

	Volltextsuche	Komfortsuche	Seitensuche	Trefferliste	Info zur Suche	
--	---------------	--------------	-------------	--------------	----------------	--

 [PDF Version](#)

Pflegerecht 01/2012 vom 20.2.2012

Pflegerecht–2012– 49

Sozialversicherungsrecht

Nr. 4

Urteil des Bundesgerichts, II. sozialrechtliche Abteilung, vom 10. Juni 2011 ([9C_886/2010](#))

Krankenversicherung

Subsidiäre Leistungspflicht des Krankenversicherers für Kinder-Spitex-Leistungen

Sachverhalt

Bei Samira V., geboren 26. Februar 2007, obligatorisch krankenpflegeversichert bei der KLuG-Krankenversicherung, Zug, wurde im August 2008 ein Hirntumor (Ziff. 384 GgV) diagnostiziert. Die IV-Stelle Schwyz erteilte am 3. November 2008 Kostengutsprache für «die Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 384 vom 21. 8. 2008 bis 31. 7. 2013» und sprach erst eine Hilflosenentschädigung bei Hilflosigkeit leichten Grades und ab 1. November 2009 bei Hilflosigkeit mittleren Grades zu, ferner einen Intensivpflegezuschlag ab 1. August 2009. Am 20. Januar 2009 und 5. Februar 2009 ersuchte das Kinderspital X. die Invalidenversicherung um Übernahme der Kosten für zwei bis drei Spitex-Nachtwachen pro Woche. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2009 lehnte die IV-Stelle die Kostenübernahme ab. Dies wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit Entscheid vom 21. Dezember 2009 und letztinstanzlich vom Bundesgericht mit Urteil [8C_81/2010](#) vom 7. Juli 2010 ([BGE 136 V 209](#) = Urteil Nr. 3) bestätigt.

Am 20. Oktober 2009 reichte die Kinder-Spitex Kanton Zürich der KLuG Rechnungen im Betrag von insgesamt CHF 20 427.50 für die Zeit von Januar bis September 2009 ein. Mit Schreiben vom 16. November 2009 lehnte die KLuG die Kostenübernahme ab, da es sich nicht um eine Pflichtleistung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung, sondern um einen Entlastungsdienst der Eltern handle. Mit Verfügung vom 21. Dezember 2009 wies die KLuG die Übernahme der Rechnungen für die Kinder-Spitex von Januar 2009 bis September 2009 im Betrag von CHF 20 427.50 ab mit der Begründung, gemäss [Art. 27 KVG](#) bestehe keine Leistungspflicht der Krankenkasse, da die IV die Behandlungskosten garantiere. Daran hielt die KLuG mit Einspracheentscheid vom 25. Mai 2010 fest.

Pflegerecht–2012– 49

Samira V. erhob am 23. Juni 2010 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz und beantragte, die KLuG habe die Kinder-Spitex-Kosten zu übernehmen. Das Verwaltungsgericht wies das Rechtsmittel mit Entscheid

vom 27. September 2010 ab. Das Bundesgericht heisst die dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde gut.

Erwägungen

[Art. 27 KVG](#) sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit übernimmt. Mit dieser Norm, so führt das Bundesgericht in Erwägung 3.1 aus, wird die Koordination zwischen Kranken- und Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen gemäss GgV-Anhang in dem Sinne geregelt, als die Krankenversicherung unter Vorbehalt der Sonderbestimmung des [Art. 52 Abs. 2 KVG](#) die Kosten nach Massgabe der KVG-rechtlichen Vorschriften übernimmt, was bedeutet, dass sie nicht unbedingt alle Ansprüche zu übernehmen hat, die im Rahmen von [Art. 13 und 14 IVG](#) gegenüber der der Invalidenversicherung bestehen würden.

Zu prüfen war im vorliegenden Fall aber die umgekehrte Frage, ob bei grundsätzlicher Leistungspflicht der Invalidenversicherung für ein Geburtsgebrechen bestimmte, von dieser nicht übernommene Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung gehen. Der Wortlaut von [Art. 27 KVG](#) stellt in allen drei Sprachen darauf ab, ob das Geburtsgebrechen als solches von der Invalidenversicherung gedeckt ist und lautet nicht, die Krankenversicherung habe «die Kosten zu übernehmen, welche nicht durch die IV gedeckt sind». Indes schliesst die Formulierung des [Art. 27 KVG](#) die Interpretation, wonach eine subsidiäre Leistungspflicht des Krankenversicherers besteht, nicht aus, indem sie (lediglich) darauf abstellt, dass das Geburtsgebrechen von der Invalidenversicherung «gedeckt» sein muss und folglich Raum lässt für die Interpretation, bei einer bloss teilweisen Deckung durch die Invalidenversicherung bestehe eine ergänzende Leistungspflicht der Krankenversicherung. Ob die in Anbetracht der grammatikalischen Auslegung mögliche ergänzende Leistungspflicht der Krankenversicherung zu bejahen ist, beurteilte das Bundesgericht in der Folge mittels einer verfassungskonformen Auslegung.

