dort Pflege und Betreuung benötigen, unter gewissen Voraussetzungen bis auf CHF 90 000 bei Alleinstehenden und bis auf CHF 180 000 bei Ehepaaren erhöht.

Ob die Beträge erhöht werden können, hängt vom Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, vom Alter der versicherten Person und der Höhe der anfallenden Kosten ab:

- **Hilflosenentschädigung:** Es muss eine Entschädigung für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit geschuldet sein. Lediglich leichte Hilflosigkeit reicht nicht.
- **Alter:** Von den höheren Maximalbeträgen profitieren lediglich Personen, die von der Invaliden- oder der Unfallversicherung eine Hilflosenentschädigung erhalten. Eine Besitzstandgarantie gilt für Personen, bei denen die AHV eine bisher von der Invalidenversicherung bezahlte Hilflosenentschädigung ablöst.
- **Höhe der anfallenden Kosten:** Die Kosten für Pflege und Betreuung müssen höher sein als die Hilflosenentschädigung und die gesamten Krankheits- und Behinderungskosten müssen den normalen Höchstbetrag gemäss Ziffer 5.6.1 übersteigen. Diese Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein, damit der Maximalbetrag hinaufgesetzt wird.

5.6.3 Ansätze und Höchstbeträge für die einzelnen Kostenarten

Für die von Angehörigen, Organisationen oder Drittpersonen erbrachten Leistungen gelten unterschiedliche Ansätze und Höchstbeträge. Die Einzelheiten werden bei den einzelnen Kostenarten in Ziffer 5.2 erläutert.

5.7 Rechtliche Grundlagen

Art. 14 ff des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen (ELG) SR 831.30

Art. 19 und Art. 19b der Verordnung über die Ergänzungsleistungen (ELV) SR 831.301

Art. 7 ff der Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG) BSG 841.311

5.8 Fazit

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) bei den in diesem Kapitel vorgestellten Krankheits- und Behinderungskosten (Ziffer 5.2.1 bis Ziffer 5.2.7) gegeben.

Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen ist in erster Linie von der wirtschaftlichen Situation der versicherten Person abhängig (Ziffer 5.1.4). Nur wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, kann es zu den vorgestellten Leistungen kommen.

6 Pflegekosten im Rahmen der Krankenversicherung

6.1 Grund- und Zusatzversicherungen

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Daneben gibt es eine Vielzahl unterschiedlichster Zusatzversicherungen. Sie sind ausserhalb der Sozialversicherung angesiedelt. Es lassen sich keine allgemein gültigen Aussagen machen. Es gelten die vertraglichen Bestimmungen zwischen Versicherer und versicherter Person (Allgemeine Vertragsbedingungen AVB, Reglemente).

6.2 Unterstützungsbedarf

6.2.1 Grundpflege

Es handelt sich um die Unterstützung von Patienten oder Patientinnen, welche Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie 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, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken.

Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

6.2.2 Behandlungspflege

Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung sind:

- Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
- einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
- Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
- Massnahmen zur Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
- Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
- Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse,
- Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
- enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
- Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
- Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
- pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
- Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangpackungen,
- pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
- Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

6.2.3 Abklärung, Beratung und Koordination

Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sind:

- Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
- Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte und Vornahme der notwendigen Kontrollen,
- Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.

6.3 Wohnsituation

Die gesetzlichen Bestimmungen unterscheiden zwischen Pflegeleistungen, die ambulant, auch in Tages- oder Nachstrukturen, erbracht werden einerseits, und Pflegeleistungen, die in Pflegeheimen erbracht werden, andererseits. Die Ausführungen in diesem Kapitel beziehen sich ausschliesslich auf Pflegeleistungen, die ambulant im Sinne der vorstehenden Definition erbracht werden. Es geht also um Menschen, die privat oder in einer Institution, die nicht auf der Pflegeheimliste figuriert, leben. Bei einem Aufenthalt in einem Heim, das auf der Pflegeheimliste aufgeführt ist, gelten andere Bestimmungen.

6.4 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt

Die Leistungen werden in der Regel von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (oder von selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen) erbracht. Sie haben verschiedene Auflagen zu erfüllen. So müssen sie über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat, verfügen. Ab 1. Juli 2024 wird zudem ausdrücklich ein Leistungsauftrag des Kantons verlangt. Dieser legt im Leistungsauftrag insbesondere die zu erbringenden Ausbildungsleistungen fest. Auch ein Wohnheim kann grundsätzlich zur Leistungserbringung zulasten der Krankenkassen zugelassen werden, sofern es alle Bedingungen erfüllt (Spitin). Es erleichtert das Abrechnen mit den Krankenkassen, wenn es über eine Zahlstellenregister-Nummer (ZSR Nummer) verfügt. ZSR-Nummer

