Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2007-2008)

Heft: 98

Artikel: Haftpflicht- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte bei Demenzkranken

Autor: Kieser, Ueli / Leu, Agnes

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789851

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 24.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Haftpflicht- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte bei Demenzkranken

Ueli Kieser/Agnes Leu*

I. Einleitung

Bei Demenzerkrankungen (Alzheimer oder andere Formen) treten Verluste des Erinnerungsvermögens zusammen mit anderen Funktionsstörungen des Gehirns auf. Dies führt im Laufe der Zeit zum Verlust der Identität und hat dadurch schwer wiegende Folgen für die Betroffenen und ihr Umfeld. Angesichts der Schwere dieser Erkrankung und ihrer gravierenden Auswirkungen auch für die Angehörigen ist es notwendig und wichtig, die haftpflicht- und sozialversicherungsrechtlichen Aspekte in diesem Zusammenhang zu beleuchten. Ergänzend wird sodann auf einzelne Aspekte der vertraglichen Haftung (insbesondere im Zusammenhang mit dem Heimaufnahmevertrag) hingewiesen.

II. Ausgangspunkt: Heim(aufnahme)vertrag

Der Heim(aufnahme)vertrag stellt keinen Mietvertrag im Sinne von Art. 253 ff. OR dar. Der Pensionspreis ist kein Mietzins, und die Kündigungsschutzbestimmungen bei Wohnräumen sowie die Bestimmungen über die Erstreckung von Mietverhältnissen sind nicht anwendbar. Für Fragen, die im Heimaufnahmevertrag nicht geregelt sind, sind die Bestimmungen des Auftragsrechts (Art. 349 ff. OR) massgebend.

III. Haftpflichtrecht

1. Ausgangspunkt: Lebenssachverhalt der demenzkranken Person

Der Ursprung des Wortes «Demenz» geht auf den lateinischen Ausdruck «de mentis» («aus dem Bewusstsein bzw. Verstand») zurück. Über die Ursachen dieser Geisteskrankheit gab es schon früh verschiedene Mutmassungen. In seinem Werk «Nomoi» verfocht Platon (427-347 v. Chr.) die Theorie, geistige Verwirrungen seien allein durch das hohe Alter bedingt. Dem widersetzt sich Marcus Tullius Cicero (106-43 v. Chr.) in der Schrift «Cato maior de senectute»; es sei «nicht

---

* Ueli Kieser, Dr. iur., Privatdozent Universität St. Gallen, Lehrbeauftragter Universität Bern, Rechtsanwalt
Agnes Leu, Dr. iur.

das Alter an sich», sondern die Konsequenzen eines «schlaffen, trägen, schläfrigen Alters». Heutzutage weiss man mehr über die Ursachen der Krankheit, insbesondere auf molekularer Ebene, und kennt einige Risikofaktoren. Doch vieles zu den Entstehungsprozessen von Demenzen bleibt weiterhin unklar. Sie treten überwiegend im höheren Lebensalter auf, können aber in seltenen Fällen aber auch junge Menschen treffen.
Es gelten folgende diagnostische Leitlinien für eine Demenz nach ICD-10:

- ⇒ Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses in einem solchen Ausmass, dass die Funktionsfähigkeit im täglichen Leben beeinträchtigt ist, die Beeinträchtigung des Gedächtnisses betrifft vornehmlich das Neugedächtnis,
- ⇒ Abnahme der intellektuellen Möglichkeiten, Beeinträchtigung des Denkvermögens, Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit,
- ⇒ es besteht nicht gleichzeitig ein Delirium,
- ⇒ Verminderung der Affektkontrolle,
- ⇒ Vergröberung des Sozialverhaltens,
- ⇒ Verminderung des Antriebs.

2. Aufsichtspflicht von Pflegepersonen

Zunächst stellt sich die Frage, ob überhaupt eine Aufsichtsverpflichtung besteht. Die gesetzliche Aufsichtspflicht trifft grundsätzlich die Eltern oder gesetzlichen Vertreter von Minderjährigen (Art. 308, 368, 392 ZGB). In Bezug auf demenzkranke Erwachsene kann diese gesetzliche Aufsichtspflicht nicht zu weit ausgedehnt werden. Die gesetzliche Aufsichtspflicht kann greifen, soweit einem Verwandten als amtlichem Betreuer die umfassende Personensorge übertragen wurde.
Eine Pflicht nach Vertrag greift für Ärzte, Pfleger und Heimpersonal. Die tatsächliche Übernahme der Aufsichtspflicht z.B. durch Familienangehörige, gleichgültig ob entgeltlich oder unentgeltlich, genügt grundsätzlich noch nicht zur Annahme einer Aufsichtspflicht kraft Vertrag.

3. Entlastungsmöglichkeiten

Bei Demenzkranken richtet sich der Umfang der Aufsichtspflicht nach der Eigenart, der Schwere und der Besonderheit der demenzkranken

Person. Hierbei muss bedacht werden, dass durch die Aufsicht nicht die Würde und Freiheit der kranken Person beeinträchtigt wird. Die Aufsichtspflicht erhöht sich, wenn bei der kranken Person Aggressionen und sonstige Vorfälle in der Vergangenheit gezeigt haben, dass die kranke Person in bestimmten Situationen schadensgeneigt reagiert. Insoweit gelten folgende besonders strenge Anforderungen an die Aufsichtsführung:

⇒ Die Gefahr von Schädigungen Dritter ist vorhersehbar, z. B. in besonderen Gefahrensituationen, insbesondere Wasser (Schwimmbad, Meer, See, Gartenteich) oder Feuer (offenes Feuer, Grillieren, Kerzen) oder auch Teilnahme am Strassenverkehr;
⇒ der Aufsichtspflichtige weiss, dass der Aufsichtsbedürftige aus einer bestimmten Situation heraus bereits einmal einen entsprechenden Schaden angerichtet hat;
⇒ dem Aufsichtspflichtigen ist bekannt, dass der Kranke im Besitz gefährlicher Gegenstände ist, wie z. B. Messer, Streichhölzer, Feuerzeug;
⇒ der Aufsichtspflichtige muss damit rechnen, dass sich der Aufsichtsbedürftige gefährliche Gegenstände leicht beschaffen kann.

