

Infirmité congénitale, soins à domicile, soins de base, allocation pour impotent, supplément pour soins intenses, surindemnisation, concordance

**Art. 25a LAMal ; 7 al. 2
let. c OPAS ; 42 ss LAI ;
69 LPGA**

Un enfant atteint d'une infirmité congénitale bénéficie d'une allocation pour impotent (API) et d'un supplément pour soins intenses (SSI) versés par l'AI. Les soins de bases sont pris en charge par l'assurance-maladie, la mère fournissant elle-même plus de 90 % des heures de soins. Se pose la question de la coordination des prestations de la LAMal avec l'API et le SSI.

Le TF rappelle que s'agissant des personnes mineures, ce problème de coordination n'existe que depuis 2004. Avant cela, l'API n'était versée qu'aux personnes majeures, et l'allocation versée par l'AI pour la prise en charge d'un enfant mineur à domicile était une prestation en nature (mesure médicale, art. 13 LAI) dont la concordance avec les prestations pour soins de base ne faisait aucun doute. La concordance entre ces prestations et l'API versée à la personne mineure n'a jamais fait l'objet d'un examen approfondi. **La question de la surindemnisation ne se pose qu'en présence de prestations devant être coordonnées.**

Il s'agit ici d'un problème de **coordination intersystémique** qui n'est pas expressément réglé dans la loi. Faute de règle de coordination, la prise en charge des soins de base par la LAMal et l'API de l'AI sont dues cumulativement, sous réserve de surindemnisation. Si l'on admet une surindemnisation, ce sont les prestations de la LAMal qui doivent être réduites, l'API étant soustraite à toute réduction (art. 69 al. 3 LPGA) (c. 5.1.3). **L'interdiction de surindemnisation n'ayant pas valeur de principe général**, il faut une base légale pour que cette réduction puisse être opérée. L'art. 69 al. 1 LPGA est la base légale pertinente ; elle suppose que l'on parle de **prestations de nature et de but identiques**. Il faut en outre qu'elles soient versées à la même personne, en raison du même événement et pour le même laps de temps (ces trois autres aspects de la concordance n'étant pas litigieux en l'espèce) (c. 6.1).

Le TF analyse la question de savoir si « **nature et but identiques** » doivent être compris comme un seul élément normatif, comme cela a été le cas dans la jurisprudence jusqu'ici (le « but » l'emportant sur la « nature »), et comme la doctrine a pu le défendre, ou s'il s'agit de **conditions distinctes**, devant être toutes deux remplies pour que l'on soit en présence d'un cas de surindemnisation. Le TF tranche en faveur de la seconde analyse (c. 6).

L'API est une prestation en espèces (art. 15 LPGA) **alors que les prestations pour soins de base sont des prestations en nature** (art. 14 LPGA, même si, techniquement, l'assurance-maladie rembourse des frais et ne fournit pas elle-même les prestations [c. 6.4.2]). La table de concordance de l'art. 74 al. 2 LPGA, qui s'applique en matière de coordination extrasystémique, n'est ici pas pertinente (c. 6.4.3). Les prestations en nature ont fondamentalement pour but d'agir concrètement (« *proaktiv* ») sur le risque assuré ; à l'inverse, les prestations en espèces ont pour but de compenser les conséquences d'un risque qui ne peut plus être écarté (« *reaktiv* »). En l'espèce, la prise en charge des soins de base a pour but la fourniture de prestations concrètes, alors que l'API offre une compensation économique pour les désagréments provoqués par l'impotence. Il s'agit d'une prestation forfaitaire dont le ou la bénéficiaire peut faire ce qu'il ou elle entend. Il s'agit donc de deux prestations de nature différente, ce qui exclut déjà en soi un cas de surindemnisation au sens de l'art. 69 al. 1 LPGA (c. 6.5).

Comparant ensuite la législation applicable, respectivement, aux soins de base (LAMal) et à l'API (AI), le TF parvient à la conclusion que **si les deux prestations ont une certaine parenté, elles n'ont pas le même but**, ne serait-ce que parce que les soins de base doivent faire l'objet d'une évaluation par du personnel qualifié et correspondent à des mesures précises dont la mise en œuvre doit être validée par un médecin, alors que l'API a pour but de combler les difficultés permanentes pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Les deux prestations n'ont donc pas le même but (c. 6.6.2).

Faute de prestations étant de même nature et ayant le même but, **il ne peut être question, en cas de perception concurrente de prestations de la LAMal pour les soins de base et d'une API de l'AI, de surindemnisation.** La concordance du SSI, qui est une prestation accessoire à l'API, n'a pas à être examinée séparément et se rattache à cette dernière (c. 6.6.3).

Le TF se livre ensuite à l'**interprétation de l'art. 69 al. 1 et 2 LPGA**, et parvient à la conclusion que l'art. 69 al. 2 LPGA a uniquement pour but de fixer une limite de surindemnisation lorsque des prestations en espèces concordantes sont perçues et qu'il n'existe pas d'autre disposition fixant cette limite. Cette disposition n'est donc pas pertinente dans la constellation qui nous occupe (c. 8). L'art. 122 OAMal non plus (c. 9). Le TF rappelle finalement que le cumul des prestations de la LAMal pour les soins de base et de l'API correspond à la volonté politique (c. 10).

En conclusion, les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS doivent être pris en charge indépendamment de la perception, par la personne assurée, d'une API et d'un SSI.

Note: cet arrêt apporte une précision bienvenue s'agissant de la compréhension de la surindemnisation dans le contexte de la coordination intersystémique, en rejetant la méthode globale, soutenue par une partie de la doctrine mais contraire, à notre avis et comme le confirme cet arrêt, à la volonté du législateur (cf. DUPONT ANNE-SYLVIE, L'interdiction de la surindemnisation : un « principe général » tout en nuances, in : Dupont/Müller, Concepts fondamentaux de l'indemnisation : convergence et divergences, Bâle/Neuchâtel 2023, 147 ss, N 22). La méthode de la concordance des droits est ici affinée par la précision que la concordance fonctionnelle (« nature et but identiques ») doit bien faire l'objet d'une analyse en deux temps, d'abord sur la question de l'identité de nature, puis sur celle de l'identité de but. La terminologie employée prête à confusion dans la sens où l'identité de nature est désignée par les termes de « sachliche Kongruenz » et l'identité de but par celle de « funktionelle Kongruenz ». Traditionnellement, le premier concept désigne la concordance événementielle (ou matérielle), et le second, précisément, l'identité de buts et de nature. Cela ne change rien, fondamentalement, au fait que la concordance doit s'examiner à l'aune des quatre critères identifiés ci-dessus, le dernier (concordance fonctionnelle) devant faire l'objet d'une analyse en deux temps, sous l'angle de la nature des prestations d'abord et de leur but ensuite.

Auteure : Anne-Sylvie Dupont

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 24. August 2022 (VV.2021.120/E).

Sachverhalt:

A.

A. (geb. 2008) leidet an einer spinalen Muskelatrophie (heredo-degenerative Erkrankung des Nervensystems, Geburtsgebrechen Ziff. 383). Unter dem Titel der Grundpflege (Art. 25a KVG, Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) wurden ihr wöchentliche Spitexleistungen von 3 Std. 25 Min. ärztlich verordnet (Bedarfsmeldung des Vereins Kinderspitex Ostschweiz vom 10. Februar 2017). Die Swica Krankenversicherung AG erteilte Kostengutsprache u.a. für Beiträge an die Grundpflege im Umfang von jährlich 104 Stunden, dies mit Wirkung ab 17. Januar 2017 (Mitteilung vom 25. Juli 2017). Im Februar 2020 reichte die Kinderspitex eine neue Bedarfsmeldung für Grundpflegeleistungen von wöchentlich 4,5 Stunden (im Rahmen eines Grundpflegebedarfs von insgesamt 41,5 Stunden) ein. Der Krankenversicherer zog die Akten der Invalidenversicherung bei. Am 18. Mai 2020 teilte er der Spitex mit, er habe festgestellt, dass A. eine Entschädigung der Invalidenversicherung für Hilflosigkeit schweren Grades mit Intensivpflegezuschlag erhalte. Ein Teil davon sei zur Finanzierung von Grundpflegeleistungen vorgesehen. Die Spitex entgegnete, die teilzeitlich erwerbstätige, alleinerziehende Mutter der Versicherten leiste wöchentlich 37 Stunden Pflege, was 89 Prozent des Pflegeaufwands ausmache. Daher bestehe kein Raum für eine Überentschädigung.

Der Krankenversicherer kam zum Schluss, die Hilflosenentschädigung mit Intensivpflegezuschlag der Invalidenversicherung decke die Kosten des Grundpflegebedarfs vollständig. Ungedeckte Krankheitskosten in Form von Mehrkosten oder Erwerbsausfall der Mutter der Versicherten seien nicht ausreichend belegt. Infolge Überentschädigung bestehe kein Anspruch auf Pflegebeiträge. Im Zeitraum Februar 2017 bis Dezember 2019 seien Leistungen im Betrag von Fr. 11'452.35 zuviel ausbezahlt worden. Von einer Rückforderung werde abgesehen (Verfügung vom 13. Juli 2020 und Einspracheentscheid vom 12. März 2021).

B.

A. reichte Beschwerde ein. Das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau wies das Rechtsmittel ab, soweit es darauf eintrat (Entscheid vom 24. August 2022).

C.

A. führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten. Sie beantragt im Wesentlichen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben. Es sei festzustellen, dass keine Überentschädigung vorliege. Eventuell sei die Sache zur neuen Abklärung und Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin und das Bundesamt für Gesundheit verzichten auf eine Stellungnahme.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerdeführerin bezieht Hilflosenentschädigung (mit Intensivpflegezuschlag für Minderjährige) der Invalidenversicherung. Sie erhebt (weiterhin) Anspruch auf Pflegebeiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Krankenversicherer geht davon aus, Pflegebeiträge führten zusammen mit der Hilflosenentschädigung zu einer Überentschädigung.

1.2.

1.2.1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 erster Satz KVG [eingefügt durch das Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Januar 2011]; vgl. Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG; Art. 33 lit. b und Art. 51 KVV; Art. 7 ff. KLV). Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest (Art. 25a Abs. 4 erster Satz KVG). Von den Pflegekosten, die nicht von Sozialversicherungen gedeckt sind, dürfen höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages auf die versicherte Person überwält werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 erster und zweiter Satz KVG). Leistungen nach Art. 25a KVG sind Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung und auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag u.a. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex; Art. 51 KVV) erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV). Art. 7 Abs. 2 KLV bezeichnet die Pflegeleistungen, im Einzelnen die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung ("Behandlungspflege"; lit. b) und der Grundpflege (lit. c), an die die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag nach Art. 25a KVG leistet.

Vorliegend zur Diskussion stehen allein Beiträge an die Grundpflege. Dabei handelt es sich, soweit hier interessierend (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV), um "allgemeine Grundpflege" bei Patienten, die selbst dazu nicht in der Lage sind; diese Kategorie umfasst sowohl pflegerische Massnahmen, die erst wegen des Gebrechens nötig werden (z.B. Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe,

Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut), wie auch gebrechensbedingte Hilfestellungen bei alltäglichen Lebensverrichtungen (Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken).