Die vorstehend erwähnte rechtliche Vorgabe lässt zu, dass für die Leistungen der Grundpflege (Ziffer 6.2.1) nicht zwingend Pflegefachpersonen eingesetzt werden müssen. Es gibt Spitex-Organisationen, welche für pragmatische Lösungen Hand bieten. Zu denken ist dabei an die Anstellung von Familienangehörigen, welche die Grundpflege erbringen. Dies selbstverständlich nur, wenn diese auch für eine qualitativ überzeugende Leistungserbringung Gewähr bieten. Zu diesem Zweck muss in der Regel vorgängig ein entsprechender Kurs besucht werden. Zu denken ist dabei etwa an Lehrgang Pflegehelfende SRK. SRK Lehrgang

6.5 Weitere Hinweise

6.5.1 Ärztliche Verordnung

Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist ein ärztlicher Auftrag. Dieser bestimmt, dass die versicherte Person Pflegemassnahmen benötigt. Die ärztliche Verordnung ist für längstens 9 Monate gültig (siehe jedoch nachstehenden Hinweis auf die Änderung per 1. Juli 2024). Eine Sonderregelung besteht für Personen, die eine Entschädigung für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit beziehen. Für Leistungen, die sich auf den Gesundheitsschaden beziehen, welcher die Hilflosigkeit verursacht hat, gilt die ärztliche Verordnung unbefristet.

Ab 1. Juli 2024 braucht es für die Bedarfsermittlung und die Grundpflege keine ärztliche Verordnung mehr.

6.5.2 Bedarfsermittlung

Die Ermittlung des Bedarfs erfolgt durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen.

Ergibt die Bedarfsermittlung, dass Leistungen gemäss Ziffer 6.2.2 notwendig sind, so wird für diese die ausdrückliche Zustimmung der Ärztin oder des Arztes benötigt. Erteilt diese oder dieser die ausdrückliche Zustimmung nicht, so ist die Bedarfsermittlung erneut durchzuführen. Die erneute Bedarfsermittlung erfolgt unter ärztlicher Mitwirkung, wenn die Ärztin oder der Arzt dies als notwendig erachtet.

Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes. Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular, das von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeitet wurde, festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben.

6.6 Beträge

Für die Grundpflege werden pro Stunde CHF 52.60, für die Behandlungspflege CHF 63 und für die Abklärung, Beratung sowie Koordination CHF 76.90 bezahlt.

Diese Ansätze sind nicht kostendeckend. Die gesetzlichen Grundlagen sehen ausdrücklich lediglich eine Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten vor. Die restlichen Kosten gehen zulasten der Kantone. Diese dürfen die Leistungsempfangenden bis zu definierten Maximalbeträgen an der Finanzierung beteiligen.

Die Krankenkassen kürzten bis am 29. August 2024 teilweise ihre Leistungen für die Grundpflege, wenn und soweit diese bereits durch eine allfällige Hilflosenentschädigung abgedeckt waren. Am 29. August 2024 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis und entschied, dass es für diese Verrechnung keine gesetzliche Grundlage gibt (BGE 9C_480/2022). Somit ist künftig nicht mehr erlaubt.

6.7 Rechtliche Grundlagen

Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10

Art. 49 und 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) SR 832.102

Art. 7 ff der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) SR 832.112.31

6.8 Fazit

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) bei der Grundpflege (Ziffer 6.2.1) gegeben. Bei der Behandlungspflege ist im Einzelfall zu prüfen, ob die im Rahmen Bedarfsermittlung (Ziffer 6.5.2) als notwendig erachtete Massnahme der Behandlungspflege (Ziffer 6.2.2) auch Gegenstand des Unterstützungsbedarf gemäss Artikel 7 Absatz 1 BLG (Ziffer 2.1) sind. Bei den übrigen Leistungen ist sie hingegen fraglich.

7 Pflegekosten bei Geburtsgebrechen (IV)

7.1 Unterstützungsbedarf

7.1.1 Grundpflege

Die IV übernimmt keine Massnahmen der Grundpflege.

