

Wissenschaft

Überentschädigung und Pflegekosten



Hardy Landolt, Prof. Dr. iur., LL.M., Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen sowie Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Inhaltsübersicht

I. Einleitung

II. Gesetzliches Überentschädigungsverbot

III. Innersystemische Überentschädigung

- A. Allgemeines
- B. Kürzungsverbot betreffend die Hilflosenentschädigung
- C. Art. 122 KV im Besonderen

IV. Intersystemische Überentschädigung

- A. Pflegeversicherungsleistungen und -subventionen
- B. Zweigübergreifende Pflegeversicherungsleistungen
- C. Assistenzbeitrag und krankenversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung
- D. Hilflosenentschädigung und krankenversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung

I. Einleitung

Die Finanzierung der Pflegeleistungen erfolgt durch ein komplexes System von Versicherungsleistungen und staatlichen Finanzhilfen. Das Neben- und zunehmende Durcheinander von diversen Finanzierungsinstrumenten wirft die Frage auf, in welchen Situationen eine Überdeckung der Pflegekosten erfolgt und wie gegebenenfalls eine Überentschädigung verhindert werden soll. Die Problematik des Überentschädigungsverbots in der Pflege stellt sich dabei sowohl mit Bezug auf ein spezifisches Versicherungssystem, wenn dieses mehrere Versicherungsleistungen für Pflegeleistungen vorsieht (innersystemische Überentschädigung), als auch zwischen verschiedenen Versicherungs- und Finanzierungssystemen, wenn diese für dieselben Pflegeleistungen (unterschiedliche) Entschädigungen statuieren (intersystemische Überentschädigung).

II. Gesetzliches Überentschädigungsverbot

Im Haftungsrecht gilt ein Bereicherungsverbot als allgemeiner Rechtsgrundsatz.¹ Im Recht der sozialen Sicherheit wird demgegenüber kein allgemein anwendbares Überentschädigungs- bzw. Bereicherungsverbot anerkannt.² Der Grund dafür liegt darin, dass die versicherte bzw. anspruchsberechtigte Person als Folge des Legalitätsprinzips gegenüber dem Staat, insbesondere einem Sozialversicherungsträger, berechtigt ist, sämtliche

vermögensmässigen Ansprüche, welche das Gesetz vorsieht, geltend zu machen. Nur dann und in dem Umfang, wie die gesetzliche Ordnung eine Überversicherung bzw. -entschädigung verbietet,³ ist eine Kumulierung ausgeschlossen.

Ein derartiges gesetzliches Überentschädigungsverbot stellt [Art. 69 ATSG](#) dar. Diese Bestimmung gilt intersystemisch, d.h. für die Sozialversicherungsbranche, die dem ATSG unterstellt sind. [Art. 69 ATSG](#) gilt für Versicherungsleistungen verschiedener Sozialversicherungsbranche nur dann, wenn das jeweilige Einzelgesetz keine anweichende Regelung vorsieht. In diesem Fall geht diese als *lex specialis* dem allgemeinen Prinzip vor. Dies trifft etwa für das Ergänzungsleistungssystem zu. Das ATSG ist zwar anwendbar,⁴ doch statuiert das ELG spezifische Koordinationsvorschriften in Bezug auf die Hilflosenentschädigung bzw. die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten.⁵

Ob und inwieweit eine Überentschädigung vorliegt, ist vom leistungspflichtigen Versicherungsträger zu beurteilen. Gemäss [Art. 69 Abs. 2 ATSG](#) liegt eine Überentschädigung in dem Mass vor, als die ge-

setzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst der versicherten Person und der pflegenden Angehörigen und die durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten übersteigen. Eine Kürzung der Hilflosenentschädigung (und des Intensivpflegezuschlags) wird durch [Art. 69 Abs. 3 ATSG](#) ausdrücklich untersagt, weshalb im Fall einer Überentschädigung andere Versicherungsleistungen im Ausmass der bestehenden Überentschädigung zu kürzen sind.