1.2.2. Die Hilflosenentschädigung (nach AHVG, IVG, UVG oder MVG; vgl. Art. 66 Abs. 3 ATSG) steht Personen zu, die wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung für alltägliche Lebensverrichtungen (wie z.B. Essen und Körperpflege) dauernd der Hilfe Dritter, der persönlichen Überwachung oder (nach Art. 42 Abs. 3 und Art. 42bis Abs. 5 IVG) der lebenspraktischen Begleitung bedürfen (Art. 9 ATSG, BGE 133 V 450 E. 2; Urteil 9C_809/2015 vom 10. August 2016 E. 5). Für die Invalidenversicherung hält Art. 42ter Abs. 1 zweiter Satz IVG fest, dass Hilflosenentschädigung personenbezogen ausgerichtet wird und die Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen erleichtern soll. Minderjährige, die zusätzlich intensive Betreuung brauchen, erhalten einen Intensivpflegezuschlag zur Hilflosenentschädigung (Art. 42ter Abs. 3 IVG, Art. 36 Abs. 2 IVV). Die dafür vorausgesetzte Intensität ist erreicht, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung im Tagesdurchschnitt eine zusätzliche Betreuung von mindestens vier Stunden erfordert. Anrechenbar ist der Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters (Art. 39 Abs. 1 und Abs. 2 erster Satz IVV).

1.3. Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die IV-Hilflosenentschädigung zu Recht von einer Überentschädigung ausgeht und deswegen keine Beiträge für Grundpflege gewährt.

Nach Art. 69 Abs. 1 erster Satz ATSG darf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Der zweite Satz dieser Bestimmung schränkt den Grundsatz dahin ein, dass bei der Berechnung der Überentschädigung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt werden, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigenden Ereignisses gewährt werden. Gemäss Art. 69 Abs. 2 ATSG liegt eine Überentschädigung in dem Masse vor, wie die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalles mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.

Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sieht Art. 122 Abs. 1 KVV Folgendes vor: Eine Überentschädigung bei Sachleistungen liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden namentlich die folgenden Grenzen übersteigen: a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten; b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten.

Es gilt zu prüfen, ob die Hilflosenentschädigung (mit Intensivpflegezuschlag) der Invalidenversicherung und die streitgegenständlichen Leistungen der Krankenversicherung (Pflegebeiträge) unter einem dieser Rechtstitel Gegenstand einer Überentschädigungsrechnung werden können.

1.4. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist weder an die in der Beschwerde vorgebrachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden. So kann es die Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen; auch kann es eine Beschwerde mit einer Begründung abweisen, die von der Argumentation der Vorinstanz abweicht (BGE 141 V 234 E. 1; Urteil 8C_78/2023 vom 21. August 2023 E. 2.1).

2.

2.1. Als Krankenversicherer vertritt die Beschwerdegegnerin die Auffassung, vorbehältlich ausgewiesener höherer Kosten sei praxismässig ein Anteil von 40 Prozent der IV-Hilflosenentschädigung (und des Intensivpflegezuschlags) mit den Kosten für die Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV kongruent und daher in die Überentschädigungsrechnung einzubeziehen. Im

vorliegenden Fall beliefen sich die ausgewiesenen Grundpflegeleistungen der Kinderspitex durchschnittlich auf 11 Prozent der Bezüge von Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag. Die Quote von 40 Prozent sei bei Weitem nicht ausgeschöpft.

Die Vorinstanz erwägt, die infrage stehenden Beiträge an Spitexleistungen und die Hilflosenentschädigung seien weitgehend gleichartig im Sinn von Art. 69 Abs. 1 ATSG. In der Überentschädigungsrechnung könne ein betreuungs- und pflegebedingter Verdienstaufschlag des pflegenden Elternteils durchaus berücksichtigt werden. Derartige Mehrkosten seien hier jedoch nicht substantiiert worden. Insgesamt erscheine es gerechtfertigt, dass die Beschwerdeführerin auf eine Überentschädigung geschlossen und die beantragte Beteiligung an den Grundpflegeleistungen abgelehnt habe.

2.2. Die Beschwerdeführerin hält dagegen, die durch ihre Mutter erbrachten Pflegeleistungen seien in die Berechnung der Überentschädigung einzubeziehen. Vom gesamten jährlichen Grundpflegebedarf von 2'132 Stunden erbringe die Kinderspitex 72,75 Stunden, die Mutter 2'059,25 Stunden (96,5 Prozent). Der angefochtene Entscheid laufe im Ergebnis darauf hinaus, dass der nichterwerbstätige Elternteil eines pflegebedürftigen Kindes, der einen Grossteil der Pflegearbeit unentgeltlich leiste, an der Hilflosenentschädigung nicht teilhabe, obwohl der Krankenversicherer seinerseits nur einen kleinen Anteil der Grundpflege entschädige. Dies sei nicht rechtens.

3.

3.1. In der Zeit vor dem ATSG (in Kraft seit 1. Januar 2003) hatte das Bundesgericht erkannt, das soziale Krankenversicherungsrecht schliesse die Kumulation von Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und Pflegeleistungen der sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 7 KLV nicht aus. Im Einzelfall sei eine Kürzung der KVG-Pflegeleistungen wegen Überentschädigung möglich, soweit die Pflegeleistungen von gleicher Art und Zweckbestimmung (Art. 122 Abs. 1 KVV in der damaligen Fassung) seien wie die Hilflosenentschädigung der AHV/IV (BGE 125 V 297 [1999]). Präzisierend führte das Bundesgericht im Jahr 2001 aus, die AHV/IV-Hilflosenentschädigung und die Leistungen für Pflege der Krankenversicherung seien von Grund auf verschieden: Bei der Hilflosenentschädigung handle es sich um eine Geldleistung, die nach dem Grad der Hilflosigkeit - und unabhängig von tatsächlich anfallenden Kosten - bemessen werde; die Leistungen für Pflege seien derweil Sachleistungen in Form einer Entschädigung von effektiven Pflegekosten. Unter dem Aspekt der Zweckbestimmung seien die Leistungen für Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV; im Unterschied zu jenen nach lit. a und b) im Wesentlichen von gleicher Natur wie die Hilflosenentschädigung, soweit sie Massnahmen entgälten, die wegen Hilflosigkeit nötig seien. Die Hilflosenentschädigung ersetze jedoch auch durch die Krankenversicherungsleistungen nicht abgeholte Hilfestellungen Dritter. Deswegen dürfe nicht ohne Weiteres der gesamte Betrag der Hilflosenentschädigung von den Leistungen der Krankenversicherung abgezogen werden (BGE 127 V 94 E. 3d).

3.2. Etliche Zeit nach Inkrafttreten des ATSG erging das Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 zur Frage der Leistungspflicht der Krankenversicherung für Spitexdienste für ein Kind mit Geburtsgebrechen. In E. 4.4 f. dieses Entscheids schickte das Bundesgericht voraus, bei Hauspflege vorgenommene Vorkehren der Eltern oder der Kinder-Spitex, deren Durchführung keine medizinische Berufsqualifikation erfordere (vgl. BGE 136 V 209 E. 7), stellten keine medizinische Massnahme der Invalidenversicherung, also keine Sachleistung mehr dar, nachdem die altrechtlichen Beiträge an die Kosten der Hauspflege für hilflose geburtsgebrechliche Minderjährige im Rahmen der 4. IVG-Revision (in Kraft ab 1. Januar 2004) in die neurechtliche Hilflosenentschädigung überführt worden seien. Nunmehr begründe der von den Eltern und zu deren Entlastung von der Spitex geleistete pflegerische Mehraufwand (im Vergleich zum Aufwand für ein nicht geburtsgebrechensbedingt pflegebedürftiges Kind) gegebenenfalls einen Anspruch auf Geldleistungen in Form von Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag. Weiter wies das Bundesgericht auf die in der Zeit vor dem ATSG und der 4. IVG-

Revision ergangene Rechtsprechung hin (vgl. oben E. 3.1), wonach Leistungen der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Abklärung, Beratung und Koordination) und solche nach lit. b (Untersuchung und Behandlung) Massnahmen erfassten, die nicht in direktem Zusammenhang mit einer Hilflosigkeit stünden, also nicht dasselbe Risiko abdeckten. Ein Einbezug der entsprechenden Kosten in die Überentschädigungsberechnung falle ausser Betracht. Nach wie vor als weitgehend gleichartig könnten hingegen die Leistungen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) gelten, denn damit würden im Wesentlichen Massnahmen vergütet, die wegen Hilflosigkeit erforderlich seien. Eine generelle Kürzung krankensicherungsrechtlicher Pflegeleistungen um den Betrag der Hilflosenentschädigung lasse sich insgesamt nicht rechtfertigen. Der Umstand, dass die Hilflosenentschädigung mindestens teilweise den gleichen Grundpflegeaufwand abdecke, der auch Ansprüche gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begründe, könne - wie bisher (vgl. BGE 127 V 94 E. 3d; 125 V 297 E. 5b) - unter dem Titel der Überentschädigung (Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV) im Einzelfall berücksichtigt werden (Praxis weitergeführt mit Urteilen 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2 und 9C_110/2019 vom 22. Juli 2019 E. 5.2.1; vgl. auch Urteil 9C_772/2020 vom 15. März 2021 E. 4.2.3).

4.

4.1. Das angefochtene Urteil und die Parteistandpunkte konzentrieren sich auf das Ausmass der Überentschädigung unter dem Aspekt des Verdienstaufschlags der pflegenden Mutter (oben E. 2; vgl. dazu BGE 110 V 318 E. 3; Parlamentarische Initiative Sozialversicherungsrecht, Bericht der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999, BBl 1999 4641, 4642 f.; HARDY LANDOLT, Behandlungspflege - medizinische Pflege - Grundpflege: ein Abgrenzungsversuch, in: Pflgerecht 2014, S. 33, 36). In diesem Zusammenhang beziehen sich die Parteien u.a. auf Art. 69 Abs. 2 ATSG. Nach dieser Bestimmung liegt eine Überentschädigung in dem Masse vor, wie die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten (z.B. Kostenbeteiligungen nach Art. 64 KVG oder ungedeckte Kosten für Hilfsmittel) und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen. Eine entsprechende Erhöhung der Überentschädigungsgrenze ist auch in Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV vorgesehen: Der Verdienstaufschlag einer pflegenden Angehörigen fällt dort unter die "ungedeckten Krankheitskosten", die zusammen mit den der versicherten Person entstandenen Pflegekosten die Überentschädigungsgrenze bilden (vgl. Urteil 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4.2; FRANZ SCHLAURI, Die Leistungscoordination im neuen Krankenversicherungsrecht, in: LAMal - KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, 1997, S. 653). Nach der Rechtsprechung sind nur effektive, behandlungs- oder betreuungsbedingte Einkommenseinbussen pflegender Angehöriger einzubeziehen; die angehörige Person muss ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder reduziert haben, um die versicherte Person zu betreuen oder zu pflegen (BGE 146 V 74 E. 5.3.10 mit Hinweisen; im Gegensatz zu dieser "zurückhaltenden Auslegung" [a.a.O. E. 8.1], was Einkommenseinbussen von Angehörigen angeht, gelten grundsätzlich alle durch den Versicherungsfall entstandenen Mehrkosten, selbst Anwaltskosten, als durch den Versicherungsfall verursachte Mehrkosten im Sinn von Art. 69 Abs. 2 ATSG [BGE 139 V 108 E. 5.7 und E. 6]; kritisch zu einer Erweiterung der Überentschädigungsrechnung um sozialversicherungsleistungsfremde Elemente FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, in: Commentaire romand, LPGa, 2018, N. 42 ff. zu Art. 69 ATSG).