Immerhin kann sich der Aufsichtspflichtige selbst bei solchen Sachverhalten entlasten, wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsicht entstanden wäre.

4. Verschulden als Haftungsvoraussetzung im Besonderen

4.1. Grundsatz

Ohne Verschulden gibt es keine ausservertragliche Haftung, wenn nicht eine besondere Regelung auf die Verschuldensvoraussetzung verzichtet. Das Verschulden kann in objektive und subjektive Komponenten aufgeteilt werden. Die objektive Seite des Verschuldens betrifft die Abweichung von der Sorgfalt oder Rücksichtnahme, welche ein korrekter, vernünftiger Durchschnittsmensch in der konkreten Situation aufgewendet hätte. Zur subjektiven Seite gehört die Urteilsfähigkeit im Sinne von Art. 16 ZGB.

4.2. Urteilsunfähigkeit im Besonderen

Dem Verschuldensvorwurf ist nur ausgesetzt, wer urteilsfähig ist, d.h. wem nicht wegen seines Kindesalters oder infolge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln. Die Urteilsfähigkeit ist eine relative Grösse, d.h. sie muss für jede Person aufgrund der konkreten Umstände beurteilt werden. Die Demenz ist insoweit als subjektive Eigenschaft zu würdigen. Dabei können bei Demenzen verschiedene Stadien unterschieden werden.

⇒ 1. Stadium (leichte Demenz): Abnahme von Aktivität, Spontaneität und Eigeninitiative, gelegentliche Gedächtnisschwäche und Gemütsschwankungen, nachlassende Lern- und Reaktionsfähigkeit, Meiden von Unbekanntem und Rückzug ins Vertraute. Die Symptome fallen zunächst kaum auf, zunehmende Fahrigkeit, Konzentrationsschwäche, sprachliche Störungen und nachlassende Gedächtnisleistungen machen sich gelegentlich im Beruf bemerkbar. Der Patient ist oft in der Lage, Leistungsminderungen noch zu überspielen. In diesem 1. Stadium ist die Urteilsfähigkeit regelmässig noch gegeben.

⇒ 2. Stadium (mittlere Demenz): Alltägliche Tätigkeiten können in der Regel weiterhin eigenständig fortgeführt werden, bei komplizierten Vorhaben wird jedoch zunehmend Hilfe benötigt. Sprache und Sprachverständnis werden deutlich schlechter, häufiger wird mitten im Satz der Faden verloren. Betroffene verlaufen sich, verlegen Gegenstände oder vergessen Rechnungen zu bezahlen. Die zunehmenden Einschränkungen in den individuellen Fähigkeiten werden in dieser Phase häufig auch noch vom Patienten wahrgenommen und führen gelegentlich zu Depression, Reizbarkeit und Ruhelosigkeit. Der Verlust des Kurzzeitgedächtnisses schreitet fort, während Dinge aus der ferneren Vergangenheit häufig noch gut erinnert werden. Im weiteren Verlauf verliert der Betroffene die persönliche, räumliche und zeitliche Orientierung. Die Wortfindung ist erheblich gestört, Worte werden erfunden, vertraute Gesichter nicht mehr wiedererkannt. Im 2. Stadium wird grundsätzlich die Urteilsfähigkeit als nicht mehr gegeben zu betrachten sein.

⇒ 3. Stadium (schwere Demenz): In diesem sehr fortgeschrittenen Stadium ist das Gedächtnis schwer gestört, Personen werden nicht mehr erkannt. Der Betroffene benötigt rund um die Uhr Pflege, ist häufig bettlägerig. Die Patienten leiden unter zunehmender Gangunsicherheit, es kommt vermehrt zu Stürzen. Die Patienten verlieren die Fähigkeit, Darm und Blase zu kontrollieren. Am Ende dieses Stadiums steifen die Patienten ein, können nicht mehr kauen oder gar schlucken. Es besteht eine erhöhte Gefährdung durch weitere Erkrankungen, insbesondere durch Lungenentzündungen und andere Infektionskrankheiten. Infektionen des Atmungstraktes sind die häufigste Todesursache in diesem Stadium. Es fehlt im 3. Stadium an der Urteilsfähigkeit.

Allerdings kann der Richter auch eine nicht urteilsfähige Person, die einen Schaden verursacht hat, im Rahmen der sog. Billigkeitshaftung zu teilweisem oder vollständigem Ersatz verpflichten. Hat jemand vorübergehend die Urteilsfähigkeit verloren und in diesem Zustand Schaden angerichtet, so ist er auch dafür ersatzpflichtig, wenn er nicht nachweist, dass dieser Zustand ohne sein Verschulden eingetreten ist (Art. 54 Abs. 2 OR).

IV. Sozialversicherungsrecht

1. Heimaufenthalt als Wohnsitz

Gestützt auf Art. 13 Abs. 1 ATSG bestimmt sich der Wohnsitz einer Person nach Art. 23-26 ZGB. Demnach befindet sich der zivilrechtliche Wohnsitz einer Person an dem Ort, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält (Art. 23 Abs. 1 ZGB) und den sie sich zum Mittelpunkt ihres Lebensinteresses gemacht hat. Für die Begründung des Wohnsitzes müssen somit zwei Merkmale erfüllt sein: ein objektives äusseres, der Aufenthalt, sowie ein subjektives inneres, die Absicht dauernden Verbleibens. Nach der Rechtsprechung kommt es nicht auf den inneren Willen, sondern darauf an, auf welche Absicht die erkennbaren Umstände objektiv schliessen lassen. Der Wohnsitz bleibt an diesem Ort bestehen, solange nicht anderswo ein neuer begründet wird (Art. 24 Abs. 1 ZGB).