Der Rechtsvertreter von Samira V. hatte gerügt, dass eine ergänzende Leistungspflicht der Krankenversicherung aus verfassungsrechtlichen Gründen bejaht werden müsse, weil die Verneinung einer Leistungspflicht einen indirekten «Heimzwang» begründe, der das Grundrecht auf Familienleben ([Art. 12 f. BV](#)) verletze, und die ungleiche Leistungsgewährung zwischen Kindern mit und ohne Geburtsgebrechen gegen das Rechtsgleichheitsgebot ([Art. 8 BV](#)) verstosse. Das Bundesgericht hielt in Erwägung 3.2 fest, dass der angefochtene Entscheid keinen Fremdplatzierungszwang und keine Pflicht bedeute, die Familie auseinanderzureissen, sondern nur besage, dass allenfalls nicht sämtliche behinderungsbedingten Kosten von der Sozialversicherung gedeckt werden; darauf gäben die Grundrechte aber keinen Anspruch. Das Verneinen einer bestimmten Sozialversicherungsleistung stelle auch keine Diskriminierung ([Art. 8 Abs. 2 BV](#)) dar, welche voraussetzen würde, dass bei der Gewährung von Sozialversicherungsleistungen Unterschiede gemacht werden, die an ein in dieser Bestimmung genanntes verpöntes Kriterium anknüpfen. Bei behinderten Kindern und Behinderten ganz allgemein könne auch aus dem Gleichstellungsauftrag ([Art. 8 Abs. 4 BV](#)) kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch abgeleitet werden. Die Kritik, schwer geburtsgebrechensbehinderte Kinder würden benachteiligt gegenüber weniger schwer geburtsgebrechensbehinderten Kindern, sei unbegründet, meinen die Bundesrichter mit dem Hinweis, dass die schwer Behinderten eine höhere Hilflosenentschädigung und allenfalls einen Intensivpflegezuschlag erhielten, den die weniger schwer Behinderten nicht erhalten würden.

In Erwägung 4 wurde demgegenüber vom Bundesgericht eingehend geprüft, ob durch die vorinstanzliche Betrachtungsweise die geburtsgebrechensbehinderten Kinder gegenüber den nicht geburtsgebrechensbehinderten pflegebedürftigen Kindern auf eine sachlich nicht haltbare Art benachteiligt werden, sodass in verfassungskonformer Auslegung eine subsidiäre Leistungspflicht der Krankenversicherung zu bejahen wäre. Um Wertungswidersprüche und Systemwidrigkeiten zu vermeiden, liegt es nach der Meinung der Bundesrichter nahe, [Art. 27 KVG](#) im Sinne von [Art. 78 KVG](#) und der diese Bestimmung konkretisierenden Verordnungsbestimmungen auszulegen, d. h., die absolute Priorität der Invalidenversicherung wie in [Art. 110 KVV](#) geregelt nur in Bezug auf gleichartige Leistungen anzuwenden und im Übrigen, unter Vorbehalt der Überentschädigungsregelung von [Art. 122 KVV](#), eine subsidiäre Leistungspflicht der Krankenversicherung zu bejahen. Das Bundesgericht weist in Erwägung 4.3 darauf hin, dass mit Inkrafttreten des ATSG-Koordinationsbestimmungen ([Art. 64 und 65 ATSG](#)) eingeführt worden sind, wonach die Leistungen bei

Geburtsgebrechen ([Art. 13 und 14 IVG](#)), die nach der Systematik nicht Heilbehandlungen, sondern Eingliederungsmassnahmen sind, koordinationsrechtlich nicht unter Art. 64, sondern unter [Art. 65 ATSG](#) fallen würden. Dennoch hat das Bundesgericht das Verhältnis zwischen den Leistungen der IV für Ge-

Pflegerecht–2012– 50

burtsgebrechen und den Leistungen der Krankenversicherung als Anwendungsfall von [Art. 64 ATSG](#) behandelt. Das Bundesgericht führt ferner aus, dass die 4. IV-Revision an dieser Rechtslage nichts geändert hat und deshalb eine subsidiäre Leistungspflicht der Krankenversicherung zu bejahen ist.