4.2. Ein Rechtsstreit über die richtige Höhe der Überentschädigungsgrenze ist nur zu führen, wenn grundsätzlich ein Tatbestand der Überentschädigung gegeben ist.

4.2.1. Vor dem Inkrafttreten des ATSG (2003) konnten die (Sach-) Leistungen der Krankenversicherer nach der in E. 3.1 zitierten Rechtsprechung unter dem Titel der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) gegebenenfalls gekürzt werden, wenn sie mit einer Hilflosenentschädigung der AHV/IV zusammentrafen (BGE 127 V 94; 125 V 297; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts

zum KVG, 2018, N. 5 zu Art. 78 KVG). In seiner bis Ende 2002 geltenden Fassung enthielt Art. 122 Abs. 1 KVV bereits den ab 2003 in Art. 69 Abs. 1 ATSG verankerten Grundsatz, wonach bei der Berechnung einer Überentschädigung "nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt" werden, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalls ausgerichtet werden. Art. 122 Abs. 2 KVV formulierte in der damaligen Fassung drei verschiedene Überentschädigungsgrenzen (Diagnose- und Behandlungskosten [lit. a]; Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten [lit. b]; durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangener Verdienst oder Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung [lit. c]). Die Überentschädigung begann dort, wo "die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen" die entsprechenden Grenzen nach lit. a-c "für denselben Gesundheitsschaden" überschritten. Den Diagnose- und Behandlungskosten (aArt. 122 Abs. 2 lit. a KVV) konnten in einer Überentschädigungsrechnung zwangsläufig nur einschlägige Sachleistungen gegenüberstehen. Die (hier interessierenden) Pflegekosten (vgl. lit. b) wurden einerseits mit AHV/IV-Hilflosenentschädigungen (Geldleistung), andererseits mit KVG-Leistungen für Krankenpflege (Sachleistung) entgolten. Mit Blick auf diese Verschiedenartigkeit waren hier an sich keine "Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung" gegeben. Die frühere Rechtsprechung beschränkte das Erfordernis der Gleichartigkeit allerdings auf eine rein sachbezogene Kongruenz, d.h. auf eine inhaltliche Übereinstimmung des gesetzlichen Leistungsziels mit dem Schaden resp. den Kosten, die die betreffende Sozialversicherungsleistung decken soll (dazu unten E. 6.2). Dieses Verständnis ermöglichte es, einen Überentschädigungstatbestand anzunehmen. Bestanden neben den versicherten Pflegekosten noch (als solche nicht versicherte) "andere ungedeckte Krankheitskosten", so erhöhte sich die Überentschädigungsgrenze nach dem Willen des damaligen Verordnungsgebers entsprechend. Am mutmasslich entgangenen Verdienst resp. Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung (aArt. 122 Abs. 2 lit. c KVV) schliesslich konnten sich naturgemäss nur Geldleistungen (im Wesentlichen Renten, Taggelder) messen. Unter dem Aspekt der Gleichartigkeit war es somit nur im Zusammenhang mit Pflegekosten problematisch, dass die zitierte Rechtsprechung bei der Anwendung von aArt. 122 KVV die jeweilige Eigenschaft der zusammentreffenden Leistungen (Sach- oder Geldleistung) ausblendete.

4.2.2. BGE 125 V 297 (1999) und 127 V 94 (2001) betrafen erwachsene Versicherte. Bei minderjährigen Versicherten stellte sich - hinsichtlich des bis Ende 2002 in aArt. 122 Abs. 1 KVV (und ab 2003 in Art. 69 Abs. 1 ATSG) umschriebenen Erfordernisses, dass in einer Überentschädigungsrechnung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt werden - das Problem der Verschiedenartigkeit von AHV/IV-Hilflosenentschädigung und KVG-Leistungen für Krankenpflege erst seit dem 1. Januar 2004. Bis dahin waren hier nur Sachleistungen im Spiel, die Prüfung einer Überentschädigung daher mit Art. 69 Abs. 1 ATSG konform: Der altrechtliche (Haus-) Pflegebeitrag zur Betreuung hilfloser Minderjähriger (aArt. 20 IVG und aArt. 4 IVV) versah bis zur 4. IVG-Revision als medizinische (Eingliederungs-) Massnahme (Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG) - mithin als Sachleistung (vgl. Art. 14 ATSG) - die Funktion der Geldleistung "Hilflosenentschädigung", die bis dahin erst nach Vollendung des 18. Altersjahrs ausgerichtet wurde (Art. 42 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2003 geltenden Fassung; Schlussbestimmungen der Änderung vom 21. März 2003 [4. IV-Revision] lit. a Abs. 3).

4.2.3. Das zur Annahme einer Überentschädigungssituation erforderliche Tatbestandselement "Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung", das in der früheren Fassung von Art. 122 KVV enthalten war, ist seit Anfang 2003 in Art. 69 Abs. 1 ATSG verankert. Seitdem die Invalidenversicherung bei Minderjährigen (anstelle von medizinischen Massnahmen in Form von Pflegebeiträgen) Hilflosenentschädigungen ausrichtet (ab 2004), ist fraglich, ob es beim Zusammentreffen mit KVG-Leistungen für Krankenpflege (resp., seit Anfang 2011, Beiträgen an die Pflegeleistungen [oben E. 1.2.1]) überhaupt noch zu einer Überentschädigung kommen kann. Indem das Bundesgericht im Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 (und folgenden Entscheiden [oben E. 3.2 a.E.]) das auf einen inhaltlichen Vergleich von gesetzlichem Leistungsziel und Gegenstand der Entschädigung beschränkte Verständnis von sachlicher Kongruenz beibehielt, führte es die vor

dem ATSG etablierte Rechtsprechung zu dieser Konstellation weiter, ohne die Tragweite von Art. 69 ATSG zu thematisieren.

4.3. Die unter den Parteien strittige Frage, inwiefern ein allfälliger pflegebedingter Erwerbsausfall der Mutter durch die Hilflosenentschädigung mit Intensivpflegezuschlag schon abgegolten sei, stellt sich erst, wenn überhaupt koordinationsbedürftige Ansprüche zusammentreffen. Dem ist im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen (Art. 106 Abs. 1 BGG) nachzugehen (oben E. 1.4); die bisherige Rechtsprechung (E. 3) ist entsprechend zu überprüfen.

5.

5.1.

5.1.1. Bezieht jemand aufgrund eines versicherten Ereignisses Leistungen verschiedener Sozialversicherungen, besteht allenfalls ein "intersystemischer" Koordinationsbedarf (MARC HÜRZELER, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 4 zu Art. 69 ATSG). Nach Art. 64 Abs. 1 ATSG werden gesetzliche Leistungen unter dem Titel der Heilbehandlung von einer einzigen Sozialversicherung übernommen (absolute Priorität). Diese Bestimmung kommt hier nicht zum Tragen, weil nur die Pflegebeiträge nach Art. 25a KVG und Art. 7 KLV als Heilbehandlung (Krankenpflege) zu qualifizieren sind, nicht aber die Hilflosenentschädigung (vgl. auch Art. 110 KVV, wonach u.a. die Leistungen der Invalidenversicherung vorgehen, soweit diese in einem Versicherungsfall mit gleichartigen Leistungen der Krankenversicherung zusammentreffen). Ebenso wenig einschlägig ist Art. 27 KVG, wonach die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Geburtsgebrechen im Verhältnis zur Invalidenversicherung nur subsidiär leistungspflichtig wird (vgl. aber erwähntes Urteil 9C_886/2010 E. 4.2.2): Art. 27 KVG bezieht sich auf medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung nach Art. 13 IVG (HARDY LANDOLT, in: Basler Kommentar zum KVG, 2020, N. 2 ff. zu Art. 27 KVG), gilt also nicht im Verhältnis zur Hilflosenentschädigung.

5.1.2. Zum koordinationsrechtlichen Verhältnis zwischen (IV-) Hilflosenentschädigungen und Pflegebeiträgen nach Art. 25a KVG besteht keine ausdrückliche gesetzliche Regelung (LANDOLT, Pfleregerecht 2014, S. 33), anders als etwa zum Verhältnis Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung und Pflegebeitrag (vgl. Art. 42sexies Abs. 1 und 3 IVG; zur - vom ATSG nicht erfassten - "intrasystemischen" Koordination von Hilflosenentschädigung und Pflegebeitrag der Unfallversicherung [Art. 26 UVG, Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV] vgl. BGE 147 V 16 E. 8.2.4, 147 V 35 E. 9 und 148 V 28).

5.1.3. Die Pflegebeiträge nach KVG und die Hilflosenentschädigung nach IVG sind nach dem Gesagten grundsätzlich kumulativ geschuldet. Die Grenzen dieser Kumulation sind koordinationsrechtlich unter dem Titel der Überentschädigung zu behandeln. Eine allfällige Kürzung beträfe die Pflegebeiträge; Art. 69 Abs. 3 ATSG nimmt die Hilflosenentschädigung von einer Kürzung aus.

5.2. Vor dem Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 hatte das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) die Existenz eines allgemeinen, ungeschriebenen Überentschädigungsverbots im Sozialversicherungsrecht verneint. Es bedürfe einer gesetzlichen Grundlage, um das Gewinnverbot im Verhältnis aller oder bestimmter Zweige der Sozialversicherung und bezüglich aller gleichartigen Leistungen zu verwirklichen (BGE 113 V 140 E. 7c; dazu MARTIN KOCHER, Zum Wesen der Koordination in der schweizerischen Sozialversicherung, in: recht 1994, S. 91 f.). Mit der Feststellung, das Sozialversicherungsrecht kenne weder ein generelles Überentschädigungsverbot noch einen einheitlichen Überentschädigungsbegriff, zielte es hauptsächlich auf den Umstand, dass in den einzelnen Sozialversicherungszweigen unterschiedliche Kürzungsgrenzen und Anrechnungsvorschriften zu beachten waren (BGE 126 V 468 E. 6a; 123 V 88 E. 4b; vgl. auch Bericht der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999 zur Parlamentarischen

Initiative 85.227 Sozialversicherungsrecht, BBl 1999 4640 ff.). Das Regelungsdefizit wurde mit Erlass des ATSG insoweit behoben, wie sich das Gesetz zum Grundsatz der sachlichen und funktionalen Kongruenz bekennt (Art. 69 Abs. 1 ATSG) und es die Überentschädigungsgrenze für zusammen-treffende Sozialversicherungsleistungen definiert, die den wegen desselben Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst entschädigen (Abs. 2; zur Frage, inwiefern Art. 69 ATSG als Ausdruck eines allgemeinen Prinzips erscheine, FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 11 und 31 ff. zu Art. 63 und N. 11 zu Art. 69 ATSG; HÜRZELER, a.a.O., N. 1 f. zu Art. 69 ATSG; vgl. auch ROLAND SCHAER, Grundzüge des Zusammenwirkens von Schadenausgleichsystemen, 1984, Rz. 452 ff.). Art. 69 ATSG kommt für die intersystemische Koordination zum Tragen, soweit keine (abweichende) spezialgesetzliche Regelung besteht (ADRIAN ROTHENBERGER, Das Spannungsfeld von Überentschädigungsverbot und Kongruenzgrundsatz, 2015, Rz. 179; FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 8 zu Art. 69 ATSG).