Der Aufenthalt an einem Ort zwecks Besuchs einer Lehranstalt und die Unterbringung einer Person in einer Erziehungs-, Versorgungs-, Heil- oder Strafanstalt begründen gestützt auf Art. 26 ZGB *keinen* Wohnsitz. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Frage, ob eine urteilsfähige mündige Person in ein *Altersheim* oder in ein *Pflegeheim* eintritt. Denn anders als der Eintritt in ein Pflegeheim begründet der Eintritt in ein Altersheim zivilrechtlichen Wohnsitz nach Art. 23 Abs. 1 ZGB, weil Altersheime nach herrschender Lehre und Rechtsprechung keine Anstalten im Sinne von Art. 26 ZGB sind und zwar deshalb, weil sie nicht einem vorübergehenden Sonderzweck wie bspw. Pflege oder Erziehung dienen, sondern einem allgemeinen, indem sie das Verbringen des Lebensabends an einem dafür spezialisierten Ort erlauben.

2. Beitragspflichten

2.1. AHV/IV/EO

Die Regelung des Beitragsrechts in der AHV gilt auch für die IV, die EO und (eingeschränkt) für die FL. Gemäss Art. 3 Abs. 1 AHVG besteht die Beitragspflicht, solange eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, dies unabhängig davon, ob der Beitrag leistungsbildend ist oder nicht. So beginnt die Beitragspflicht gestützt auf Absatz 2 bereits nach Ende des Jahres, in welchem das 17. Altersjahr zurückgelegt worden ist, obschon diese Beiträge grundsätzlich nicht rentenbildend sind. Gleiches gilt für erwerbstätige Personen nach Erreichen der Altersrentengrenze, soweit das Einkommen je Arbeitgeber den Freibetrag in der Höhe von 1'400 Franken monatlich oder 16'800 Franken im Jahr übersteigt.

Eine Besonderheit bezüglich der Beitragspflicht besteht bei Ehepaaren; der AHV-Beitrag des nichterwerbstätigen Ehegatten gilt als bezahlt, wenn der erwerbstätige Ehegatte Beiträge von mindestens der doppelten Höhe des Mindestbeitrags bezahlt hat. Damit soll erreicht werden, dass im individuellen Konto jedes Ehegatten mindestens für jedes Beitragsjahr der Mindestbeitrag eingetragen wird, damit das betreffende Jahr als Beitragsjahr gerechnet werden kann. *Keine* Anwendung findet die erwähnte Regelung aber, wenn der erwerbstätige

Ehegatte nach Erreichen der Altersgrenze weiterhin erwerbstätig bleibt und Beiträge in mindestens der doppelten Höhe des Mindestbeitrages entrichtet; in diesem Fall werden nämlich die weiterhin erzielten Einkommen nicht geteilt und hälftig dem nichterwerbstätigen Ehegatten angerechnet, weshalb die Grundlage für die Anwendung der Befreiungsregel dahin fällt. Zu ergänzen ist, dass die gegebenenfalls zu entrichtenden Nichterwerbstätigenbeiträge unter Berücksichtigung des Renteneinkommens sowie des Vermögens bemessen werden.

2.2. Krankenversicherung

Das Krankenversicherungsgesetz schreibt in Art. 3 Abs. 1 ein allgemeines Versicherungsobligatorium für die gesamte schweizerische Wohnbevölkerung vor. Die Krankenversicherung verwendet anstelle des Begriffes «Beitrag» den Ausdruck der Prämie, was aus der Entstehungsgeschichte zu erklären ist. Mit beiden Ausdrücken ist das Gleiche gemeint.

In der KV gibt es kein Beitragsobjekt, weil die Prämien nicht nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten (z.B. einkommensprozentual) bemessen werden, sondern grundsätzlich nach geschlechts- und altersunabhängigen Einheitsprämien. Der Versicherungsschutz bei der Krankenversicherung beginnt mit der Anmeldung beim Versicherer.

3. Leistungsansprüche

3.1. Aufenthalt im Pflegeheim

Die Vorschrift von Art. 49 Abs. 3 KVG stellt für die Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs die Unterscheidung zwischen Akutspitalbedürftigkeit einerseits und Pflegebedürftigkeit andererseits ab. Es gilt nämlich der Grundsatz, dass Personen, welche als Langzeitpatientinnen im Pflegeheim behandelt und gepflegt werden, nicht in stationärer Behandlung stehen; dies ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegeheime als eigenständige Leistungserbringer anerkannt sind.

Spitalbedürftigkeit liegt vor, wenn diagnostische oder therapeutische Anwendungen wegen der apparativen und personellen Anforderung

nur in einem Spital zweckmässig vorgenommen werden können sowie ein Aufenthalt von mehr als 24 Stunden notwendig oder beabsichtigt ist. Es gilt der Grundsatz der Nachrangigkeit der Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Alternativen. Die Rechtsprechung hat entschieden, dass eine versicherte Person, die trotz der ihr gebotenen Pflege nicht mehr zu Hause bleiben kann, keinen Anspruch auf die in Art. 49 Abs. 3 KVG für den Fall eines Spitalaufenthaltes vorgesehenen Leistungen hat, solange die im Pflegeheim gewährte Pflege ihren wirklichen Bedürfnissen entspricht. Der Krankenversicherer hat auch nicht dafür aufzukommen, wenn ein Versicherter trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist, weil kein Platz in einem geeigneten und für den Versicherten genügenden Pflegeheim (ohne Spitalcharakter) vorhanden ist. Dies gilt auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass es allenfalls in der Region keine demenzspezifischen Pflegeheime gibt.

3.2. Heilbehandlung

Das ATSG nennt bei den Sachleistungen an erster Stelle die Heilbehandlung (Krankenpflege), eine weitere Umschreibung dieses Begriffs findet sich im Gesetz nicht. Auch in den Einzelgesetzen findet sich keine einheitliche Begriffsverwendung: Während die Unfallversicherung und die Militärversicherung von Heilbehandlung sprechen, liegt in der Krankenversicherung dem Leistungssystem der Begriff der Krankenpflege zu Grunde. Trotz dieser unterschiedlichen Ausdrücke steht aber immer die Behandlung eines Gesundheitsschadens bzw. der Ersatz der daraus entstehenden Kosten im Mittelpunkt.