III. Innersystemische Überentschädigung

A. Allgemeines

Die verschiedenen Versicherungssysteme sehen bei einer Hilfs-, Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit der versicherten Person unterschiedliche Versicherungsleistungen vor:

- Die *Invalidenversicherung* beispielsweise sieht Hilflosenentschädigung, Intensivpflegezuschlag, Assistenzbeitrag und medizinische Massnahmen bei anerkannten Geburtsgebrechen sowie eine Entschädigung für Dienstleistungen Dritter vor.
- Die *AHV* gewährt ebenfalls eine Hilflosenentschädigung, nicht aber einen Intensivpflegezuschlag oder einen Assistenzbeitrag. Dafür können nahe Angehörige, die hilflose Personen betreuen, Betreuungsgutschriften geltend machen.
- Die *Unfallversicherung* schliesslich richtet wie die beiden vorerwähnten Versicherungsbranche ebenfalls eine Hilflosenentschädigung aus. Im Unterschied zur Invalidenversicherung kennt das unfallversicherungsrechtliche Leistungssystem aber keinen Assistenzbeitrag, dafür aber einen Beitrag für nicht medizinische Hilfe zusätzlich zur Pflegeentschädigung.⁶
- Die *Krankenversicherung* kennt nur eine Pflegeentschädigung.⁷

Erfüllt eine versicherte Person die Anspruchsvoraussetzungen für mehrere dieser Versicherungsleistungen, hat der Versicherungsträger zu entscheiden, ob und inwieweit die Versicherungsleistungen sich überschneiden bzw. eine bestimmte Versicherungsleistung gekürzt werden kann. Die innersystemische Überentschädigungsproblematik wird regelmässig durch *Koordinationsbestimmungen* ausgeschlossen, insofern als spezifische Hilfs-, Betreuungs- oder Pflegeleistungen ausschliesslich bei einer Versicherungsleistung versichert sind. Dies trifft etwa für den Assistenzbeitrag zu, bei welchem auch Assistenzleistungen gedeckt sind,

die nicht in Hilfeleistungen in Bezug auf die sechs bei der Hilflosenentschädigung massgeblichen alltäglichen Lebensverrichtungen bestehen.⁸ Konsequenterweise werden die Hilflosenentschädigung und die Dienstleistungen Dritter vom versicherten Assistenzbedarf vollumfänglich angerechnet.⁹

B. Kürzungsverbot betreffend die Hilflosenentschädigung

Als Folge des Kürzungsverbot der Hilflosenentschädigung¹⁰ können nur andere Versicherungsleistungen gekürzt oder verweigert werden, wenn diese wie die Hilflosenentschädigung auch Hilfeleistungen im Zusammenhang mit der Ausübung von alltäglichen Lebensverrichtungen versichern. Dies trifft beispielsweise für den unfallversicherungsrechtlichen Beitrag für nicht medizinische Hilfeleistungen zu. Gemäss [Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV](#) ist der obligatorische Unfallversicherer lediglich für die nicht medizinischen Hilfeleistungen beitragspflichtig, die nicht bereits durch die unfallversicherungsrechtliche Hilflosenentschädigung abgegolten sind. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Hilflosenentschädigung im Umfang von 85% anrechenbar bzw. muss vom monetären Wert der versicherten nicht medizinischen Hilfeleistungen abgezogen werden.¹¹

C. Art. 122 KV im Besonderen

[Art. 122 KVV](#) statuiert ein spezifisches Überversicherungsverbot für die krankenversicherungsrechtlichen Sachleistungen. Pflegeleistungen sind Teil der Heilbehandlung und stellen als solche Sachleistungen dar. Der Verordnungsgeber statuiert für die Koordination der verschiedenen Heilbehandlungsleistungen des KVG keine globale Anrechnung, wie dies gemäss [Art. 69 ATSG](#) im intersystemischen Bereich der Fall ist, sondern geht davon aus, dass eine Überversicherung in Bezug auf Pflegeleistungen nur dann und in dem Umfang vorliegt, wie die infrage stehenden Versicherungsleistungen Pflege- und andere Krankheitskosten zum Gegenstand haben.¹² Aufgrund der verordnungsmässigen Regelung ist dabei davon auszugehen, dass

mit den Krankheitskosten diejenigen Krankheitskosten gemeint sind, die nicht eigentliche Diagnose- und Behandlungskosten darstellen.¹³