5.3. Angesichts dieser Ausgangslage ist im Folgenden zu prüfen, ob eine Kürzung von Pflegebeiträgen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wegen einer mit dem gleichzeitigen Bezug einer Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung eintretenden Überentschädigung eine Rechtsgrundlage findet, sei es in Art. 69 ATSG (nachfolgend E. 6-8) oder Art. 122 KVV (E. 9).

6.

6.1. Nach Art. 69 Abs. 1 erster Satz ATSG darf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Im zweiten Satz dieser Bestimmung wird diese Vorgabe dahin erläutert, dass bei der Berechnung der Überentschädigung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt werden, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigenden (sprich versicherten) Ereignisses gewährt werden. Die Auswahl der Sozialversicherungsleistungen, die in eine Überentschädigungsrechnung einbezogen werden, erfolgt somit einmal nach Gesichtspunkten der persönlichen ("anspruchsberechtigte Person") und ereignisbezogenen ("aufgrund des schädigenden Ereignisses") Kongruenz (HÜRZELER, a.a.O., N. 5 ff. zu Art. 69 ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 15 zu Art. 69 ATSG; FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 16 ff. zu Art. 69 ATSG; SCHAER, a.a.O., Rz. 493 ff., 1104 ff.). Im vorliegenden Fall entscheidend ist sodann das mit der Formulierung "nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung" zum Ausdruck gelangende Erfordernis der funktionalen sowie der sachlichen Kongruenz (dazu E. 6.5 und 6.6). Grundsätzlich müssen die einzubeziehenden Leistungen, wiewohl in Art. 69 Abs. 1 ATSG nicht ausdrücklich erwähnt (THOMAS GÄCHTER, Grundlegende Prinzipien des Koordinationsrechts, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtliche Leistungs-koordination, St. Gallen 2006, S. 33), auch zeitlich kongruent sein; allerdings greift etwa beim Zusammentreffen von UV-Taggeldern mit IV-Rentenleistungen eine Globalrechnung über die gesamte Periode des Taggeldbezugs (BGE 132 V 27 E. 3.1; dazu HÜRZELER/CADERAS, Kongruenz - Wie allgemein ist der Rechtsgrundsatz?, in: HAVE 2016 S. 364).

Indem Art. 69 Abs. 1 ATSG den Kongruenzgrundsatz (*principe de la concordance des droits*) in den erwähnten Dimensionen verwirklicht, setzt sich das Gesetz vom Gedanken des Globalprinzips ab (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 13 zu Art. 69 ATSG). Dieses Konzept fasst alle Sozialversicherungsleistungen (Geld- und Sachleistungen) während eines bestimmten Zeitraums überhaupt (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 15 zu Art. 69 ATSG) oder auch nur hinsichtlich eines bestimmten Versicherungsfalls (vgl. KIESER, ATSG-Kommentar, N. 14 und 22 zu Art. 69 ATSG; HÜRZELER/CADERAS, a.a.O., S. 364) zusammen. Mit Blick auf das Ziel, die wirtschaftliche Lage des Berechtigten nach einem oder mehreren Versicherungsfällen nicht besser werden zu lassen, als wenn diese nicht eingetreten wären, bestand im Rahmen der das Gesetzgebungsverfahren vorbereitenden Arbeiten zum ATSG die Idee, die Überentschädigung durch einen umfassend angelegten Einkommensvergleich zu bestimmen. Die Sozialversicherungsleistungen sollten (in ihrer Gesamtheit) zusammen mit einem weiterhin erzielten Erwerbs- und Ersatzeinkommen in Beziehung gesetzt werden zu den vor dem

Versicherungsfall erzielten - oder mutmasslich ohne diesen noch erzielbaren - Einkünften des Berechtigten und zu den durch den Versicherungsfall verursachten, aber nicht gedeckten zusätzlichen Kosten; die Einkünfte der mit dem Betroffenen zusammenlebenden Familienangehörigen sollten in die Vergleichsrechnung einbezogen werden. Eine im Vergleich global ermittelte Besserstellung nach dem Versicherungsfall führte demnach zu einer Kürzung der Geldleistungen. Hilflösen- und Integritätsentschädigungen sollten bei der Ermittlung der Überentschädigung ausser Rechnung bleiben (Bericht und Entwurf zu einem Allgemeinen Teil der Sozialversicherung, Beitrag einer Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht zur Verbesserung der Koordination in der Sozialversicherung, Beiheft zur SZS, 1984, S. 34, 57 und 81 f.).

Anstelle der ursprünglich vorgesehenen Gesamtbetrachtung der wirtschaftlichen Situation etablierte Art. 69 ATSG ein Konzept, das nur solche Sozialversicherungsleistungen einer (entsprechend spezifischen) Überentschädigungsgrenze gegenüberstellt, die ihrer Art und Zweckbestimmung nach übereinstimmen. Allenfalls infolge der ursprünglichen Fokussierung auf Erwerbsersatzleistungen (vgl. FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 5 zu Art. 69 ATSG) regelt Art. 69 Abs. 2 die Höhe dieser Grenze allein mit Bezug auf Erwerbsausfälle, die entsprechende Erwerbsersatz-Geldleistungen auslösen. Die in Abs. 2 definierte Überentschädigungsgrenze erfasst neben dem wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst auch (nicht versicherte) Mehrkosten, die wegen des Versicherungsfalls anfallen, sowie durch das versicherte Ereignis bedingte Einkommenseinbussen von Angehörigen. Daraus schliesst die herrschende Lehre sinngemäss, Abs. 2 behalte wesentliche Elemente des Globalprinzips bei und übersteuere das in Abs. 1 etablierte Kongruenzprinzip (vgl. unten E. 8.2). Verhielte es sich so, käme es vorliegend nicht mehr auf die Art der zusammentreffenden Leistungen (IV-Hilflösenentschädigung und KVG-Pflegebeiträge) an und wäre grundsätzlich ein Überentschädigungstatbestand gegeben.

6.2. Unter dem Gesichtspunkt der Kongruenz bestimmt sich die Art der Leistung zwar oft unmittelbar aus der Natur des versicherten Ereignisses. So löst etwa ein Verdienstaufschlag ausschliesslich Geldleistungen aus. Eine Überentschädigungsrechnung nach Art. 69 Abs. 2 ATSG bezieht sich denn auch stets entweder auf konkurrierende Renten (Art. 66 Abs. 1 und 2 ATSG) oder zusammentreffende Taggelder und Renten (Art. 68 ATSG) resp. verschiedene Taggelder (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 35 zu Art. 69 ATSG). Die vorliegend zu beurteilende Konstellation zeigt aber, dass eine bestimmte Schadenposition (hier Pflegekosten) durchaus einen Anspruch auf Geld- und Sachleistungen begründen kann.

Nach der bisherigen Rechtsprechung (oben E. 3) gelten die Hilflösenentschädigung der AHV/IV und die Leistungen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV als "weitgehend gleichartig", wenn sie im Wesentlichen Massnahmen vergüten, die wegen Hilflosigkeit erforderlich sind. Diese Praxis beruht, wie schon erwähnt (E. 4.2.3), auf einem Verständnis von Gleichartigkeit, das ausschliesslich im Blick hat, ob die Grundpflegeverrichtungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV im Einzelfall mit den Hilfestellungen im Sinn von Art. 9 ATSG und Art. 42 Abs. 1 IVG übereinstimmen. Die zitierte Praxis begreift die gesetzliche Vorgabe "gleicher Art und Zweckbestimmung" ("de nature et de but identiques", "di medesima natura e destinazione") in Art. 69 Abs. 1 ATSG bedeutungsmässig als einheitliches Normelement, vergleichbar etwa mit der Wendung "Sinn und Zweck" (vgl. ADRIAN ROTHENBERGER, Die Verwirklichung der Koordinationsziele durch den Kongruenzgrundsatz, in: Aktuelle Probleme des Koordinationsrechts II, Weber/Beck [Hrsg.], 2017, S. 86). Sie fordert nur Gleichartigkeit des zugrundeliegenden Pflegeaufwands, nicht auch Gleichartigkeit der Leistung als solcher. Letztlich misst die bisherige Rechtsprechung damit der Unterscheidung in Sach- und Geldleistungen (Art. 14 f. ATSG) im Zusammenhang mit der Überentschädigungsfrage keine Bedeutung zu.

6.3. An dieser Sichtweise ist nicht festzuhalten. Die Elemente "Art" und "Zweckbestimmung" haben je einen eigenständigen Sinngehalt. Sie erscheinen als unterschiedliche Formen der Kongruenz. "Leistungen gleicher Art" treffen in Form von Geldleistungen oder Sachleistungen zusammen (sogleich

E. 6.4). Gleichartigkeit im Sinn von Art. 69 Abs. 1 ATSG meint funktionale Kongruenz (E. 6.5).

Verschiedene Leistungen mit "gleicher Zweckbestimmung" sind derweil sachlich kongruent (E. 6.6).

6.4.

6.4.1. Hilfslosenentschädigungen sind Geldleistungen (Art. 15 ATSG). "Heilbehandlung (Krankenpflege)" fällt demgegenüber nach Art. 14 ATSG unter die Sachleistungen (vgl. Art. 24 ff. KVG; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, Rz. 1264; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 21 zu Art. 14 ATSG; RAFFAELLA BIAGGI, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 4 und 16 f. zu Art. 14 ATSG), so auch die streitgegenständlichen Beiträge an Kinderspitexleistungen nach Art. 25a KVG und Art. 7 KLV. Der mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Anfang 2011 vollzogene Wechsel von der Vollkostendeckung (aArt. 24 f. KVG) zum Beitragsprinzip (Art. 25a KVG; HARDY LANDOLT, in: Basler Kommentar zum KVG, N. 126 ff. zu Art. 25a KVG) im Bereich der Pflegekosten hat an der Qualifizierung der Pflegebeiträge als Sachleistung der Krankenversicherung nichts geändert.

6.4.2. Der Begriff der Sachleistung wird nicht nur im Sinn von Art. 14 ATSG - als Gegenstück zur Geldleistung nach Art. 15 ff. ATSG - verwendet. Er kann auch Ausdruck des Naturalleistungsprinzips sein; gemeint ist dann, dass der Versicherungsträger (z.B. der obligatorische Unfallversicherer) selbst Schuldner der (z.B. medizinischen) Leistung ist (EUGSTER, SBVR, Rz. 1264). So sind die bis zum vollendeten 20. Altersjahr beanspruchbaren medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen der Invalidenversicherung (Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 2 ATSG), darunter ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen (Art. 14 Abs. 1 lit. b IVG), im Sinn eines normativ verstandenen Naturalleistungsprinzips Sachleistungen (dazu MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Aufl. 2022, N. 3 zu Art. 14 IVG; zur absoluten Priorität der medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung gegenüber den Pflegebeiträgen der Krankenversicherung: Art. 64 Abs. 2 ATSG). Hingegen gilt in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Kostenvergütungsprinzip, wonach die versicherte Person Schuldnerin des Leistungserbringers ist (Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, BBl 2005 2042 Fn. 9; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 14 ff. zu Art. 14 ATSG); dies jedenfalls im System des tiers garant (Art. 42 Abs. 1 KVG), aber wohl auch im System des tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG; EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, N. 1 zu Art. 24 KVG). Auch die Pflegebeiträge der Krankenversicherung sind tarifvertraglich geregelte Kostenvergütungen (vgl. Art. 43 Abs. 4 KVG, Art. 59c KVV). Unter diesem Blickwinkel handelt es sich gerade nicht um Sachleistungen. Vorliegend ist jedoch die Begrifflichkeit nach Art. 14 ATSG massgebend, nicht diejenige im Zusammenhang mit der Unterscheidung von Naturalleistungs- und Kostenvergütungsprinzip.