Für welche medizinischen Behandlungsarten eine Kostenpflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht, entscheidet sich aufgrund der abschliessenden gesetzlichen Regelung in Art. 34 KVG. Danach dürfen die Versicherer keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25 bis 33 KVG übernehmen; der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen. Die Leistungen bei Krankheit umfassen auch die Massnahmen der Pflege; dabei kann es sich um die Pflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim handeln. Diese pflegerischen Massnahmen sind abzugrenzen von der

hauswirtschaftlichen Versorgung, welche von der Krankenversicherung nicht vergütet wird. Gegenwärtig berät das Parlament über die Frage, in welchem Umfang die Krankenversicherer Leistungen bei Pflegeheimaufenthalt zu übernehmen hat.

Die Abrechnung erfolgt nach dem System des Tiers garant, d.h. haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so ist die versicherte Person nicht nur Auftraggeberin des Leistungserbringers, sondern auch Honorarschuldnerin. Der Versicherte hat in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung. Versicherer und Leistungserbringer können jedoch vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).

3.3. Invalidenrenten

Ein wesentlicher Teil der sozialversicherungsrechtlichen Leistungen hängt von der Invalidität – einem der zentralen Sozialen Risiken – ab. Dabei kommt der zutreffenden Bestimmung des Invaliditätsgrades eine herausragende Bedeutung zu. In prinzipieller Hinsicht ist nach Art. 16 ATSG vorzugehen, der einen *Einkommensvergleich* festlegt: Dem Valideneinkommen (= Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre) ist das Invalideneinkommen (= Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte) gegenüberzustellen. Daraus ergibt sich der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Personen.

Nicht immer ist es möglich, bei Personen, welche ohne Invalidität eine Erwerbstätigkeit ausüben würden, die beiden Vergleichseinkommen zuverlässig zu ermitteln. Hier ist durch den Sozialversicherungsträger ein *Schätzungs- oder ein Prozentvergleich* vorzunehmen. Bei diesem Vergleich werden die Einkommen annäherungsweise bestimmt.

Bei einer nichterwerbstätigen Person ist ein Einkommensvergleich ausgeschlossen, da mangels Erwerbsabsicht aus der Tätigkeit kein Einkommen fliesst. In Abweichung von Art. 16 ATSG ist diesfalls der

Invaliditätsgrad durch einen *Betätigungsvergleich* vorzunehmen und für die Bemessung der Invalidität darauf abzustellen, in welchem Masse eine Person behindert ist, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen.
Die *gemischte Methode* kommt bei Teilzeiterwerbstätigen zur Anwendung, dabei wird die Gesamtinvalidität teils nach der Einkommensvergleichsmethode, teils nach der Methode des Betätigungsvergleichs festgelegt.
Die Frage, ob ein lebenslanger Anspruch auf eine Rente besteht, wenn die versicherte Person vor 65 an Demenz erkrankt, kann dahingehend beantwortet werden, dass für den obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge Art. 26 Abs. 3 Satz 1 BVG das Erlöschen des Anspruchs auf Invalidenleistungen mit dem Tode des Anspruchsberechtigten oder mit dem Wegfall der Invalidität vorsieht. Im Gegensatz zur Rente der Invalidenversicherung ist demnach die BVG-Invalidenrente eine Leistung auf Lebenszeit; sie wird nicht durch die BVG-Altersrente abgelöst, wenn der Bezüger das gesetzliche Rücktrittsalter (Art. 13 Abs. 1 BVG) erreicht.

3.4. Altersrenten

Anspruch auf eine Altersrente hat, wer mindestens ein volles Jahr Einkommen bzw. Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften aufweist (Art. 29 Abs. 1 AHVG) und das 64. bzw. 65. Altersjahr vollendet hat (Art. 21 Abs. 1 AHVG). Die Rentenberechtigung besteht unabhängig davon, ob eine Person im Altersrentenalter noch erwerbstätig ist oder nicht; die AHV-Altersrente ist keine Ruhestandsrente, welche die vorgängige Aufgabe der Erwerbstätigkeit bedingen würde.

3.5. Witwen- und Witwerrenten

Gemäss Art. 23 Abs. 1 AHVG haben Witwen oder Witwer jedenfalls einen Anspruch auf eine Witwenrente, sofern sie im Zeitpunkt der Verwitwung Kinder haben. Der kinderlose Witwer hat keinen Rentenanspruch, die kinderlose Witwe lediglich sofern sie im Zeitpunkt des Todes ihres Ehemannes das 45. Altersjahr vollendet hat und während mindestens fünf Jahren verheiratet gewesen war.
Der Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente entsteht am ersten

Tag des dem Tode des Ehepartners folgenden Monats und erlischt (abgesehen vom Fall der Wiederverheiratung) mit dem Tod.

3.6. Hilflosenentschädigung

3.6.1. Begriffliches

Die Hilflosigkeit stellt ein eigenes Soziales Risiko dar, welches von der Invalidität oder vom Alter zu unterscheiden ist. Art. 9 ATSG umschreibt die Hilflosigkeit, wobei als Ausgangspunkt des Sozialen Risikos die Beeinträchtigung der Gesundheit genannt wird. Darin unterscheidet sich die Bestimmung von früheren Gesetzesbestimmungen, welche vom Vorliegen einer Invalidität ausgingen. Damit stützt sich Art. 9 ATSG auf eine offenere Ausgangslage, was gegenüber der früheren Rechtslage eine gewisse Ausweitung darstellt. Nicht jede gesundheitliche Beeinträchtigung stellt nämlich eine Invalidität dar.
Eine Hilflosigkeit wird angenommen, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit dazu führt, dass für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd die Hilfe Dritter oder die persönliche Überwachung notwendig sind. Die dauernde persönliche Überwachung setzt eine zumindest nicht bloss vorübergehende Hilfeleistung in medizinischer oder pflegerischer Hinsicht voraus. Die Hilfe Dritter ist dann erforderlich, wenn die betreffende Person anders die massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen nicht vornehmen kann.