IV. Intersystemische Überentschädigung

A. Pflegeversicherungsleistungen und -subventionen

[Art. 69 ATSG](#) gilt zwar intersystemisch, aber nur für Versicherungsleistungen verschiedener Sozialversicherungszweige und nicht für Pflegekostensubventionen.¹⁴ So führen etwa Beiträge der kantonalen Behindertenhilfe bzw. Beiträge an Einrichtungen gemäss IFEG nicht zu einem Wegfall oder zu einer Kürzung der krankenversicherungsrechtlichen Leistungspflicht gemäss [Art. 7 Abs. 2 KLV](#).¹⁵ Ob und inwieweit die gleichzeitige Geltendmachung von Beiträgen gemäss IFEG (durch die Institution) und die Verrechnung von Pflegeleistungen gemäss KVG/KLV (durch die Spitex-Organisation) zulässig sind, beurteilt sich nicht nach den sozialversicherungsrechtlichen Koordinationsbestimmungen, da diese ausschliesslich für Sozialversicherungsleistungen gelten und nicht auf staatliche Finanzhilfen analog anwendbar sind.¹⁶

B. Zweigübergreifende Pflegeversicherungsleistungen

1. Grundsatz der absoluten Priorität

Pflegeleistungen sind Teil der Heilbehandlung. Die Heilbehandlung wird, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen.¹⁷ Sind die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt, so geht die Heilbehandlung im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zulasten:¹⁸

- der Militärversicherung,
- der Unfallversicherung,
- der Invalidenversicherung,
- der Krankenversicherung.

Für stationäre Pflegeleistungen hat der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger auch dann allein und uneingeschränkt aufzukommen, wenn der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist.¹⁹

2. Subsidiäre Leistungspflicht des Krankenversicherers

Decken die prioritär leistungspflichtigen Sozialversicherungsträger die Kosten der ambulanten Pflege nicht vollständig, hat der Krankenversicherer aufgrund der subsidiären Leistungspflicht die ungedeckten Kosten bzw. die gemäss [Art. 7 KLV](#) versicherten Pflegeleistungen, die in einem anderen Versicherungszweig nicht versichert sind, zu übernehmen.²⁰ Die subsidiäre Leistungspflicht besteht insbesondere für versicherte Personen, die an einem anerkannten Geburtsgebrechen leiden. Da die Invalidenversicherung gemäss [Art. 13 IVG](#) nicht für geburtsgebrechensbedingte Grundpflegeleistungen aufzukommen hat,²¹ sind diese durch den jeweiligen Krankenversicherer in dem Umfang zu vergüten, wie eine Leistungspflicht gemäss [Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV](#) besteht.

3. Vorleistungspflicht des Krankenversicherers

Von der subsidiären Leistungspflicht ist die Vorleistungspflicht des Krankenversicherers zu unterscheiden. Diese besteht dann im (ungekürzten) Umfang der Versicherungsdeckung gemäss [Art. 7 KLV](#), wenn Zweifel darüber bestehen, welche Sozialversicherung die Pflegeleistungen zu erbringen hat.²² Sobald die Leistungspflicht eines prioritär leistungspflichtigen Sozialversicherungsträgers an sich anerkannt ist, kann bei Unklarheit seiner Leistungspflicht nicht mehr die Vorleistungspflicht angerufen werden. In einem hängigen Verfahren, das die Leistungspflicht gemäss [Art. 18 UVV](#) betrifft, kann der beigeladene Krankenversicherer nicht im Rahmen vorsorglicher Massnahmen als (vor)leistungspflichtig bezeichnet werden.

C. Assistenzbeitrag und krankenversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung

Das Koordinationsverhältnis zwischen dem Assistenzbeitrag und der krankenversicherungsrechtlichen Pflegeentschädigung wird explizit von [Art. 42^{sexies} Abs. 1 lit. c IVG](#) geregelt. Vom ermittelten Assistenzbedarf werden die Grundpflegeleistungen, für welche

der Krankenversicherer Beiträge geleistet hat, abgezogen. Entsprechend ist der Krankenversicherer bei versicherten Personen, die Anspruch auf einen Assistenzbeitrag haben, nicht berechtigt, einen Abzug

vorzunehmen. Der Assistenzbeitrag ist entsprechend bei der Ermittlung einer krankensicherungsrechtlichen Überentschädigung nicht zu berücksichtigen. Die Invalidenversicherung hat dafür zu sorgen, dass die versicherte Person als Folge der Kumulierung des Assistenzbeitrages (Abrechnung der Assistenzlohnkosten) mit dem krankensicherungsrechtlichen Pflegekostenbeitrag nicht überentschädigt wird.