6.4.3. Ferner ist festzuhalten, dass der regressrechtliche Begriff der "Leistungen gleicher Art" sich von demjenigen nach Art. 69 Abs. 1 ATSG unterscheidet und hier nicht massgebend ist. Art. 74 Abs. 2 lit. d ATSG bezeichnet Leistungen für Hilflosigkeit, den Assistenzbeitrag und Vergütungen für Pflegekosten sowie andere aus der Hilflosigkeit erwachsende Kosten als gleichartig. Im Zusammenhang mit dem Rückgriff auf einen für den Versicherungsfall haftenden Dritten stehen die aufgezählten Sozialversicherungsleistungen gemeinsam einer haftpflichtrechtlich kongruenten Anspruchsposition (Pflegeschieden) gegenüber. Gleichartig sind sie (nur) hinsichtlich des Forderungsgrundes (vgl. KLETT/MÜLLER, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 13 zu Art. 74 ATSG; GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY, in: Commentaire romand, LPGa, 2018, N. 48 ff. zu Art. 74 ATSG).

6.5. Das Gesetz unterscheidet Sach- und Geldleistungen (Art. 14 f. ATSG) anhand ihrer Wirkungsweise, ihrer Funktion. Sachleistungen sollen "proaktiv" auf das versicherte Risiko einwirken (Heilbehandlung von Gesundheitsschädigungen, berufliche Eingliederung, Hilfsmittel), während Geldleistungen im

Wesentlichen dazu bestimmt sind, einen eingetretenen Schaden "reaktiv" auszugleichen (vgl. GIAN CLAUDIO MANI, Reform des Systems der Schweizerischen Sozialversicherungen: unter besonderer Berücksichtigung der Geldleistungen [Art. 15 ATSG], 2012, S. 15; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 6 und 10 zu Art. 14 ATSG; BIAGGI, a.a.O., N. 5 zu Art. 14 ATSG; LOCHER/GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, S. 209).

Dementsprechend ist die Krankenpflege als Sachleistung nach Art. 14 ATSG dazu bestimmt, tatsächliche Auswirkungen des versicherten Risikos anzugehen, das heisst das gesundheitsbedingte Selbstversorgungsdefizit auszugleichen. Neben diesem kompensatorischen Zweck wirkt die Krankenpflege stabilisierend und vorbeugend auf den Gesundheitszustand ein (LANDOLT, Basler Kommentar zum KVG, N. 59 zu Art. 25a KVG). Die Pflegebeiträge nach Art. 25a Abs. 1 KVG gleichen konkrete Pflegekosten (teilweise) aus (so schon BGE 127 V 94 E. 3d; 125 V 297 E. 5a; vgl. auch BGE 148 V 28 E. 6.2.4). Die - in Art. 15 ATSG explizit als Geldleistung qualifizierte - Hilflosenentschädigung hingegen führt zu einem wirtschaftlichen Ausgleich des Aufwands für Hilfestellungen im Zusammenhang mit den alltäglichen Lebensverrichtungen. Sie wird nach Art. 42ter Abs. 1 IVG "personenbezogen ausgerichtet" und knüpft bei der behinderungsbedingten Pflegebedürftigkeit der betroffenen Person an (IRENE HOFER, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 5 und 28 zu Art. 9 ATSG). Die Entschädigung steht dem Anspruchsberechtigten grundsätzlich zur freien Verfügung: Nach Art. 42ter Abs. 1 IVG soll sie "die Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen erleichtern". Dementsprechend wird die Hilflosenentschädigung als Pauschalleistung ausgerichtet, deren Höhe, anders als die der KVG-Pflegebeiträge, nicht vom effektiven Pflegeaufwand und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Hilfestellungen abhängt (HOFER, a.a.O., N. 3 und 5 zu Art. 9 ATSG; HARDY LANDOLT, Hilflosenentschädigung - Irrlicht oder Leuchtturm?, in: Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2013, St. Gallen 2014, S. 188).

Abgesehen davon, dass eine Anrechnung der Hilflosenentschädigung der gesetzlichen Differenzierung nach Sach- und Geldleistung (Art. 14 und 15 ATSG) widersprechen würde, fällt es auch aufgrund des beschriebenen kategorialen Unterschieds schwer, aus der Hilflosenentschädigung ein "gleichartiges" Äquivalent zu den Pflegebeiträgen zu isolieren. Es wäre nicht systemgerecht, mit Hilflosenentschädigung entgeltete konkrete Hilfestellungen zu identifizieren und zu quantifizieren, die ihrer Bestimmung nach den Pflegeleistungen zugeordnet werden können, für die die Krankenversicherung Beiträge ausrichtet. Die einzelnen Leistungen der Grundpflege müssten detailliert aufgelistet und mit den im Einzelfall betroffenen alltäglichen Lebensverrichtungen, welche der Hilflosenentschädigung zugrundeliegen, verglichen werden (ROMANA CANCAR, Intersystemische Leistungscoordination bei der spitalexternen Pflege - die Büchse der Pandora?, in: Pflegerecht 2015 S. 75, 77). Das Bundesgericht hat denn auch schon in BGE 125 V 297 E. 5b erkannt, der konkrete Nachweis einer Überentschädigung sei mit praktischen Schwierigkeiten verbunden, weil er eine Aufschlüsselung der Leistungen voraussetze, die sich angesichts der grundsätzlichen Unterschiede in den Leistungsarten kaum sachgerecht und rechtsgleich vornehmen lasse (dazu KIESER, ATSG-Kommentar, N. 12 zu Art. 14 ATSG; HARDY LANDOLT, Überentschädigung und Pflegekosten, in: Pflegerecht 2022 S. 204).

Das Erfordernis in Art. 69 Abs. 1 ATSG, wonach die zusammentreffenden Leistungen gleicher Art, also übereinstimmend Geld- oder Sachleistung, sein müssen, um gemeinsam eine Überentschädigung bewirken zu können, behebt dieses Problem grundsätzlich. Insoweit die - funktional verschiedenartigen - KVG-Pflegebeiträge und die IV-Hilflosenentschädigung nicht im Sinn von Art. 69 Abs. 1 ATSG gleichartig sind, bildet diese Konstellation keinen Überentschädigungstatbestand.

6.6.

6.6.1. Die bisherige Rechtsprechung ist wie erwähnt von einem anderen Verständnis von Gleichartigkeit ausgegangen (E. 6.2). Die Kongruenzprüfung wurde auf das Element der sachlichen

Übereinstimmung im Sinn einer "gleichen Zweckbestimmung" verkürzt, indem sie allein nach einem inhaltlichen Vergleich der Leistungsgegenstände (Grundpflegeverrichtungen nach Art. 7 KLV und Hilfestellungen bei Hilflosigkeit nach Art. 9 ATSG) durchgeführt wurde. Dabei handelt es sich indessen um eine von der funktionalen getrennt zu betrachtende, weitere Art von Kongruenz: die sachliche. Unter diesem Aspekt fragt sich, ob und inwieweit die der jeweiligen Leistung zugrundeliegenden Gegenstände sachlich übereinstimmen, d.h. die zusammentreffenden Leistungen sozusagen den gleichen Einzelschaden beheben (BRIGITTE BLUM-SCHNEIDER, Pflege von behinderten und schwerkranken Kindern zu Hause, 2015, Rz. 478). Danach sind etwa Rentenleistungen bei der Überentschädigungsrechnung soweit zu berücksichtigen, wie sie einen Einkommensausfall ersetzen, aber auszuklammern, soweit sie einen Ausfall im Aufgabenbereich Haushalt entschädigen (vgl. Art. 6 ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 61 zu Art. 69 ATSG; FRÉSARD-FELLY/FRÉSARD, a.a.O., N. 20 zu Art. 69 ATSG).

Nachdem die funktionale Gleichartigkeit hier nicht gegeben ist, wird die Frage nach der sachlichen Kongruenz an sich gegenstandslos. Mit Blick auf die verbreitete Forderung nach Anerkennung eines ungeschriebenen allgemeinen Überentschädigungsverbots über Art. 69 ATSG hinaus (ROTHENBERGER, Spannungsfeld, Rz. 339 ff. und 373 mit weiteren Hinweisen; a.M. GÄCHTER, a.a.O., S. 59 f.) resp. mit Rücksicht auf seine Bedeutung als "idée générale" oder ethisches Postulat, das die Entwicklung und Anwendung des Rechts leiten soll (FRÉSARD-FELLY/FRÉSARD, a.a.O., N. 11 zu Art. 69 ATSG), mag dennoch von Interesse sein, dass das Fehlen eines Überentschädigungstatbestands kein stossendes Ergebnis zeitigt, weil sich die Grundpflegeverrichtungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV und die Hilfestellungen im Sinn von Art. 9 ATSG und Art. 42 Abs. 1 IVG inhaltlich nicht erheblich überschneiden. Dazu das Folgende:

6.6.2. Die "Zweckbestimmung" (Art. 69 Abs. 1 ATSG) der Pflegebeiträge und diejenige der Hilfenentschädigung fallen dort zusammen, wo im Bereich der für die Hilfenentschädigung massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen ein behinderungsbedingter Bedarf - bei Kindern, je nach Alter, Mehrbedarf - an Hilfestellung besteht.

Art. 9 ATSG beschreibt die Hilflosigkeit als Zustand einer Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Massgebend für die Höhe der Hilfenentschädigung ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit. Es ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG), abhängig von der Zahl der betroffenen Lebensverrichtungen sowie von der Überwachungs- und Pflegebedürftigkeit (Art. 37 IVV; vgl. auch Art. 43bis AHVG und Art. 66bis AHVV, Art. 38 UVV), in der Invalidenversicherung überdies von der Notwendigkeit einer lebenspraktischen Begleitung (Art. 42 Abs. 3 IVG). Die massgebenden Lebensverrichtungen betreffen folgende Bereiche: Ankleiden und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten der Notdurft; Fortbewegung im Haus oder ausserhalb (BGE 133 V 450 E. 7.2; 127 V 94 E. 3c).

Die hier relevante krankenversicherungsrechtliche Grundpflege wird in Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV wie folgt konkretisiert: "Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die 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". Dieser Katalog von Grundpflegeleistungen ist (im Gegensatz zu demjenigen in lit. b betreffend Behandlungspflege) dem Wortlaut nach ("wie", "tels que", "quali") nicht abschliessend (BGE 136 V 172 E. 5.3.1). Daher können gegebenenfalls weitere Pflegeleistungen vergleichbarer Art als Grundpflege anerkannt werden. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung richtet Beiträge aus, wenn die umschriebenen Pflegeleistungen aufgrund einer Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Pflegefachkräften, Organisationen der

Krankenpflege und Hilfe zu Hause (sc. Spitex) oder von Pflegeheimen erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV in der hier anwendbaren, bis 30. Juni 2024 gültigen Fassung).

Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV benennt ausdrücklich die Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (CANCAR, a.a.O., S. 75; vgl. dazu die Übersicht bei LANDOLT, in: Pflegerecht 2014 S. 35) als unter dem Titel der Pflegebeiträge entschädigungsfähig. Auf Seiten der Hilflosenentschädigung umschreiben Art. 9 ATSG und Art. 42 ff. IVG das versicherte Risiko als Hilfsbedürftigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen resp. Angewiesensein auf lebenspraktische Begleitung; Art. 42ter Abs. 1 IVG macht die Höhe der Hilflosenentschädigung vom "Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit" abhängig. Darüber hinausgehend bezieht sich Art. 37 IVV für die Bestimmung des Schweregrads einer Hilflosigkeit teilweise auf einen Bedarf nach dauernder resp. besonders aufwendiger Pflege (vgl. Abs. 1 und Abs. 3 lit. c; LANDOLT, Handbuch Pflegerecht, 2023, Rz. 1164 ff.). Das versicherte Risiko wird indessen auf der Ebene des formellen Gesetzes abschliessend festgelegt und kann nicht durch Verordnung weiter gefasst werden. Dass Art. 37 IVV für die Umschreibung des den Schweregrad bestimmenden gesundheitlichen Zustands auf den Pflegebedarf ausgreift, bedeutet nicht, dass die betreffenden pflegerischen Aufwendungen zum Gegenstand der Entschädigung gehörten. Dies folgt schon daraus, dass eine dauernde Pflege im Sinn von Art. 37 IVV auch sog. Behandlungspflege im Sinn von Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV umfasst, die mit der Hilflosenentschädigung ohnehin nicht kongruent ist (BGE 125 V 297 E. 5b; Urteil 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4.1.2; LANDOLT, Handbuch Pflegerecht, Rz. 1242; EUGSTER, SBVR, Rz. 380).

Gleich wie die Behandlungspflege aussen vor zu lassen sind auch Hilfestellungen, die zwar der Grundpflege zugerechnet werden, aber nicht die für die Hilflosenentschädigung massgebenden Lebensverrichtungen beschlagen. Gemeint sind pflegerische Tätigkeiten, die überhaupt nur wegen der Behinderung anfallen, darunter gemäss beispielgebender Auflistung in Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV etwa "Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut". Diese als grundpflegerisch taxierten Vorkehren sind ihrer (oft medizinischen) Natur nach teilweise nicht klar von der Behandlungspflege (medizinische Hilfeleistungen) abzugrenzen und könnten genausogut auch dort eingereiht sein; der Katalog behandlungspflegerischer Massnahmen in Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV enthält ähnliche Massnahmen wie etwa das Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege; Ziff. 10) oder die Hilfe bei Medizinalbädern und die Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen (Ziff. 12; vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.1; LANDOLT, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2013, S. 183).

Bei den Hilfestellungen, die im Zusammenhang mit alltäglichen Lebensverrichtungen stehen, relativiert sich die sachliche Gleichartigkeit zudem mit Blick auf die Erfordernisse der Bedarfsabklärung, der ärztlichen Anordnung resp. des ärztlichen Auftrags und der Wahrnehmung durch Pflegefachleute oder die Spitex. Die konkurrierenden sozialversicherungsrechtlichen Entschädigungen werden auch über diese Anspruchsvoraussetzungen koordiniert: Anspruch auf Grundpflegebeiträge besteht in jedem Fall nur für Hilfe, die durch die erwähnten Fachkräfte geleistet wird (Art. 7 Abs. 1 KLV), nachdem der Hilfsbedarf durch eine Pflegefachkraft ermittelt worden ist (Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 und Art. 8 Abs. 2 und 3 KLV [in der bis Ende 2019 gültigen Fassung]) und die so bestimmten Leistungen mit ärztlichem Auftrag oder ärztlicher Anordnung spezifiziert worden sind (vgl. Art. 8 Abs. 1 KLV [in der bis Ende 2019 gültigen Fassung]; vgl. aber nunmehr auch Art. 25a Abs. 3 KVG und Art. 7 Abs. 4 KLV, in den seit 1. Juli 2024 in Kraft stehenden Fassungen). Diese Vorgaben reduzieren die nach Art. 7 KLV entschädigungsfähigen Verrichtungen auf solche, die geeignet sind, im Rahmen einer ärztlichen Anordnung näher umschrieben zu werden. Solche Tätigkeiten wiederum dürften eher selten alltägliche Hilfestellungen, etwa beim Essen und im Bereich Mobilität, betreffen.

Insgesamt ist keine weitgehende sachliche Übereinstimmung von Grundpflege und Hilfestellungen in alltäglichen Lebensverrichtungen ersichtlich. Entsprechend überschaubar sind auch die

Konstellationen, in denen die Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung und die Pflegebeiträge der obligatorischen Krankenversicherung identischen Pflegeaufwand entschädigen, zumal der mit dem Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung eingefügte Art. 25a KVG auch nur noch Beiträge der Krankenversicherung an die Pflege vorsieht.

Nach dem Gesagten verhalten sich die Pflegebeiträge nach Art. 25a KVG durchaus komplementär zur Hilflosenentschädigung, was den Gegenstand der (Teil-) Vergütung resp. Entschädigung angeht (vgl. Art. 27 KVG und Art. 110 KVV; zitiertes Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 4.3). Daher drängte sich eine Leistungskürzung wegen Überentschädigung selbst dann nicht auf, wenn das Element "Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung" (Art. 69 Abs. 1 ATSG) auf die sachliche Kongruenz im Sinn einer rein inhaltlichen Übereinstimmung verkürzt würde. Dies bestätigt der vorliegende Fall: Die Kinderspitex hat bei der Beschwerdegegnerin einen wöchentlichen Bedarf für Grundpflege von 4,5 Stunden geltend gemacht, während der Gesamtpflegebedarf bei 41,5 Stunden lag (Bedarfsmeldung der Kinderspitex von Februar 2020).

6.6.3. Was schliesslich die Überentschädigungsrelevanz des Intensivpflegezuschlags angeht, ist dieser - seiner akzessorischen Natur entsprechend - überentschädigungsrechtlich der Hilflosenentschädigung gleichzusetzen, d.h. beim krankenversicherungsrechtlichen Pflegebeitrag nicht anzurechnen. Daher muss nicht geklärt werden, ob er schon deshalb aus der Überentschädigungsrechnung fällt, weil nach Art. 39 Abs. 2 IVV der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen durch medizinische Hilfspersonen nicht als zusätzliche Betreuung (Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters) anrechenbar ist, derweil ein Pflegebeitrag nach Art. 7 KLV gerade eine ärztliche Anordnung voraussetzt (vgl. nunmehr Art. 7 Abs. 4 und Art. 8 Abs. 1 KLV, in Kraft seit 1. Juli 2024). Insbesondere kann offenbleiben, ob die Grundpflege unter "medizinische Massnahmen" im Sinn von Art. 39 Abs. 2 IVV fällt (bejahend LANDOLT, in: Pflegerecht 2014 S. 36).

6.7. Zusammengefasst sind die KVG-Pflegebeiträge und Hilflosenentschädigung (mit Intensivpflegezuschlag) nicht im Sinn von Art. 69 Abs. 1 ATSG von "gleicher Art", mithin nicht funktional kongruent, und zudem auch bloss in relativ geringem Umfang von "gleicher Zweckbestimmung", also sachlich kongruent (vgl. CANCAR, a.a.O., S. 74 f., 77; NICOLE KUNZ, Koordination von Sach- und Geldleistungen: die Hilflosenentschädigung aus Sicht der Krankenversicherung, in: Schweizer Sozialversicherung 2016, H. 2, S. 37 f.; BLUM-SCHNEIDER, a.a.O., Rz. 485 f.). Ihr Zusammentreffen begründet daher keine Überentschädigung.

7.

Allerdings gehen die Parteien und die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren auf dem Boden der bisherigen Rechtsprechung (oben E. 3) implizit davon aus, Art. 69 Abs. 2 ATSG mache Abs. 1 sozusagen unwirksam (vgl. oben E. 6.1 a.E.). Ein Grossteil der Lehre nimmt an, das in Abs. 1 verankerte Kongruenzprinzip werde in Abs. 2 zugunsten eines Globalprinzips wieder zurückgedrängt (unten E.8.2). Daher ist das Verhältnis der beiden Absätze von Art. 69 ATSG zu klären (nachfolgend E. 8). Zu prüfen sein wird auch, ob allenfalls Art. 122 KVV in vorliegender Konstellation als Rechtsgrundlage für eine Überentschädigung taugt und gegebenenfalls Art. 69 Abs. 1 ATSGvorgehen könnte (E. 9).

8.

8.1. Laut dem zweiten Satz von Art. 69 Abs. 1 ATSG beschränkt sich die Überentschädigungsrechnung auf Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigenden Ereignisses gewährt werden. Nach Abs. 2 ist eine Überentschädigung insoweit gegeben, wie "die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen". Ein "mutmasslich

entgangener Verdienst" löst ausschliesslich Geldleistungen aus, die ohne Weiteres gleichartig sind. Insofern ist nicht davon auszugehen, Art. 69 Abs. 2 ATSG verdränge die Kongruenzvorgabe von Art. 69 Abs. 1 ATSG.