3.6.2. Alltägliche Lebensverrichtungen

Die Bestimmung der Hilflosigkeit erfolgt unter Bezugnahme auf alltägliche Lebensverrichtungen. Art. 9 ATSG verwendet den unbestimmten Artikel und belässt damit dem Einzelgesetz eine gewisse Konkretisierungsfreiheit. Dieser Bezug stellt die zutreffende Art der Umschreibung der Hilflosigkeit dar.
Massgebend ist nämlich, welches diejenigen Bereiche sind, in denen zur tatsächlichen Bewältigung des Lebens eine Dritthilfe oder eine persönliche Überwachung erforderlich sind. Welches die Kriterien der Lebensverrichtungen sind, wird freilich vom Gesetz nicht genannt, ist aber von der Gerichtspraxis entwickelt worden. Die entsprechenden

Kriterien setzen sich teilweise aus mehreren Teilfunktionen zusammen. Dabei reicht die Einschränkung in einer der Teilfunktionen bereits aus, um bei der betreffenden Lebensverrichtung insgesamt eine Hilflosigkeit anzunehmen.
Die Gerichtspraxis stellt auf folgende alltägliche Lebensverrichtungen ab:

⇒ Ankleiden, Auskleiden,
⇒ Aufstehen, Absitzen, Abliegen,
⇒ Essen,
⇒ Körperpflege,
⇒ Verrichtung der Notdurft,
⇒ Fortbewegung (im und ausser Hause).

Einzelne dieser Lebensverrichtungen sind zusätzlich unterteilt. So umfasst etwa die Funktion Essen das Zerkleinern der Teile der Speisen, das Führen der Speisen zum Mund, das Trinken und das Bringen einer Hauptmahlzeit an das Bett.
Die Lebensverrichtungen, welche von der Gerichtspraxis als massgebende Kriterien bezeichnet werden, beziehen sich insbesondere auf somatisch eingeschränkte Personen. Diese Ausgangslage hat den Gesetzgeber dazu geführt, ein zusätzliches Kriterium für psychisch eingeschränkte Personen vorzusehen. Er hat dabei das Kriterium der lebenspraktischen Begleitung gewählt. Dieses wird dahingehend konkretisiert, dass die Beeinträchtigung der Gesundheit dazu führt, dass die betreffende Person ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann, für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist oder dass die betreffende Person ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.
Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente der IV gegeben sein; diese Regelung wirft ernsthafte Bedenken auf, weil eine Gruppe von Versicherten – diejenige mit Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit – anders behandelt wird als sonstige Personen mit beeinträchtigter Gesundheit.

3.6.3. Weitere Voraussetzungen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung

In der AHV/IV wird zusätzlich verlangt, dass die versicherte Person in der Schweiz Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt hat. Zudem muss die anspruchsberechtigte Person im Bereich der AHV Bezügerin einer Altersrente oder von Ergänzungsleistungen sein.

Die Hilflosenentschädigung wird vom Monat an ausgerichtet, in welchem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, in der IV nach zurückgelegtem 18. Altersjahr. Gestützt auf Art. 67 Abs. 2 ATSG entfällt der Anspruch auf Hilflosenentschädigung während der Dauer eines stationären Aufenthalts in einer Heilanstalt zu Lasten der Sozialversicherung. Nach dem eindeutigen gesetzgeberischen Willen fallen Pflegeheime nicht unter den Begriff der Heilanstalt, was in der Praxis besondere Relevanz hat, weil Personen im Pflegeheim einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung erheben können. Im Übrigen entfällt der Anspruch auf Hilflosenentschädigung (etwa beim Aufenthalt im Spital) erst, wenn der Aufenthalt mindestens drei Kalendermonate erfasst, weil nach Art. 19 Abs. 2 ATSG die Hilflosenentschädigung stets für den ganzen Kalendermonat ausbezahlt wird, weshalb Ein- und Austrittsmonat den Leistungsanspruch nicht berühren. In der Invalidenversicherung ruht der Anspruch zusätzlich bei Aufenthalt in einer Anstalt zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (Art. 35bis Abs. 1 IVV).

In allen drei Sozialversicherungszweigen findet bei der Berechnung der Höhe der Entschädigung eine Abstufung nach dem Grad der Hilflosigkeit statt; sie ist unabhängig von der Höhe und der Dauer der geleisteten Beiträge. Hilflosenentschädigungen an Altersrentner und -rentnerinnen werden nur bei mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit und zudem erst nach einer einjährigen Wartefrist ausgerichtet. Die Entschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades beträgt 80 Prozent, jene für eine Hilflosigkeit mittleren Grades 50 Prozent des Mindestbetrages der Altersrente nach Art. 34 Abs. 5 AHVG. Hat eine hilflose Person bis zum Erreichen des Rentenalters oder dem Rentenvorbezug eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung bezogen, so wird ihr die Entschädigung mindestens im bisherigen Betrag weitergewährt.