7.1.2 Abklärung und Beratung

IV-Rundschreiben Nr. 394 vom 12. Dezember 2019 enthält eine abschliessende Liste, welche die Massnahmen beschreibt und die maximal verrechenbare Zeit pro Massnahme festlegt. [Liste Massnahmen](#)

7.1.3 Untersuchung und Behandlung

IV-Rundschreiben Nr. 394 vom 12. Dezember 2019 enthält eine abschliessende Liste, welche die Massnahmen beschreibt und die maximal verrechenbare Zeit pro Massnahme festlegt. [Liste Massnahmen](#)

7.1.4 Medizinische Langzeitüberwachung

Unter der medizinischen Langzeitüberwachung versteht man die Pflege von Kindern/Jugendlichen, bei welchen jederzeit eine lebensbedrohliche oder gesundheitsgefährdende Situation auftreten kann, welche das Intervenieren durch eine medizinische Fachperson erfordert. Bei der Beurteilung, ob und wenn ja, in welchem Umfang eine medizinische Langzeitüberwachung erforderlich ist, wird ebenfalls eine umfassende, abschliessende Liste, die in IV-Rundschreiben Nr. 394 vom 12. Dezember 20219 enthalten ist, angewandt. Die IV übernimmt im Maximum 16 Stunden. [Liste Massnahmen](#)

7.2 Wohnsituation

Die IV übernimmt ausschliesslich medizinische Pflegeleistungen, die ambulant erbracht werden.

7.3 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt

Medizinische Hilfspersonen mit einem anerkannten Diplom in Krankenpflege, welche die kantonalen Vorschriften betreffend die Berufsausübung erfüllen, dürfen die in Ziffer 7.1 erwähnten Leistungen erbringen. Massnahmen, die Eltern oder andere Bezugspersonen im Rahmen ihrer Kapazitäten und Fähigkeiten übernehmen, werden nicht vergütet.

7.4 Weitere Hinweise

7.4.1 Ärztliche Verordnung

Soweit die Behandlung einer selbständig tätigen medizinischen Hilfsperson übertragen wird, ist eine schriftliche Anordnung der/des die betreffenden Massnahmen überwachenden Ärztin / Arzt notwendig, in welcher Beginn, Dauer, Art und Umfang der durchzuführenden Massnahmen festgelegt sein müssen, mit dem Hinweis, dass die angeordneten Massnahmen Leistungen der IV betreffen.

7.4.2 Zusprache der Leistungen

Bei der Krankenkasse gibt es vor der Leistungserbringung keinen Kontakt zwischen Versicherer und Leistungserbringenden. Die Leistungen werden erbracht und in Rechnung gestellt. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, erbringt die Krankenkasse ihre Leistungen. Die IV-Stellen hingegen prüfen Gesuche um die Leistungserbringung vorgängig und sprechen danach Leistungen zu. Aus der entsprechenden Leistungsverfügung gehen das Ziel der zugesprochenen Leistungen, Art, Umfang (Häufigkeit und Dauer der Sitzungen) sowie die voraussichtliche Dauer (Zeithorizont) der Behandlung hervor. Ebenfalls Gegenstand der Verfügung ist, wer die Leistungen erbringt.

Die medizinischen Massnahmen werden nicht unbefristet zugesprochen. Es wird regelmässig überprüft, ob die Massnahmen zur Erreichung des Therapieziels beitragen. Wie häufig diese Überprüfung stattfindet, hängt von der Art der Beeinträchtigung und der Behandlung ab. Wenn eine Behandlung für mehrere Jahre zugesprochen wird, ist eine vertiefte Abklärung und Begründung notwendig.

7.4.3 Abgrenzung zur Krankenkasse

Die Kosten für die Behandlung von Geburtsgebrechen gehen längstens bis zum vollendeten 20. Altersjahr zulasten der IV. Es gibt keine Verlängerungsmöglichkeit. Ist über diese Altersgrenze hinaus eine Behandlung erforderlich, geht diese zulasten der Krankenkasse. Sie erbringt auch Leistungen für die seit Geburt bestehenden Gebrechen, welche keine Aufnahme auf die Liste mit den Geburtsgebrechen fanden.

7.5 Beträge

Es werden pro Stunde CHF 114.96 vergütet. Der Spitexverband hat den aktuellen Tarifvertrag mit der Begründung gekündigt, dass der erwähnte Stundenansatz nicht kostendeckend sei. Die gesetzlichen Grundlagen schreiben, im Gegensatz zur Krankenversicherung (Ziffer 6.6), kostendeckende Tarife vor.

7.6 Rechtliche Grundlagen

Art. 13 bis Art. 14^{ter} des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) SR 831.20
Art. 3 ff de Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) SR 831.201

7.7 Fazit

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) lediglich bei der medizinischen Langzeitüberwachung (Ziffer 7.1.4) gegeben. Bei den übrigen Leistungen ist sie sehr fraglich. Auffallend ist, dass bei Geburtsgebrechen die Grundpflege über Spitex nicht im Leistungskatalog figuriert. Dafür sind Hilflo-senentschädigung und Intensivpflegezuschlag vorgesehen.