8.2. Ein gewichtiger Teil der Lehre sieht dies freilich anders: So führt KIESER (in: Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, N. 15 ff., 22 ff. und 33 ff., 36 f. und 58 ff. zu Art. 69 ATSG) aus, in Art. 69 Abs. 1 und 2 ATSG erschienen offensichtlich unterschiedliche Auffassungen. In Abs. 1 werde klar das Kongruenzprinzip verankert. Abs. 2 liege aber eine gegenteilige Auffassung zugrunde. Art. 69 Abs. 2 ATSG enthalte eine einzige Überentschädigungsgrenze. Dies deute klar darauf hin, dass der Gesetzgeber nach der Globalmethode koordinieren wolle. Hinzu komme, dass die Überentschädigungsgrenze von Art. 69 Abs. 2 ATSG Positionen (mutmasslich entgangenes Erwerbseinkommen, Mehrkosten) berücksichtige, die nicht kongruent seien (so auch EUGSTER, SBVR, Rz. 1503 [zu Art. 122 Abs. 1 KVV]; MANI, a.a.O., S. 192). Dies wäre bei strikter Beachtung des Kongruenzprinzips ausgeschlossen; vielmehr müsste bezogen auf die einzelnen (kongruenten) Leistungs koordinierungen je eine eigene Überentschädigungsgrenze festgesetzt werden (mithin eine Grenze für die Koordination von einkommensersetzenden Leistungen, eine Grenze für Mehrkosten etc.), und es müsste bestimmt werden, dass für die Berechnung der Überentschädigung nur kongruente Leistungen berücksichtigt werden dürften. Art. 69 Abs. 2 ATSG entspreche im Wortlaut einer Fassung des Ständerats von 1991, die im ersten Absatz noch der Globalmethode folgte (vgl. BBl 1999 4639 f.). Mithin habe die ursprüngliche ständerätliche Fassung eine Überentschädigungsgrenze festgelegt, die bei Berücksichtigung der Globalmethode Bedeutung habe. Dies lasse sich am Zusammenfassen von grundsätzlich nichtkongruenten Bereichen (insbesondere Einkommen und Mehrkosten) erkennen, was nur richtig sein könne, wenn auch die zu berücksichtigenden sozialversicherungsrechtlichen Leistungen unter Ausserachtlassung des Kongruenzgrundsatzes herangezogen würden. Offensichtlich habe der Gesetzgeber beim Entscheid, die Überentschädigung nach dem Kongruenzprinzip (und nicht wie noch im Rahmen der Vorarbeiten beabsichtigt nach dem Globalprinzip) zu regeln, ungenügend berücksichtigt, dass die gesamte Bestimmung von Art. 69 ATSG (und nicht lediglich Abs. 1) umgestaltet werden müsste. Weil in Art. 69 Abs. 1 ATSG die Kongruenzmethode klar verankert sei und insoweit bewusst von der ständerätlichen Fassung abgewichen worden sei, hätte es auch einer Neuordnung der Überentschädigungsgrenze bedurft, die nicht mehr gestützt auf die Geltung der Globalmethode hätte festgelegt werden dürfen, sondern in Berücksichtigung des Kongruenzgrundsatzes hätte erfolgen müssen. Trotz der in Art. 69 Abs. 1 ATSG festgelegten Kongruenzmethode müsse letztlich davon ausgegangen werden, dass sich im Anwendungsbereich von Art. 69 ATSG die Überentschädigung nach der Globalmethode bestimme. Art. 69 Abs. 2 ATSG werfe in seiner Anwendung Auslegungsfragen auf, die kaum lösbar seien. Insofern dränge sich auf, die Bestimmung neu zu fassen und - jedenfalls für die wichtigsten Kongruenzbereiche - die Überentschädigungsgrenzen je separat zu bestimmen. Ein Vorrang der Globalmethode gegenüber dem Kongruenzprinzip leitet KIESER auch aus dem Umstand ab, dass Art. 68 ATSG im Verhältnis von Taggeldern und Renten unterschiedlicher Sozialversicherer eine Überentschädigungskürzung nicht auf kongruente Leistungen beschränke (so wohl etwa im Fall von Invalidenrenten für Nichterwerbstätige; UELI KIESER, Die Sättigungsgrenze des mutmasslich entgangenen Verdienstes - Crux oder Fluch?, in: Aktuelle Probleme des Koordinationsrechts II, Weber/Beck [Hrsg.], 2017, S. 54).

Im Basler Kommentar zum ATSG geht HÜRZELER davon aus, Art. 69 Abs. 2 ATSG stehe in einem gewissen Spannungsverhältnis zu dem in Abs. 1 normierten Kongruenzgrundsatz, indem mit den Mehrkosten sowie den Einkommenseinbussen Angehöriger nichtkongruente Positionen in die Überentschädigungsberechnung einbezogen würden. Der in Abs. 1 festgeschriebene Kongruenzgrundsatz werde folglich durch Abs. 2 "in Form einer eingeschränkten Omnikongruenz aufgelöst". Dies schaffe Unklarheiten, die im Rahmen einer Neufassung der Norm beseitigt werden sollten (MARC HÜRZELER, in: Basler Kommentar zum ATSG, 2020, N. 25 zu Art. 69 ATSG). FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD führen im Commentaire romand zum ATSG aus, einerseits verankere Art. 69 Abs. 1 ATSG den Kongruenzgrundsatz; andererseits greife Abs. 2 für die Festlegung der Überentschädigungsgrenze auf nicht-

kongruente Elemente zurück. Das Sozialversicherungsrecht kenne keine einheitliche Überentschädigungsgrenze. Der Gesetzgeber weiche in Art. 69 Abs. 2 ATSG von der (haftpflichtrechtlich massgebenden) Obergrenze, die dem wirtschaftlichen Wert des eingetretenen Schadens entspreche, ab, indem er durch den Versicherungsfall verursachte Mehrkosten und Einkommenseinbussen von Angehörigen einbeziehe. Insofern wende er das Kongruenzprinzip nicht konsequent an (FRÉSARD-FELLAY/FRÉSARD, a.a.O., N. 15 und 30 ff. zu Art. 69 ATSG). Nach Auffassung von LANDOLT ist bei kumulierten Pflege- und Hilflosenentschädigungen die Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit eine Überversicherung besteht, nicht "nach Massgabe der Globalmethode gemäss Art. 69 ATSG", sondern der Anrechnungsmethode gemäss Art. 122 KVV zu beantworten (HARDY LANDOLT, in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, N. 102 zu Art. 26 UVG).

GÄCHTER legt dar, die Überentschädigungsgrenze von Art. 69 Abs. 2 ATSG gelte für das Zusammentreffen aller kongruenten Sozialversicherungsleistungen. Auch er weist darauf hin, die innere Systematik von Art. 69 ATSG leide an einem auf die Entstehungsgeschichte zurückzuführenden Mangel. Die Kongruenzmethode von Art. 69 Abs. 1 ATSG sei nur sehr beschränkt mit der auf der Globalmethode beruhenden Maximalgrenze von Abs. 2 kompatibel (THOMAS GÄCHTER, Grundlegende Prinzipien des Koordinationsrechts, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Sozial-versicherungsrechtliche Leistungscoordination, St. Gallen 2006, S. 34 ff.). Für ACKERMANN enthält Art. 69 ATSG zwei Komponenten: Nachdem Abs. 1 zweiter Satz kongruente Leistungen voraussetze, fixiere Abs. 2 eine Überentschädigungsgrenze nach der Globalmethode. Dieser Autor versteht dies aber nicht leistungs- sondern schadenseitig: Der Wortlaut dieser Bestimmung berücksichtige alle den schadenbezogenen Leistungen gegenüberzustellenden Schadenpositionen. Auch wenn sich diese beiden Bestimmungen widersprüchlich zueinander verhielten, könnten sie im Kontext miteinander vereinbart werden: Einerseits werde eine absolute Obergrenze der Überentschädigung fixiert, indem alle Schadenposten addiert würden. In diesem Rahmen könne die Überentschädigung nach der Kongruenzmethode im Einzelfall bemessen und so z.B. berücksichtigt werden, dass Hilflosenentschädigungen auch den Aufwand für die Betreuung durch Dritte abdecken. Damit bestünden einzelne Überentschädigungsgrenzen hinsichtlich der kongruenten Leistungen; die entsprechenden Positionen würden am Schluss addiert und der maximalen resp. absoluten Überentschädigungsgrenze gegenübergestellt. Insoweit lasse sich auch die Frage beantworten, wie vorzugehen sei, wenn sich verschiedene versicherte Risiken verwirklicht hätten; dies, indem die Obergrenze sämtliche Schäden aus den verschiedenen verwirklichten versicherten Risiken kumuliert enthalte, die konkrete Kürzung jedoch anhand der Kongruenz vorgenommen werde (THOMAS ACKERMANN, Leistungscoordination: Sollen für die verschiedenen Koordinationsebenen analoge Koordinationsgrundsätze gelten?, in: Mehrspuriger Schadenausgleich, Fuhrer/Kieser/Weber [Hrsg.], 2022, S. 969 ff.). Ähnlich wie ACKERMANN erwägt BLUM-SCHNEIDER die Existenz einer "global berechneten Grenze der Überentschädigung". Die Berechnung der Überentschädigungsgrenze gemäss Art. 69 Abs. 2 ATSG beruhe auf der Globalmethode, die sich systemisch nicht mit dem Kongruenzprinzip aus Abs. 1 kombinieren lasse. Angesichts dieses Systemmangels sei fraglich, ob bei kongruenten Leistungen die nach Art. 69 Abs. 2 ATSG global berechnete Grenze der Überentschädigung den auszugleichenden Schaden auch übersteigen könne, wenn die Grenze noch nicht erreicht sei, oder ob jeder einzelne Schaden bis zum Maximum von 100 Prozent ausgeglichen werden solle, ohne Berücksichtigung der Globalmethode. Diese schwierige Ausgangslage lasse sich nicht einfach lösen (BLUM-SCHNEIDER, a.a.O., Rz. 480). Auch LÄUBLI ZIEGLER kommt zum Schluss, der Gesetzgeber habe den leitenden Kongruenzgrundsatz ausser Acht gelassen (SYLVIA LÄUBLI ZIEGLER, Überentschädigung und Koordination, in: Personen-Schaden-Forum 2004, S. 178).

8.3.

8.3.1. Die vorstehende Übersicht der Lehrmeinungen zeigt, dass die Doktrin dem Art. 69 ATSG keine schlüssige Grundordnung der Überentschädigung entnimmt. Die disparaten Literaturstellen dokumentieren namentlich eine erhebliche Unsicherheit über das Verhältnis von Abs. 1 zu Abs. 2. Sie

gehen im Wesentlichen davon aus, dass Abs. 2 die Geltung des Kongruenzgrundsatzes beeinträchtigt. Mit Hinweis auf die Entstehungsgeschichte der Norm wird angenommen, die "gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen" umfassten alle Leistungen, unabhängig von ihrer Art und Zweckbestimmung. Im Gesetzgebungsprozess ist der ursprüngliche Wortlaut von Abs. 2, der im Zusammenhang mit der anfangs beabsichtigten Geltung des Globalprinzips entstanden ist (vgl. oben E. 6.1), unverändert geblieben und für die definitive Fassung von Art. 69 ATSG übernommen worden (vgl. BBl 1999 4639 f.). Daraus ist indessen nicht zu schliessen, Abs. 2 stehe im Widerspruch zu Abs. 1. In der Formulierung, eine Übererschädigung liege in der Masse vor, wie "die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen" die genannten Verdiensteinbussen und Mehrkosten überstiegen, klingt das frühere Methodenverständnis an, wonach alle Leistungen unterschiedslos zu berücksichtigen seien. Letztlich aber erfolgte eine bewusste Entscheidung für die Kongruenzmethode (dazu SUSANNE LEUZINGER, Die Leistungskoordination gemäss Art. 63-71 ATSG, in: Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], St. Gallen 2003, S. 182 ff.). Ein offenkundiges Überbleibsel der überholten Normfassung setzt sich nicht gegen die vom klaren Willen des Gesetzgebers getragene Etablierung des Kongruenzgrundsatzes durch. Diese normative Entscheidung änderte den systematischen Kontext von Abs. 2 gegenüber dem Vorentwurf entscheidend. Nunmehr beschränken sich "die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen" auf die in Abs. 1 als massgebend bezeichneten (kongruenten) Leistungen. Ist eine in diesem Sinn harmonisierende Auslegung von Abs. 2 zwanglos möglich, darf nicht ein fernerliegendes Verständnis massgebend werden, durch das erst ein innerer Widerspruch zwischen den beiden Absätzen entstehen und die in Abs. 1 verankerte Grundentscheidung zugunsten des Kongruenzprinzips wirkungslos würde.