Die monatliche Entschädigung in der IV beträgt bei schwerer Hilflosigkeit 80 Prozent, bei mittelschwerer Hilflosigkeit 50 Prozent und bei leichter Hilflosigkeit 20 Prozent des Höchstbetrages der Altersrente

nach Art. 34 Abs. 3 und 5 AHVG. Für Versicherte, die sich in einem Heim aufhalten, reduziert sich dieser Betrag um die Hälfte. Dabei ist die Qualifikation einer Person als Heimbewohnerin jeweils für jeden einzelnen Monat vorzunehmen. Massgebend ist, ob sich die Bewohnerin im betreffenden Monat überwiegend im Heim aufgehalten hat oder nicht; dabei wird auf 15 Nächte abgestellt, d.h. verbringt die anspruchsberechtigte Person mehr als 15 Nächte im Heim, so gilt sie als Heimbewohnerin und hat lediglich Anspruch auf die hälftige Hilflosenentschädigung.
Die monatliche Hilflosenentschädigung in der UV beträgt bei Hilflosigkeit schweren Grades das Sechsfache, bei Hilflosigkeit mittleren Grades das Vierfache und bei Hilflosigkeit leichten Grades das Doppelte des Höchstbetrages des versicherten Tagesverdienstes.
Periodische Geldleistungen werden gestützt auf Art. 19 Abs. 1 ATSG in der Regel monatlich ausbezahlt, wobei die Renten und die Hilflosenentschädigung stets für den ganzen Kalendermonat im Voraus ausbezahlt werden (Abs. 3). Die Regelung im ATSG legt nicht fest, wem die Geldleistung auszuzahlen ist. Es gilt der selbstverständliche Grundsatz, dass die Geldleistung der anspruchsberechtigten Person auszuzahlen ist. Auszahlungen an Dritte (bspw. Arbeitgeber) sind die Ausnahme. Die Ausrichtung der Hilflosenentschädigung an ein Pflegeheim ist allenfalls möglich, wenn der Anspruch im Sinne von Art. 22 Abs. 2 ATSG an das Pflegeheim im Rahmen einer sog. Inkassovollmacht abgetreten wird. Weil mit der Ausstellung einer Inkassovollmacht eine (unzulässige) Umgehung des Abtretungsverbotes einhergehen kann, ist eine darauf bezogene Prüfung im Einzelfall erforderlich.

3.7. Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gilt ein Gegenstand, dessen Gebrauch den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag. Er muss ohne strukturelle Änderungen abzulegen und wieder zu verwenden sein. Davon ausgenommen sind Gegenstände, die ihre Ersatzfunktion nur erfüllen können, wenn sie zunächst durch einen chirurgischen Eingriff in das Körperinnere verbracht werden und nur auf entsprechendem Weg wieder zu ersetzen sind.
Die Hilfsmittel stellen eine wichtige Kategorie von Eingliederungs-

massnahmen dar. Sie haben eine grosse Bedeutung, weil mit ihnen die Auswirkungen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens teilweise behoben oder doch gemildert werden kann. Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel in einfacher und zweckmässiger Ausführung. Damit sind die für den Eingliederungszweck notwendigen und angemessenen, nicht aber die nach Umständen bestmöglichen Geräte gemeint. Welche Gegenstände als Hilfsmittel beansprucht werden können, wird in den einzelnen Sozialversicherungszweigen durch Verordnungen (HVA, HVI und HVU) geregelt. Die anerkannten Hilfsmittel sind jeweils im Anhang zur Verordnung in einer Liste abschliessend aufgezählt.

3.8. Ergänzungsleistungen

3.8.1. Allgemeines

Mit den Ergänzungsleistungen (EL) soll das verfassungsmässige Ziel der (angemessenen) Existenzsicherung erreicht werden, ohne dass die Bezüger Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen. Die EL sichern ein regelmässiges Mindesteinkommen. Anspruch auf EL haben gemäss Art. 2a bis Art. 2d ELG Personen, die bestimmte Leistungen der AHV/IV (Renten, Hilflosenentschädigungen, Taggelder der IV) beziehen oder einzig deshalb keine AHV/IV-Rente erhalten, weil bestimmte versicherungsmässige Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Weiter müssen die anerkannten jährlichen Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen.

Zusätzliche Voraussetzung für den Anspruch auf EL sind das Schweizer Bürgerrecht und zivilrechtlicher Wohnsitz sowie gewöhnlicher Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz. Ausländische Staatsangehörige sind den schweizerischen erst gleichgestellt, wenn sie sich vor dem Leistungsbegehren während zehn Jahren ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben.

Neben den jährlichen Ergänzungsleistungen, welche zu den Geldleistungen im Sinne von Art. 15 ATSG zählen, sieht das Gesetz die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten vor; die letztgenannten Leistungen stellen Sachleistungen im Sinne von Art. 14 ATSG dar. Die jährliche EL ist, auch wenn sie monatlich ausbezahlt wird, eine auf das Kalenderjahr bezogene Versicherungsleistung.

Die Höhe der jährlichen EL entspricht grundsätzlich dem Betrag, um welchen die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen. Bei zu Hause wohnenden Personen fallen unter die Ausgaben in erster Linie der Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf sowie der Mietzins einer Wohnung und die damit zusammenhängenden Nebenkosten bis zu einem bestimmten Höchstbetrag. Bei Heimbewohnern werden die Tagestaxen sowie ein Betrag für persönliche Auslagen als Ausgaben anerkannt, deren Höhe durch die Kantone festgesetzt wird. Insbesondere können die Kantone gestützt auf Art. 5 Abs. 3 lit. a ELG die Tagestaxe auf die in einem öffentlichen Heim zu bezahlenden Beträge begrenzen, so dass bei Aufenthalt in einem privaten Heim die Kosten nur teilweise gedeckt sind.
Bei den Einnahmen geht man vom Grundsatz aus, dass bei der Anspruchsberechnung nur tatsächlich vereinnahmte Einkünfte und vorhandene Vermögenswerte zu berücksichtigen sind, über welche die leistungsbeanspruchende Person frei verfügen kann. Eine Abweichung von diesem Grundsatz, dass nur vorhandene Einkünfte und Vermögenswerte zu berücksichtigen sind, erfolgt mit der Bestimmung von Art. 3c Abs. 1 lit. g ELG, wonach auch Vermögenswerte anzurechnen sind, auf die verzichtet worden ist (sog. Vermögensverzicht). Dabei geht es um die Frage, ob die leistungsbeanspruchende Person vor Eintritt des Existenzbedarfs oder während dessen Andauern ohne rechtliche Verpflichtung und ohne adäquate wirtschaftliche Gegenleistung auf Vermögen verzichtet hat. Als Vermögensverzicht wertet die Gerichtspraxis es auch, wenn von einem Rechtsanspruch auf bestimmte Einkünfte oder Vermögenswerte faktisch kein Gebrauch gemacht bzw. der Anspruch nicht durchgesetzt wird oder wenn die versicherte Person aus von ihr zu verantwortenden Gründen von der Ausübung einer möglichen und zumutbaren Erwerbstätigkeit absieht.