D. Hilflosenentschädigung und krankensicherungsrechtliche Pflegeentschädigung

1. Allgemeines

Mit der Hilflosenentschädigung gemäss IVG werden direkte und indirekte Hilfeleistungen im Zusammenhang mit der Ausübung der anerkannten sechs alltäglichen Lebensverrichtungen pauschal abgegolten. Der pauschale Charakter und der Umstand, dass nur ein Teil der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen, insbesondere die Notdurftverrichtung und die Körperpflege, von pflegerelevanter Bedeutung ist, werfen die Frage auf, ob der krankensicherungsrechtliche Beitrag angemessen gekürzt werden kann, wenn eine pflegebedürftige Person eine Hilflosenentschädigung der IV erhält.

2. Keine Kürzung bei Behandlungspflege und Heimaufenthalt

Das Bundesgericht hat im Zusammenhang mit der Leistungspflicht des Krankensicherers für Pflegeleistungen festgestellt, dass die Hilflosenentschädigung lediglich Grund-, nicht aber Behandlungsleistungen betrifft.²³ Dies bedeutet zunächst, dass eine Kürzung des Pflegebeitrages, welcher der Krankensicherer zu leisten hat, dann ausgeschlossen ist, wenn die versicherte Person ausschliesslich Behandlungspflege benötigt. Mit Bezug auf die Grundpflegeleistungen hat das Bundesgericht erwogen, dass bei einem Heimaufenthalt regelmässig keine Überentschädigung eintritt bzw. die versicherte Person die Hilflosenentschädigung benötigt, um die ungedeckten Heimaufenthaltskosten bezahlen zu können.²⁴

3. Einzelfallweise Kürzung von ambulanten Grundpflegeleistungen

Bei versicherten Personen, die zu Hause gepflegt werden, ist demgegenüber eine Kürzung der Vergütung für Grundpflegeleistungen nicht ausgeschlossen. Das Ausmass der Kürzung der Grundpflegeentschädigung hängt von der Höhe der im konkreten Einzelfall bestehenden Überentschädigung ab. Der konkrete Nachweis einer Überentschädigung ist zwar mit praktischen Schwierigkeiten verbunden, weil er eine Aufschlüsselung der Versicherungsleistungen voraussetzt, gleichwohl ist eine generelle Anrechnung der Hilflosenentschädigung oder eines prozentualen Anteils davon unzulässig.²⁵

Das Bundesgericht hat sich im Entscheid 127 V 94 über die Höhe des Abzugs bei einer versicherten Person mit einer Hilflosigkeit schweren Grades geäussert. Im fraglichen Fall konnte die versicherte Person lediglich Kosten in der Höhe von 560 CHF pro Monat nachweisen. Umstritten war, ob zusätzlich zu den nachgewiesenen Kosten ein Pauschalbetrag zu berücksichtigen ist. Der Krankensicherer akzeptierte im fraglichen Fall unter dem Gesichtspunkt der nicht nachgewiesenen Kosten lediglich einen Betrag von 5 CHF pro Tag beziehungsweise 150 CHF pro Monat. Die versicherte Person machte vor Bundesgericht geltend, dass der Pauschalbetrag von 150 CHF pro Monat zu tief angesetzt bzw. eine Kürzung der Pflegeentschädigung nicht gerechtfertigt sei.

Das Bundesgericht hielt unter Hinweis auf frühere Entscheide²⁶ fest, dass höhere Beträge für nicht nachgewiesene Pflege- und Krankheitskosten berücksichtigt worden seien. Entsprechend hielten es die Bundesrichter für gerechtfertigt, unter dem Titel der nicht nachgewiesenen Pflege- und Krankheitskosten i.S.v. [Art. 122 KVV](#) einen Betrag von 15 CHF pro Tag bzw. 450 CHF pro Monat zuzüglich der nachgewiesenen Kosten von 560 CHF pro Monat (für das Jahr 1999) zu sprechen. Ergänzend wurde festgehalten, dass im Regelfall 56% der

Hilflosenentschädigung schweren Grades benötigt würden, um Pflegekosten zu finanzieren.²⁷

Im Hinblick auf [Art. 69 Abs. 2 ATSG](#) ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass auch ein pflegebedingter Erwerbsausfall der Angehörigen als Ausgabe zu berücksichtigen ist. Das Bundesgericht hat im Entscheid 146 V 74 explizit bestätigt, dass der Erwerbsausfall der Angehörigen als Ausgabe anzurechnen ist, wenn die angehörige Person ihre Erwerbstätigkeit zum Zweck der Erbringung von Betreuungs- oder Pflegeleistungen zugunsten der versicherten Person aufgegeben oder reduziert hat. Diese im Geltungsbereich zur Un-

fallversicherung ergangene Rechtsprechung gilt auch für die Krankenversicherung.