8 Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels (IV)

8.1 Unterstützungsbedarf

Anstelle eines Hilfsmittels kann die IV besondere Dienstleistungen, die von Dritten erbracht werden, vergüten, wenn sie dazu dienen,

- den Weg zur Arbeit, Schulung oder Ausbildung zu überwinden (anstelle der Amortisationsbeiträge im Zusammenhang mit einem behindertengerechten Motorfahrzeug),
- den Beruf auszuüben, (z.B. Vorlesen von berufsnotwendigen Texten) oder
- den Kontakt mit der Umwelt zu ermöglichen.

Im Zusammenhang mit dem letztgenannten Punkt kann die IV ein spezielles Training (mit)finanzieren, wenn dadurch Fähigkeiten erworben werden, die der Aufrechterhaltung des Kontakts mit der Umwelt dienen (z.B. Absehunterricht und Erlernen der Gebärdensprache für Spätertaubte).

8.2 Wohnsituation

Die Wohnsituation ist kein Anspruchskriterium.

8.3 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt

Es ist nicht von Belang, wer die Dienstleistung erbringt.

8.4 Beträge

Die IV vergütet der versicherten Person auf Basis einer entsprechenden Rechnung die nachgewiesenen, effektiv angefallenen Kosten. Die Vergütung ist limitiert. Sie darf weder den Betrag des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens noch den anderthalbfachen Mindestbetrag der ordentlichen einfachen Altersrente übersteigen. Das sind aktuell CHF 1838.

8.5 Rechtliche Grundlagen

Art. 21^{ter} Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) SR 831.20

Art. 9 der Verordnung des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) SR 831.232.51

8.6 Fazit

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) bei den Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels gegeben.

9 Hilfe und Pflege zu Hause im Rahmen Unfallversicherung

9.1 Unterstützungsbedarf

9.1.1 Einführung

In der Unfallversicherung wird zwischen medizinischer Pflege zu Hause und nicht medizinischer Hilfe zu Hause unterschieden. Bei der medizinischen Pflege ist zu prüfen, von wem sie erbracht wird. Handelt es sich um Personen oder Organisationen, die in der Krankenversicherung zur Leistungserbringung zugelassen sind, werden die gesamten Kosten übernommen. Andernfalls ist lediglich ein Beitrag geschuldet.

Für die nicht medizinische Hilfe ist ebenfalls lediglich ein Beitrag vorgesehen. Zu beachten ist zusätzlich eine allfällige Hilfflosenentschädigung. Hilfe, die bereits mit dieser Leistung abgegolten ist, kann nicht nochmals entschädigt werden und wird abgezogen.

9.1.2 Medizinische Pflege

In der Unfallversicherung gelten als medizinische Pflege die Untersuchung und Behandlung sowie die Abklärung, Beratung und Koordination analog Krankenversicherung (Ziffer 6.2.2 und 6.2.3).

9.1.3 Nicht medizinische Pflege

In der Unfallversicherung gilt als nicht medizinische Pflege die Grundpflege analog Krankenversicherung (Ziffer 6.2.1).

Die Hilfe im Haushalt gilt nicht als Pflege. Es werden folglich, in Übereinstimmung mit der Krankenversicherung, keine Leistungen ausgerichtet.

9.2 Wohnsituation

Die Leistungen werden unabhängig von der Wohnform zur Verfügung gestellt. In diesem Sinn ist die Bezeichnung der Leistung «Hilfe und Pflege zu Hause» unpräzise.

9.3 Person, welche die Unterstützungsleistung erbringt

Grundsätzlich gibt es bei den Personen, welche die Unterstützungsleistungen erbringen, keine Einschränkungen. Es können auch Angehörige entschädigt werden. Dies unabhängig davon, ob sie durch das Erbringen der Unterstützungsleistung einen Erwerbsausfall erleiden oder nicht (dies im Gegensatz zur Ergänzungsleistung). Beim Umfang der Leistungen wird hingegen unterschieden, ob sie von zugelassenen Personen und Organisationen analog Krankenversicherung (Ziffer 6.4) oder von anderen Personen und Organisationen erbracht werden.

9.4 Weitere Hinweise

9.4.1 Ärztliche Verordnung

Die Pflege muss medizinisch indiziert sein. Eine ärztliche Verordnung muss nicht zwingend vorliegen.

9.4.2 Bedarfsermittlung

Es braucht in jedem Fall eine sorgfältige Abklärung des Pflegebedarfs. Diese erfolgt durch eine Person, welche über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Dazu gehört namentlich eine abgeschlossene Ausbildung als Pflegefachperson.