3.8.2. Pflegekosten im Besonderen

Pflegekosten fallen ergänzungsrechtlich in verschiedener Hinsicht in Betracht. Es ist auf folgende Aspekte hinzuweisen:
Pflege zu Hause: Kosten der Pflege werden nach Art. 13 ELKV vergütet, soweit die Leistungen von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern erbracht werden. Wird die Hilfe durch eine Person erbracht, wel-

che nicht im selben Haushalt lebt und nicht über eine anerkannte Spitex-Organisation eingesetzt wird, wird ein Maximalbetrag von Fr. 4'800.- pro Jahr vergütet.

⇒ Ambulante Pflege: Oft ist die ambulante Pflege günstiger; deshalb sieht Art. 3d Abs. 1 lit. b ELG die Vergütung dieser Kosten ausdrücklich vor.

⇒ Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal: Unter bestimmten Voraussetzungen, die in Art. 13a ELKV genannt werden, werden entsprechende Kosten vergütet. Insbesondere muss beachtet werden, dass dies nur vorgesehen ist, wenn die betreffende Person mindestens in mittlerem Masse hilflos ist.

⇒ Pflege durch Familienangehörige: Wenn die Pflege durch Familienangehörige erbracht wird, welche eine länger dauernde, wesentliche Einkommenseinbusse erleiden, werden die Kosten (höchstens im Umfang des Erwerbsausfalls) vergütet.

3.9. Leistungsexport

Der Grundsatz des Leistungsexports wird in Art. 10 VO (EWG) 1408/71 umschrieben und bedeutet Folgendes: Wird ein Geldleistungsanspruch für bestimmte Risiken (Invalidität, Alter, Hinterlassenschaft) in einem System der sozialen Sicherheit eines oder mehrerer Mitgliedstaaten erworben, so erfolgt dessen Auszahlung an Berechtigte, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen. Eine Ausnahme von diesem Gebot ist nur zulässig für beitragsunabhängige Sonderleistungen, sofern die Leistung im Anhang II zur Verordnung enthalten ist. Im Freizügigkeitsabkommen (FZA) finden sich entsprechende Eintragungen im Anhang II zum Abkommen. Das Gebot des Leistungsexports gilt nicht für Sachleistungen.

Die *Altersrenten* der AHV unterstehen gestützt auf Art. 10 Abs. 1 VO (EWG) 1408/71 dem Exportgebot. *Invalidenrenten* sind grundsätzlich zu exportieren. Art. 28 Abs. 1ter IVG hält fest, dass Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet werden, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben. Dies widerspricht dem Exportgebot, deshalb ist diese Bestimmung lediglich auf Personen anwendbar, die ausserhalb des Raums der Abkommensstaaten wohnen.

Taggelder der Krankenversicherung sind Geldleistungen und unterstehen damit dem Exportgebot, solange die Leistungspflicht nach schweizerischem Recht andauert. Die analoge Regelung für die Taggeldleistungen bei Berufsunfällen und Berufskrankheiten steht unter dem Vorbehalt einer einvernehmlichen Übernahme der Leistungspflicht durch den Träger des Wohnortstaates.
Die *Hilflosenentschädigungen* der AHV/IV unterstehen als Geldleistung grundsätzlich dem europäischen koordinierenden Sozialrecht und damit dem Exportgebot. Nachdem in Art. 102 Abs. 2 AHVG bzw. Art. 77 Abs. 2 IVG jedoch festgesetzt wurde, dass die Hilflosenentschädigungen ausschliesslich durch die öffentliche Hand finanziert werden, kommt der Vorbehalt in FZA, Protokoll zu Anhang II zum Tragen, wonach es sich bei den Hilflosenentschädigungen um beitragsunabhängige Sonderleistungen im Sinne von Art. 10a VO (EWG) 1408/71 handelt, die nur in der Schweiz gewährt werden müssen. Entsprechend hat die Rechtsprechung es abgelehnt, eine Hilflosenentschädigung an eine Versicherte auszurichten, welche sich – bei Beibehaltung des Wohnsitzes in der Schweiz – in einem Pflegeheim im grenznahen Frankreich aufhält. Freilich muss davon ausgegangen werden, dass die entsprechende Frage unter Berücksichtigung des zunehmenden politischen Drucks, entsprechende Leistungen zu exportieren, in näherer Zukunft erneut zu beantworten sein wird.
Die *Hilfsmittel* werden als Sachleistungen auch im Geltungsbereich der beiden Abkommen nur in der Schweiz gewährt.
Die *Ergänzungsleistungen* sind an Staatsangehörige der EU- und EFTA-Mitgliedstaaten in der Schweiz diskriminierungsfrei zu gewähren, nicht aber ins Ausland zu exportieren, weil die EL aus öffentlichen Mitteln finanziert werden (Art. 9 ELG). Sie gelten als beitragsunabhängige Sonderleistungen und fallen damit ebenfalls unter den Exportvorbehalt.

4. Verfahrensrechtliche Aspekte

4.1. Anmeldung zum Leistungsbezug

Es entspricht einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts, dass der Leistungsanspruch eine Anmeldung voraussetzt und

die Leistungsausrichtung nicht von Amtes wegen erfolgt. Dieser Grundsatz findet sich seit Einführung des ATSG auch in Art. 29 Abs. 1. Die Anmeldebefugnis steht derjenigen Person zu, die «eine Versicherungsleistung» beansprucht. Nach Art. 29 Abs. 1 ATSG wird nicht vorausgesetzt, dass die Leistung von der anmeldenden Person für sich beansprucht wird, die Anmeldebefugnis wurde vom Gesetzgeber entsprechend weit umschrieben. Dabei wird diese Umschreibung durch das Einzelgesetz vorgenommen.