4. Umfang der Kürzung der Grundpflegeentschädigung

Ergibt die Gegenüberstellung der tatsächlichen und üblicherweise anfallenden Kosten für Hilfs-, Betreuungs- und Grundpflegeleistungen (unter Einschluss allfälliger Erwerbsausfälle der dienstleistenden Angehörigen) mit den anrechenbaren Versicherungsleistungen (Hilflosenentschädigung, Intensivpflegezuschlag bei Kindern sowie Grundpflegebeitrag) eine Überentschädigung, ist die krankenversicherungsrechtliche Grundpflegeentschädigung in diesem Umfang zu kürzen.

Das Bundesgericht hat im vorerwähnten Entscheid festgehalten, dass im Regelfall 56% der Hilflosenentschädigung schweren Grades benötigt würden, um Pflegekosten zu finanzieren.²⁸ Ob diese allgemeine Formulierung bedeutet, dass in allen Fällen eine Anrechnung eines bestimmten Prozentsatzes (in Anlehnung an das vorerwähnte Urteil maximal 44%) der Hilflosenentschädigung vorzunehmen ist bzw. vorgenommen werden darf, ist unklar. Nach der Meinung des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich sind bei fehlendem Beweis von höheren Kosten 60% der Hilflosenentschädigung als Auslagen zu betrachten, die nicht mit den Kosten für die Grundpflege kongruent und von der Überentschädigungsberechnung auszunehmen sind.²⁹ Dies entspricht im Ergebnis einer pauschalen Kürzung der krankenversicherungsrechtlichen Grundpflegeentschädigung um 40% der ausgerichteten Hilflosenentschädigung.

Ein höherer Pauschalabzug ist nicht gerechtfertigt. Im Kontext mit der unfallversicherungsrechtlichen Pflegeentschädigung befürwortet das Bundesgericht zwar eine Anrechnung von 85% der Hilflosenentschädigung.³⁰ Dabei ist aber zu beachten, dass der Unfallversicherer gemäss [Art. 18 UVV](#) im Gegensatz zum Krankenversicherer nicht nur für die Pflegeleistungen (vollumfänglich), sondern auch für die Kosten der nicht medizinischen Hilfe (anteilmässig) aufzukommen hat. Entsprechend ist es konsequent, wenn von der Pflegeentschädigung ein höherer prozentualer Abzug der Hilflosenentschädigung vorgenommen wird.

Vordergründig ist die pauschale Anrechnung eines bestimmten Anteils der Hilflosenentschädigung sinnvoll. Eine derartige Anrechnung sollte aber nur dann erfolgen, wenn im konkreten Einzelfall eine Überentschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. In schweren Pflegefällen bzw. bei einer Versorgungsbedürftigkeit der versicherten Person rund um die Uhr besteht keine derartige überwiegende Wahrscheinlichkeit. Wird die versicherte Person neben zugelassenen Leistungserbringern auch (unentgeltlich) von Angehörigen betreut und gepflegt, ist deren Versorgungsleistung ebenfalls angemessen zu berücksichtigen und besteht eine Überentschädigung regelmässig nicht, wenn der gesamte Zeitaufwand für alle Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen mit einem angemessenen Ansatz monetär berechnet wird.

5. Intensivpflegezuschlag und krankenversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung

Minderjährige Versicherte erhalten von der Invalidenversicherung zusätzlich zur Hilflosenentschädigung einen

Intensivpflegezuschlag. Als Intensivpflege gilt gemäss [Art. 39 IVV](#) der behinderungsbedingte Mehrbedarf, wobei sowohl die Behandlungs- als auch die Grundpflege zu berücksichtigen sind. Da der Intensivpflegezuschlag einen Teil der Hilflosenentschädigung darstellt, kann dieser nicht gekürzt werden. Es stellt sich deshalb wie bei der Hilflosenentschädigung die Frage, welcher Anteil beim krankenversicherungsrechtlichen Pflegebeitrag anzurechnen ist.