Der Pflegebedarf kann mit dem Abklärungsinstrument Resident Assessment Instrument Homecare (RAI-HC) oder anderen geeigneten Mitteln erhoben werden. Festgehalten werden die im konkreten Fall tatsächlich benötigten Zeiten, wobei Synergien zwischen den einzelnen Pflegemassnahmen zu berücksichtigen sind. Mit der Verwendung des RAI-HC werden die Abklärungen objektiver und die Ergebnisse vergleichbar.

Nach Möglichkeit sollen bei der Abklärung die versicherte Person, Familienangehörige, die Rechtsvertretung, die aktuell pflegenden Personen sowie eine Vertretung des Versicherers anwesend sein, was erlaubt, Differenzen zu erkennen und zu bereinigen.

Der gesamte Pflegeaufwand wird detailliert und zeitlich quantifiziert abgeklärt, insbesondere auch die Leistungen, welche die unter die Hilflosenentschädigung fallenden alltäglichen Lebensverrichtungen betreffen (Ziffer 9.5.2 letzter Satz).

9.5 Beträge

9.5.1 Medizinische Pflege

Für zugelassene Personen und Organisationen (Ziffer 6.4) wird für Massnahmen der Abklärung und Beratung pro Stunde CHF 114.96 bezahlt. Für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung beläuft sich der Stundensatz auf CHF 99.96. Die gesetzlichen Grundlagen schreiben, im Gegensatz zur Krankenversicherung (Ziffer 6.6), kostendeckende Tarife vor.

Wird die medizinische Pflege durch andere Personen oder Organisationen erbracht, bezahlt der UVG-Versicherer einen Stundensatz, der auf der aktuellen LSE-Tabelle 1 (T1 skill-level), Pos. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 2 basiert. Dazu wird der in der LSE aufgeführte mediane standardisierte Monatslohn durch 173.33 Stunden dividiert und das Ergebnis nach den anerkannten Regeln Mathematik auf ganze Rappen gerundet. [LSE Tabelle 1](#)

9.5.2 Nicht medizinische Pflege

Für zugelassene Personen und Organisationen (Ziffer 6.4) wird für die Grundpflege pro Stunde CHF 90.00 bezahlt.

Wird die nicht medizinische Pflege durch andere Personen oder Organisationen erbracht, bezahlt der UVG-Versicherer einen Stundensatz, der auf der aktuellen LSE-Tabelle 1 (T1 skill-level), Pos. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 1 basiert. Dazu wird der in der LSE aufgeführte mediane standardisierte Monatslohn durch 173.33 Stunden dividiert und das Ergebnis nach den anerkannten Regeln Mathematik auf ganze Rappen gerundet. [LSE Tabelle 1](#)

Die Unfallversicherung kürzt die nach den vorstehenden Ausführungen berechnete Leistung für nicht medizinische Pflege, wenn und soweit diese bereits durch eine allfällige Hilflosenentschädigung abgedeckt sind. Das Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2024 (BGE 9C_480/2022), welche eine solche Verrechnung der Hilflosenentschädigung der IV mit Leistungen der Krankenkasse für Massnahmen der Grundpflege untersagt, ist in der Unfallversicherung wegen unterschiedlicher rechtlicher Grundlagen nicht anwendbar (Ziffer 6.6).

9.6 Rechtliche Grundlagen

Art. 10 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) SR 832.20

Art. 18 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) SR 832.201

Empfehlung Nr. 01/2022: Hilfe und Pflege zu Hause AD-HOC-KOMMISSION SCHADEN UVG

9.7 Fazit

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) bei der nicht medizinischen Pflege (Ziffer 9.1.3 und 9.5.2) gegeben. Bei der medizinischen Pflege ist im Einzelfall zu prüfen, ob die im Rahmen Bedarfsermittlung (Ziffer 9.4.2) als notwendig erachteten Massnahmen der Behandlungspflege (Ziffer 9.1.2 in Verbindung mit Ziffer 6.2.2) auch Gegenstand des Unterstützungsbedarf gemäss Artikel 7 Absatz 1 BLG (Ziffer 2.1) sind.

10 Militärversicherung

Die Militärversicherung kennt die mit Abstand grosszügigsten Leistungen. Sie orientieren sich am Grundsatz, dass die gesamten Kosten vergütet werden sollen. Gemäss Art. 20 des Bundesgesetzes über die Militärversicherung (MVG) werden unter dem Titel «Pflegezulagen» werden die gesamten sich aus dem Unterstützungsbedarf ergebenden Kosten bezahlt.

Die Kosten für einen Unterstützungsbedarf, welcher über das Mass der zumutbaren alltäglichen gegenseitigen Hilfeleistung durch Angehörige oder Lebenspartner hinausgeht, werden von der Militärversicherung übernommen. Unerheblich ist dabei, ob die Pflege durch diplomiertes Pflegepersonal, Angehörige oder Drittpersonen erfolgt. Es gelangen ortsübliche Stundenlohnansätze für Haushalthilfen und / oder Krankenpflege zur Anwendung.