Die Frage, ob die Anmeldebefugnis auch Dritten zusteht, ist mit Blick auf die Verordnung zur AHV grundsätzlich zu bejahen. Art. 67 Abs. 1 AHVV hält diesbezüglich fest, dass zur Geltendmachung der Rentenansprecher bzw. für ihn sein gesetzlicher Vertreter, sein Ehegatte, seine Eltern oder Grosseltern, seine Kinder oder Enkel, seine Geschwister sowie die Drittperson oder die Behörde, welche die Auszahlung an sich verlangen kann, befugt sind. Die Rechtsprechung hat festgehalten, dass wer aus eigenem Recht mit Beschwerde an ein Gericht gelangen kann, auch im Anmeldeverfahren aus eigenem Recht legitimiert sein muss. Das heisst, dass denjenigen Personen oder Behörden ein eigenes Anmelderecht zusteht, welche durch die Verweigerung von AHV- oder IV-Leistungen berührt sind und ein schutzwürdiges Interesse an der Gewährung dieser Leistungen haben. Dies trifft auf Personen und Behörden zu, die eine konkrete Unterhaltspflicht erfüllen oder in Zukunft erfüllen werden. Ein Pflegeheim, das einer Behörde unterstellt ist, welche einem Versicherten gegenüber unterstützungspflichtig ist, kann für diese Behörde ein Leistungsgesuch einreichen, eine Verfügung entgegennehmen und diese gerichtlich anfechten.

4.2. Meldepflichten

Artikel 17 ATSG legt fest, dass sozialversicherungsrechtliche Dauerleistungen zu erhöhen, herabzusetzen und aufzuheben sind, wenn sich der zugrunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat. Diese Anpassungsregelung lässt klar werden, dass der Bekanntgabe der veränderten Verhältnisse grosse Bedeutung zukommt. Denn nur so besteht Gewähr dafür, dass der Versicherungsträger von

in Betracht fallenden Entwicklungen Kenntnis erhält. Diesbezüglich statuiert Art. 31 ATSG eine Meldepflicht für jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen. Dabei werden neben den Leistungsbezügern deren Angehörige, aber auch ausdrücklich Dritte, denen die Leistung zukommt, in die Pflicht genommen. Absatz 2 weitet diese Meldepflicht auf Personen oder Stellen, die an der Durchführung der Sozialversicherung beteiligt sind, aus. Dabei reicht es aus, dass die betreffende Person oder Stelle Kenntnis von der Änderung des Sachverhalts erhält; ein Ersuchen des anderen Versicherungsträgers wird nicht mehr vorausgesetzt. Wer zu den meldepflichtigen Personen oder Stellen gehört, beurteilt sich nach dem Kriterium der Beteiligung an der Durchführung der Sozialversicherung. Offenbar hat der Gesetzgeber dabei einen weiten Kreis gewählt, denn er spricht – anders als in Absatz 1 – nicht von Versicherungsträgern oder Durchführungsorganen. Den Begriff der Beteiligung an der Durchführung hat der Gesetzgeber auch etwa in Art. 33 ATSG verwendet; dort sind als beteiligt sowohl Mitarbeitende des betreffenden Versicherungsträgers als auch externe Personen gemeint, die beigezogen wurden oder denen die Durchführung übertragen wurde. Erfasst sind damit auch Medizinalpersonen, Abklärungsstellen, Heilanstalten oder Eingliederungsstätten. Entsprechendes muss auch für Alters- und Pflegeheime gelten.

Die Folgen einer Meldepflichtverletzung werden in den Einzelgesetzen – allerdings uneinheitlich – geregelt. Grundsätzlich führt jede schuldhafte Verletzung der Meldepflicht zu einer rückwirkenden Änderung der Leistung mit einer allenfalls daraus resultierenden Rückforderung.

4.3. Unrechtmässiger Bezug

Art. 25 Abs. 1 ATSG legt das Prinzip fest, dass unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind. Die Unrechtmässigkeit des Leistungsbezugs kann sich ergeben aus einer Wiedererwägung, einer Revision oder dem gänzlichen Fehlen einer leistungszusprechenden Verfügung. Von der Rückerstattungspflicht sind Geld- und Sachleistungen erfasst.

Für die Zuordnung der Rückerstattungsverpflichtung stellt Art. 25 Abs.

1 ATSG auf den Empfang der Leistung ab. Damit werden zunächst die versicherte Person oder ihre Hinterlassenen rückerstattungspflichtig. Wurde die Leistung einer Drittperson oder einer Behörde ausgerichtet, werden diese von der Rückerstattungspflicht erfasst, wenn ein unrechtmässiger Bezug vorliegt. Davon ist nur abzuweichen, wenn ein reines Inkasso- bzw. Zahlstellenverhältnis vorliegt, weil sich dabei keine eigenen Rechte oder Pflichten aus dem Leistungsverhältnis ergeben. Nicht rückerstattungspflichtig sind im Übrigen der Vormund und der Beistand.

Die Rückerstattung wird erlassen, wenn die Leistung in gutem Glauben empfangen wurde und eine grosse Härte vorliegt (Art. 25 Abs. 1 Satz 2 ATSG). Ein gutgläubiger Bezug einer Sozialversicherungsleistung liegt vor, wenn das Bewusstsein über den unrechtmässigen Leistungsbezug fehlt, sofern dieses Fehlen in einer objektiven Betrachtungsweise unter den konkret gegebenen Umständen entschuldbar ist. Der gute Glaube, dessen Vorhandensein zu vermuten ist, besteht deshalb insbesondere dann, wenn sich die empfangende Person keiner groben Nachlässigkeit schuldig gemacht hat. Die grosse Härte, welche Voraussetzung für die Bewilligung eines Erlasses der Rückerstattung bildet, wird unter Bezugnahme auf die Gesetzgebung über die Ergänzungsleistungen umschrieben.

Literatur– und Quellenangaben bei der Autorin/dem Autor