Wird eine subsidiäre Leistungspflicht der Krankenversicherung bejaht, stellt sich das Problem, wie die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag der IV mit der Pflegeentschädigung nach [Art. 7 ff. KLV](#) zu koordinieren sind bzw. ob und inwieweit eine Überentschädigung erfolgt. In Erwägung E. 4.4.3 weist das Bundesgericht darauf hin, dass die Kumulation von Hilflosenentschädigungen der IV und Pflegeleistungen der Krankenversicherung nach der bisherigen Rechtsprechung nicht ausgeschlossen war. Als weitgehend gleichartig seien die Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen und die Leistungen der Grundpflege ([Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV](#)) zu betrachten; allerdings umfasse die Grundpflege auch krankheitsbedingte Massnahmen und diene umgekehrt die Hilflosenentschädigung auch der Entschädigung von Drittleistungen, die nicht zu den Pflegeleistungen gehörten. Eine generelle Kürzung der Pflegeleistungen der Krankenversicherung um den Betrag der Hilflosenentschädigung lasse sich deshalb nicht rechtfertigen; in Betracht falle aber eine Kürzung wegen Überentschädigung im Einzelfall. Bei einer Person ausserhalb eines Heimaufenthalts hat das Bundesgericht einen Betrag von CHF 15.– pro Tag bzw. CHF 450.– pro Monat (entsprechend 56% der damals ausgerichteten Entschädigung für schwere Hilflosigkeit) als unbewiesene ungedeckte Krankheitskosten im Sinne von [Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV](#) als angemessen erachtet; nur das diesen Betrag übersteigende Ausmass der Hilflosenentschädigung wurde in die Überentschädigungsberechnung einbezogen ([BGE 127 V 94](#) E. 5e). Ergänzend führen die Bundesrichter aus, dass die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag mindestens teilweise auch Leistungen abdecken würden, welche die Krankenversicherung unter dem Titel Behandlungspflegeleistungen ([Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV](#)) erbringt.

Die Bundesrichter heben in der Folge den vorinstanzlichen Entscheid auf und weisen die Angelegenheit zur Überprüfung an die Vorinstanz zurück, welche der von der Kinder-Spitex erbrachten Leistungen unter [Art. 7 ff. KLV](#) fallen und inwieweit diese durch die Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag bereits abgedeckt werden.

Bemerkungen

Dem Urteil ist uneingeschränkt zuzustimmen. Nicht ganz klar ist die Umsetzung der höchstrichterlichen Erwägungen im konkreten und allen anderen vergleichbaren Fällen. Während in der IV die Angehörigen als Leistungserbringer anerkannt sind und der pflegebedürftige Versicherte auch für die von ihnen geleistete Betreuung, Pflege und Überwachung eine Hilflosenentschädigung und – Kinder – einen Intensivpflegezuschlag erhalten, sind Angehörige in der Krankenversicherung grundsätzlich nicht anerkannt. Es stellt sich so die Frage, ob bei der Überentschädigungsberechnung der von den Angehörigen erbrachte Zeitaufwand anrechenbar ist oder nicht. [Art. 69 Abs. 2 ATSG](#) erwähnt explizit, dass «allfällige Einkommenseinbussen von Angehörigen» bei der Überentschädigungsberechnung zu berücksichtigen sind. Was soll in den Fällen geschehen, in denen die Angehörigen keine Einkommenseinbusse erleiden? Zu denken ist etwa an die ohnehin im Haushalt tätigen Mütter, die sich um ihre pflegebedürftigen Kinder kümmern. Muss in solchen Konstellationen die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag voll von den Grund- und Behandlungspflegekosten nach [Art. 7 ff. KLV](#) abgezogen werden oder ist analog der haftpflichtrechtlichen Praxis der Zeitaufwand, der für die Betreuung und Pflege aufgewendet wird, als «Haushaltschaden» zu berücksichtigen mit der Folge, dass von Hilflosenentschädigung und

Intensivpflegezuschlag, die betragsmässig pro Monat maximal CHF 3248.– ausmachen, wohl in den seltensten Fällen noch etwas übrig bleibt, das von der Pflegeentschädigung von [Art. 7 ff. KLV](#) in Abzug gebracht werden könnte. Die Gerichte dürften in dieser Hinsicht noch den einen oder anderen klärenden Entscheid fällen müssen.

Hardy Landolt

NEU!  [PDF Version - Speichern und Drucken Sie Dokumente bequem im PDF-Format.](#)