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) gegeben, soweit es um den Ersatz von Kosten für die Finanzierung des Unterstützungsbedarfs geht. Diese sind von der Militärversicherung vollumfänglich zu bezahlen. Folglich bleibt kein Raum für Leistungen nach BLG.

11 Haftpflichtversicherung

Ist der Unterstützungsbedarf die Folge eines Ereignisses, für dessen Folgen ein Dritter haftet, gehen die entsprechenden Kosten zulasten dessen Haftpflichtversicherung. Eine lediglich reduzierte Haftungsquote besteht, wenn die geschädigte Person ein Selbstverschulden trifft. Je grösser das Selbstverschulden ist desto tiefer fällt die Haftungsquote aus.

Nach Abschluss der medizinischen Behandlung können die Geschädigten frei wählen, ob sie für die Abgeltung des verbleibenden Schadens eine einmalige Kapitalzahlung oder wiederkehrende Leistungen möchten. Wählen sie eine einmalige Kapitalzahlung ist damit der gesamte verbleibende Schaden abgegolten. Einzig bei einem nicht vorhersehbaren Verlauf, diskutiert eine Haftpflichtversicherung später über weitere Zahlungen.

Wird die geschädigte Person entgeltlich unterstützt, muss die Haftpflichtversicherung die tatsächlich anfallenden Kosten entschädigen, die von den Sozialversicherungen nicht übernommen werden. Dazu zählen neben Franchise und Selbstbehalt insbesondere die Kosten, welche nicht Gegenstand der Leistungspflicht der Sozialversicherungen sind. In diese Kategorie fällt die Abgeltung von Leistungen, die von Angehörigen oder von Dritten, welche (nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen) nicht zur Leistungserbringung zulasten der Sozialversicherungen zugelassen sind, erbracht werden. Eine allfällige Hilflosenentschädigung wird dabei abgezogen. Dies allerdings nur, wenn und soweit sie mit den zur Diskussion stehenden Leistungen kongruent ist und nicht schon von Kranken- (Ziffer 6.6) oder der Unfallversicherung (Ziffer 9.5.2) angerechnet wurde.

Die vorstehend beschriebene Pflicht, den entstandenen Schaden zu ersetzen, wird in der Praxis sehr umfassend gelebt. Selbst wenn Dritte, insbesondere Angehörige, die Unterstützungsleistungen unentgeltlich erbringen, werden die Leistungen entschädigt. Die freiwillig erbrachten Leistungen sollen sich nicht zu Gunsten der Haftpflichtversicherung auswirken. Die Person, welche die Leistung erbringt, will nicht diese, sondern den unterstützten Menschen begünstigen (Vorteilsausgleich). Nach der Rechtsprechung wird bei dieser Konstellation für die Bemessung des Schadens auf den ortsüblichen Lohn einer Pflegekraft abgestellt.

In der Regel ist die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) gegeben, soweit es um den Ersatz von Kosten für die Finanzierung des Unterstützungsbedarfs geht. Diese müssen vom haftpflichtigen Dritten vollumfänglich bezahlt werden. Folglich bleibt kein Raum für Leistungen nach BLG. Vorbehalten bleibt eine reduzierte Haftungsquote.

12 Entschädigung des Kantons im Rahmen der Opferhilfe

Gemäss Art. 19 des Bundesgesetzes über die Hilfe an Opfer von Straftaten (Opferhilfegesetz, OHG) haben das Opfer und seine Angehörigen Anspruch auf eine Entschädigung für den erlittenen Schaden infolge Beeinträchtigung oder Tod des Opfers. Ein Betreuungsschaden wird nur berücksichtigt, wenn er zu zusätzlichen Kosten oder zur Reduktion der Erwerbstätigkeit führt. Je nach der Höhe des Einkommens, über das die betroffene Person verfügt, wird der Schaden ganz oder teilweise gedeckt. Es können maximal CHF 120 000 bezahlt werden (Art. 20 OHG).

Die Belange der Opferhilfe sind in den folgenden Erlassen geregelt:

Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten (Opferhilfegesetz, OHG) SR 312.5

Verordnung über die Hilfe an Opfer von Straftaten (Opferhilfeverordnung, OHV) SR 312.51

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten (EG OHG) BSG 326.1

Kantonale Opferhilfeverordnung (KOHV) BSG 326.111

Die Kongruenz der Leistungen (Ziffer 2.1) bei einem Betreuungsschaden muss im Einzelfall geprüft werden.