Die Invalidenversicherung klärt den tatsächlichen Intensivpflegebedarf zwar ab, gewährt aber lediglich je nach dem täglichen Bedarf abgestufte Pauschalbeiträge. Ein Anspruch besteht erst dann, wenn der tägliche behinderungsbedingte Mehrbedarf mehr als vier Stunden ausmacht.³¹ Entsprechend ist es von vornherein nicht möglich, den von der Invalidenversicherung festgestellten tatsächlichen Intensivpflegebedarf vom krankenversicherungsrechtlich versicherten Pflegebedarf vollumfänglich in Abzug zu bringen. Es kommt hinzu, dass der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, von der Invalidenversicherung nicht berücksichtigt wird.³²

Wurde von der Invalidenversicherung fälschlicherweise ein zwar tatsächlich vorhandener, aber gemäss [Art. 39 IVV](#) nicht versicherter Pflegebedarf berücksichtigt, hat die Invalidenversicherung den Intensivpflegezuschlag (rückwirkend) zu kürzen und ungerechtfertigte Versicherungsleistungen gegebenenfalls zurückzufordern. Der Krankenversicherer jedenfalls ist nicht zur Vornahme einer Kürzung der Pflegeentschädigung berechtigt, wenn die versicherte Person einen Intensivpflegezuschlag erhält.

-
- 1 Vgl. z.B. Urteil Bundesgericht [4C.402/2006](#) vom 27.2.2007 E. 6.1.
 - 2 Vgl. z.B. Urteile Bundesgericht [9C_359/2008](#) vom 19.12.2008 E. 6.3.5.1 und B 52/94 vom 30.9.1994 = SVR 1997 BVG Nr. 68 S. 207 E. 3a.
 - 3 Vgl. z.B. [Art. 69 ATSG](#) und [Art. 122 KVV](#).
 - 4 Vgl. [Art. 1 Abs. 1 ELG](#)
 - 5 Vgl. [Art. 11 Abs. 3 lit. d ELG](#) und [Art. 14 Abs. 4 ELG](#).
 - 6 Vgl. [Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV](#).
 - 7 Vgl. [Art. 25a KVG](#) und [Art. 7 KLV](#).
 - 8 Vgl. [Art. 39c lit. b ff. IVV](#).
 - 9 Vgl. [Art. 42^{sexies} Abs. 1 lit. a und b IVG](#).
 - 10 Vgl. [Art. 69 Abs. 3 ATSG](#).
 - 11 Vgl. Urteil Bundesgericht [8C_81/2021](#) vom 27.10.2021 E. 6.5.2.
 - 12 Vgl. [Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV](#).
 - 13 Siehe dazu [Art. 122 Abs. 1 lit. a KVV](#)
 - 14 Vgl. z.B. [Art. 25a Abs. 5 KVG](#).
 - 15 Vgl. Urteil Kantonsgericht Basel-Landschaft 730 20 173 vom 27.1.2022 E. 6.
 - 16 Ibid. E. 5.3.1.
 - 17 Vgl. [Art. 64 Abs. 1 ATSG](#)
 - 18 Vgl. [Art. 64 Abs. 2 ATSG](#).
 - 19 Vgl. [Art. 64 Abs. 3 ATSG](#).
 - 20 Vgl. Urteile Bundesgericht [9C_43/2012](#) vom 12.7.2012 E. 4 und [9C_886/2010](#) vom 10.6.2011 E. 4.
 - 21 Siehe dazu Verordnung des EDI vom 3. November 2021 über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen.
 - 22 Vgl. [Art. 70 Abs. 1 ATSG](#)
 - 23 Vgl. Urteile Bundesgericht [9C_43/2012](#) vom 12.7.2012 E. 4.1.2 und [9C_886/2010](#) vom 10.6.2011 E. 4.4.
 - 24 Vgl. [BGE 125 V 297](#) E. 5b.

25 Ibid.

26 Vgl. [BGE 105 V 197](#) E. 2 und 110 V 318.

27 Vgl. [BGE 127 V 94](#) E. 5e.

28 Ibid.

29 Vgl. Urteil Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich KV.2016.00055 vom 24.1.2017 E. 4.7.

30 Vgl. Urteil Bundesgericht [8C_81/2021](#) vom 27.10.2021 E. 6.5.2.

31 Vgl. [Art. 39 Abs. 1 IVV](#).

32 Vgl. [Art. 39 Abs. 2 IVV](#).