13 Weitere Leistungen

13.1 Medizinische Eingliederungsmassnahmen (IV)

Gemäss Art. 1a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sollen die Leistungen der Invalidenversicherung

- a. die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben;
- b. die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen;
- c. zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen.

Bei den medizinischen Eingliederungsmassnahmen handelt es sich um Buchstabe a). Es besteht kein Zusammenhang zu den Leistungen, welche Buchstabe c) zuzuordnen sind. Eine Anrechnung entsprechender Leistungen bei der Bemessung des Unterstützungsbedarfs wäre nicht sachgerecht.

Es geht um die Kosten für medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Integration in die obligatorische Schule, in die erste berufliche Ausbildung oder ins Erwerbsleben gerichtet und geeignet sind, die Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit dauerhaft und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlichen Beeinträchtigungen zu bewahren. Grundsätzlich werden diese Leistungen bis zur Vollendung des 20. Altersjahrs bezahlt. Sind zu diesem Zeitpunkt die beruflichen Eingliederungsmassnahmen, in der Regel geht es um die erstmalige berufliche Ausbildung, noch nicht abgeschlossen, werden die medizinischen Eingliederungsmassnahmen bis zum Ende der Ausbildung, längstens aber bis zum 25. Altersjahr weiterbezahlt.

13.2 Berufliche Eingliederungsmassnahmen (IV)

13.2.1 Einführung

Gemäss Art. 1a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sollen die Leistungen der Invalidenversicherung

- a. die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben;
- b. die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen;
- c. zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen.

Bei den beruflichen Eingliederungsmassnahmen handelt es sich um Buchstabe a). Es besteht kein Zusammenhang zu den Leistungen, welche Buchstabe c) zuzuordnen sind. Eine Anrechnung entsprechender Leistungen bei der Bemessung des Unterstützungsbedarfs wäre nicht sachgerecht.

13.2.2 Integrationsmassnahmen

Die Integrationsmassnahmen dienen der Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Die Leistungsfähigkeit soll schrittweise gesteigert werden. Sie finden im ersten Arbeitsmarkt oder in geschütztem Rahmen einer Institution, mit der die IV-Stelle einen entsprechenden Leistungsvertrag abgeschlossen hat, statt. Die entsprechenden Kosten gehen zulasten der IV. Hinzu kommt ein Taggeld von 80 Prozent des bisher erzielten Lohnes.

13.2.3 Berufsberatung

Anspruch auf Berufsberatung haben Versicherte, die wegen einer Behinderung in ihrer Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit beeinträchtigt sind. Neben der Berufsberatung im engeren

Sinne des Wortes sind auch Schnupperlehren, Praktika bis maximal 12 Monate Dauer und umfassende Abklärungen in spezialisierten Ausbildungs- und Eingliederungsstätten oder im ersten Arbeitsmarkt möglich.

13.2.4 Erstmalige berufliche Ausbildung

Eingliederungsfähigen Versicherten werden allfällige erhebliche invaliditätsbedingte Mehrkosten bei ihrer erstmaligen beruflichen Ausbildung vergütet. Invaliditätsbedingte Mehrkosten gelten als wesentlich, wenn sie mindestens CHF 400 pro Jahr erreichen. Um festzustellen, ob diese Voraussetzung erfüllt ist, wird eine Vergleichsrechnung gemacht. Die der versicherten Person entstehenden Kosten zur Erreichung ihres beruflichen Ausbildungsziels werden denjenigen von Menschen ohne Behinderungen gegenübergestellt. Folgende Auslagen können dabei berücksichtigt werden: Ausbildungs- und Transportkosten sowie Arbeitsgeräte und Berufskleider. Hinzu kommt ein Taggeld im Umfang des Ausbildungslohnes. Dieses wird vom Ausbildungsbetrieb als Lohn ausbezahlt.

13.2.5 Umschulung

Versicherte Personen haben Anspruch auf eine Umschulung, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben können und ohne Eingliederungsmassnahmen berufsbildender Art eine Verdiensteinbusse von ca. 20 Prozent erleiden würden. Es reicht bereits, wenn dieser Sachverhalt einzutreten droht. Es werden die Auslagen für die Ausbildung, für Transporte sowie für auswärtige Unterkunft und Verpflegung vergütet. Hinzu kommt für die Dauer der Umschulung ein Taggeld im Umfang von 80 Prozent des bisher erzielten Lohnes.

13.2.6 Arbeitsvermittlung

Anspruch auf Arbeitsvermittlung besteht, wenn die versicherte Person in ihrer bisherigen Tätigkeit nicht mehr voll arbeitsfähig ist. Der Umfang der Einschränkung und der Grad der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten neuen Tätigkeit sind nicht von Belang. Hingegen verlangt das Bundesgericht eine erschwerte Vermittelbarkeit. Zur Arbeitsvermittlung gehört nicht nur die Unterstützung bei der Suche einer neuen Stelle, sondern auch der Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes. Die folgenden wichtigen Instrumente gehören zur Arbeitsvermittlung und erhöhen die Chancen des Verbleibs oder der Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt:

- Einarbeitungszuschuss
- Arbeitsversuch
- Entschädigung für Beitragserhöhungen

13.2.7 Coaching

Beim oft anzutreffenden Coaching handelt es sich nicht um eine eigenständige Eingliederungsmassnahme. Das Coaching kann im Zusammenhang mit den vorstehend beschriebenen Eingliederungsmassnahmen (exklusive Einarbeitungszuschuss) zugesprochen werden.

13.3 Invalidenrente (IV, BV, UV, MV)

Gemäss Art. 1a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sollen die Leistungen der Invalidenversicherung

- a. die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben;
- b. die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen;
- c. zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen.

Bei den Rentenleistungen handelt es sich um Buchstabe b). Es besteht kein Zusammenhang zu den Leistungen, welche Buchstabe c) zuzuordnen sind.

Invalidenrenten werden in der Beruflichen Vorsorge, der Unfallversicherung und der Militärversicherung ausschliesslich und in der Invalidenversicherung stark überwiegend für gesundheitlich bedingte Erwerbseinbussen ausgerichtet. Sie haben folglich nichts mit dem Unterstützungsbedarf zu tun und können bei der Bemessung des Unterstützungsbedarfs nicht angerechnet werden.

In der Invalidenversicherung ist ebenfalls in erster Linie die Erwerbsfähigkeit versichert. Hinzu kommt jedoch der Aufgabenbereich (gemeint ist zur Hauptsache das Führen des Haushalts). Bei nicht erwerbstätigen Personen wird der Invaliditätsgrad auf Basis eines Tätigkeitsvergleichs festgelegt. Dabei geht es um die Einschränkungen in den folgenden Bereichen:

- Ernährung
- Wohnungs- und Hauspflege
- Einkauf und weitere Besorgungen
- Wäsche- und Kleiderpflege
- Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen

Wer den Haushalt nicht mehr allein besorgen kann, soll die finanziellen Mittel erhalten, um die notwendigen «Ergänzungen» einzukaufen.

Bei versicherten Personen, die lediglich teilweise einer Erwerbstätigkeit nachgehen, erfolgt die Bemessung des Invaliditätsgrads unter Berücksichtigung der Erwerbseinbussen und den Einschränkungen im Aufgabenbereich (gemischte Methode). Folglich kann auch bei ihnen ein Teil ihrer Rente für die Finanzierung dieser «Ergänzungen» gedacht sein.

Eine gewisse Nähe zu den Leistungen nach BLG ist nicht zu übersehen. Eine Anrechnung an den Unterstützungsbedarf würde wohl auf wenig Akzeptanz stossen und Grundsatzdiskussionen auslösen. Für den Verzicht spricht auch die analoge Praxis bei der Bemessung des Assistenzbeitrags (Ziffer 4.2.4).

13.4 Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung deckt die folgenden Risiken:

- Arbeitslosigkeit
- Kurzarbeit
- Schlechtwetter
- Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers (Insolvenz)

Bei Eintritt eines dieser Risiken wird eine Entschädigung fällig, welche den ausfallenden Lohn ganz (Insolvenzenschädigung) oder teilweise (übrige) ersetzt. Hinzu kommen verschiedene arbeitsmarktliche Massnahmen:

- Bildungsmassnahmen
- Beschäftigungsmassnahmen
- Spezielle Massnahmen: Einarbeitungszuschüsse, Ausbildungszuschüsse, Beiträge an Pendlerkosten und Wochenaufenthalter und Förderung der selbständigen Erwerbstätigkeit

Die im Rahmen einer Bildungs- oder Beschäftigungsmassnahme für Gebärdensprachdolmetschdienste anfallenden notwendigen Kosten werden von der Arbeitslosenversicherung getragen, sofern der zu erwartende Nutzen im Vergleich zum wirtschaftlichen Aufwand nicht in einem Missverhältnis steht. Ob diese Bedingung erfüllt ist, wird im Einzelfall geprüft.

Im Zusammenhang mit Ausbildungszuschüssen kann die Arbeitslosenversicherung ein Coaching und / oder eine schulische Unterstützung anbieten, wenn andernfalls ein Abbruch der Ausbildung droht. Ob diese Bedingungen erfüllt sind, wird im Einzelfall geprüft.

Keine der Leistungen der Arbeitslosenversicherung weist einen Bezug zu einem Unterstützungsbedarf nach BLG auf.