8.3.2. Damit ist auch der Anwendungsbereich von Art. 69 Abs. 2 ATSG geklärt. Dieser stellt sich kleiner dar als derjenige von Abs. 1. Enthält Abs. 2 keine umfassende Festlegung der Übererschädigungsgrenze, so erweist er sich als Sonderbestimmung für Fälle, in denen sich das versicherte Risiko eines Einkommensverlusts realisiert hat. Die normative Bedeutung von Abs. 2 liegt in der Festsetzung einer Übererschädigungsgrenze, die um gewisse nicht versicherte Schaden- und Kostenpositionen erhöht wird. Diese sind, da nicht versichert, zwangsläufig auch nicht mit den gegenüberstehenden Sozialversicherungsleistungen kongruent. Abs. 2 hat nur die Übererschädigungsgrenze zum Gegenstand und wirkt nicht auf den in Abs. 1 bestimmten Geltungsbereich von Übererschädigungstatbeständen zurück, beeinflusst also nicht die Frage, welche zusammen-treffenden Leistungen bei der Berechnung der Übererschädigung berücksichtigt werden. Eine Erweiterung der Übererschädigungsgrenze um nicht versicherte Elemente ändert mit anderen Worten nichts an der Geltung des Kongruenzprinzips, namentlich nicht an der gesetzlichen Beschränkung der zu koordinierenden Leistungen auf solche, die mit Blick auf kongruente Schadenpositionen als funktional gleichartig und sachlich gleichgerichtet erkannt werden (vgl. KIESER, Aktuelle Probleme des Koordinationsrechts II, S. 65).

Soweit der Gesetzgeber diese Erweiterung auf die Übererschädigungsrechnung bei Verdienstaussfall beschränkte, musste er in den übrigen, ausserhalb des Geltungsbereichs von Abs. 2 liegenden Konstellationen keine weiteren Übererschädigungsgrenzen definieren. Diese folgen jeweils als sozusagen natürliches Korrelat aus den kongruierenden Leistungen; mangels anderslautender spezifischer Regelung in den Einzelgesetzen (z.B. Art. 20 Abs. 2 und Art. 31 Abs. 4 UVG: 90 Prozent des versicherten Verdienstes als Übererschädigungsgrenze; vgl. auch etwa Art. 43 Abs. 3 AHVG; KIESER, Aktuelle Probleme des Koordinationsrechts II, S. 51 f.) ergeben sich die Schadenpositionen, die zusammengenommen die Übererschädigungsgrenze bilden, aus der übereinstimmenden Zweckbestimmung der infrage kommenden Leistungsansprüche. In diesem Sinn ist die Übererschädigungsgrenze dem Kongruenzgrundsatz, namentlich in sachlicher Hinsicht, grundsätzlich inhärent.

8.4. Nach dem Gesagten ist Art. 69 Abs. 2 ATSG für die vorliegend interessierende Konstellation - das Zusammentreffen von KVG-Pflegebeiträgen und IV-Hilflosenentschädigung - nicht einschlägig. Damit

bleibt es dabei, dass hier gemäss Art. 69 Abs. 1 ATSG kein Übererschädigungstatbestand gegeben ist.

9.

9.1. Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV erweitert die Übererschädigungsgrenze bei Sachleistungen - intersystemisch koordinierend (Urteil des EVG K 107/04 vom 28. September 2005 E. 5) - über die Pflegekosten hinaus auf "andere ungedeckte Krankheitskosten", einschliesslich tatsächliche Einkommenseinbussen pflegender Angehöriger, wenn und soweit sie behandlungs- und betreuungsbedingt sind (BGE 146 V 74 E. 5.3.10 und 8.1). Abs. 2 erklärt (innersystemisch) für zusammentreffende Taggeldleistungen die Übererschädigungsgrenze nach Art. 69 Abs. 2 ATSG als massgeblich (vgl. HARDY LANDOLT, Pflegerecht 2022, S. 202 f.). Abs. 1 modifiziert die Übererschädigungsgrenze für zusammentreffende Sachleistungen ähnlich wie Art. 69 Abs. 2 ATSG für Geldleistungen. Darüber hinaus reicht die normative Tragweite von Art. 122 KVV nicht. Es gilt das bei Art. 69 Abs. 2 ATSG Gesagte: Die Erhöhung der Übererschädigungsgrenze um nicht versicherte Elemente lässt die Geltung des Kongruenzprinzips intakt.

Wenn Art. 122 Abs. 1 KVV von "Sachleistungen" spricht, kann dies - angesichts des in der Krankenversicherung herrschenden Kostenvergütungsprinzips (oben E. 6.4.2) - erneut nur im Sinn von Art. 14 ATSG verstanden werden. Die Übererschädigungsregel von Art. 122 Abs. 1 KVV ist daher im Verhältnis zur Hilflosenentschädigung als Geldleistung (Art. 15 ATSG) nicht anwendbar, es sei denn, man nehme an, der Passus "bei Sachleistungen" bezeichne nur die kürzbaren Leistungen, nicht aber den Umfang der in die Übererschädigungsrechnung fallenden Leistungsansprüche. Diese Möglichkeit ist indessen zu verwerfen: Wie schon im Verhältnis zwischen Art. 69 Abs. 1 und 2 ATSG tangiert die Regelung der Übererschädigungsgrenze wiederum nicht die Auswahl der in die Rechnung einzubeziehenden Sozialversicherungsleistungen. Bis zum Inkrafttreten des ATSG war dem jetzigen Abs. 1 von Art. 122 KVV (vormals Abs. 2) denn auch ein erster Absatz vorangestellt, der praktisch gleich lautete wie der spätere Art. 69 Abs. 1 ATSG, also für die Berechnung der Übererschädigung ebenfalls "Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung" voraussetzte.

9.2. Selbst wenn anzunehmen gewesen wäre, Art. 122 KVV gelte entgegen seinem Wortlaut nicht nur im Verhältnis unter verschiedenen Sachleistungen, bliebe immer noch fraglich, ob die so entstandene Normkollision zulasten von Art. 69 ATSG aufgelöst werden könnte. Eine abweichende Regelung setzt eine ausdrückliche Grundlage im KVG oder im Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG, SR 832.12) voraus (so Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 KVG). Das KVG gibt dem Bundesrat in Art. 78 auf, durch Verordnungsvorschrift dafür zu sorgen, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht übererschädigt werden. Angesichts der soeben skizzierten Entstehungsgeschichte von Art. 122 KVV besteht kein Grund zu prüfen, ob Art. 78 KVG, der eine Regelungsbefugnis für die intrasystemische Taggeldkoordination verleiht (HÜRZELER, a.a.O., N. 19 zu Art. 69 ATSG), delegationsrechtlich überhaupt eine Handhabe bieten könnte, um Art. 122 KVV intersystemisch der formellgesetzlichen Bestimmung von Art. 69 ATSG vorgehen zu lassen.

9.3. Nach dem Gesagten bietet auch Art. 122 KVV keine Rechtsgrundlage zur Kürzung von KVG-Grundpflegeleistungen im Verhältnis zur IV-Hilflosenentschädigung.

10.

Der Schluss, dass bei einem Zusammentreffen von KVG-Pflegebeiträgen und einer Hilflosenentschädigung keine Übererschädigung entstehen kann, deckt sich mit den Ausführungen des Bundesrats in seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2008 zur Motion Nr. 08.3236 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates betreffend "Leistungen der Hilflosenentschädigung. Koordination" (abrufbar unter www.parlament.ch).

Die Motion zielte unter anderem darauf ab, "die Leistungen der Hilflosenentschädigung gemäss AHVG mit den Leistungen der Pflegefinanzierung gemäss KVG zu koordinieren". Der Bundesrat beantragte, der Vorstoss sei abzulehnen. Er verwies auf seine Stellungnahmen vom 23. Februar 2005 zu den Motionen Nr. 04.3719 betreffend "Gleiches Bedarfsabklärungsinstrument für KVG-Leistungen und die Hilflosenentschädigung zur AHV/IV" von Nationalrätin Ruth Humbel und Nr. 04.3788 betreffend "Koordination von Pflegebeiträgen nach KVG und Hilflosenentschädigung" von Nationalrat Ruedi Lustenberger. Der Bundesrat hielt an der Auffassung fest, die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und die Pflegeleistungen der Krankenversicherung unterschieden sich grundsätzlich. Bei Letzteren handle es sich um Sachleistungen, die zur Deckung konkreter Pflegekosten in Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit dienten. Bei der Hilflosenentschädigung handle es sich um eine Geldleistung, die unabhängig von effektiv entstehenden Kosten und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Dienstleistungen Dritter ausgerichtet werde. Angesichts dessen fielen die beiden Leistungen nicht unter das Überentschädigungsverbot und dürften kumuliert werden. Auf gesetzlicher Ebene bestehe kein Regelungsbedarf. Zudem wies der Bundesrat auf die damals laufende Debatte zur Pflegefinanzierung hin. Eine Vorlage zur Leistungscoordination über die Bestimmungen des ATSG hinaus erübrige sich wohl. Mit Blick auf die vorgesehene Pflegefinanzierung, die nur noch einen Beitrag der Krankenversicherung an die Pflegekosten vorsehe, und die in Aussicht genommene Kostenbeteiligung der versicherten Personen sei eine systematische Überentschädigung durch Kumulation von Pflegeleistungen nach KVG und Hilflosenentschädigungen nach AHVG/IVG sehr unwahrscheinlich.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates beantragte mit zwölf Stimmen zu einer, die Motion abzulehnen. Zur Frage der "Koordination der Anspruchsgrundlagen von Hilflosenentschädigung und Leistungen für Pflegefinanzierung" schloss die Kommission, zur Deckung der Grundpflege brauche es beide Leistungen, die Grundlagen für die Beurteilung des Schweregrades müssten aber übereinstimmen. Sie sah weiteren Koordinationsbedarf vor allem bei der Bedarfsabklärung. Dazu sei die Motion aber nicht nötig. Mit Ablehnung durch den Zweitrat (Ständerat) wurde die Motion Nr. 08.3236 erledigt (vgl. Art. 121 Abs. 3 lit. a des Bundesgesetzes vom 13. Dezember 2002 über die Bundesversammlung [Parlamentsgesetz, ParlG; SR 171.10]).

11.

Zufolge besserer Erkenntnis des Gesetzeszwecks kann an der bisherigen Rechtsprechung (E. 3) nicht festgehalten werden, soweit sie eine Kürzung wegen Überentschädigung vorsieht (zu den Voraussetzungen für eine Änderung der Rechtsprechung: BGE 148 V 84 E. 7.1.1; 147 V 342 E. 5.5.1; 146 I 105 E. 5.2.2; 145 V 50 E. 4.3.1; 141 II 297 E. 5.5.1; 140 V 538 E. 4.5).

12.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin unabhängig vom Bezug von Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung Pflegebeiträge nach Art. 25a KVG und Art. 7 KLV auszurichten.

13.

13.1. Die unterliegende Beschwerdegegnerin trägt die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG). Da die Beschwerdeführerin durch den Leiter Rechtsdienst der Stiftung C. nichtanwaltlich vertreten ist, hat ihr die Beschwerdegegnerin eine reduzierte Parteientschädigung auszurichten (Art. 68 BGG; Art. 9 des Reglements vom 31. März 2006 über die Parteientschädigung und die Entschädigung für die amtliche Vertretung im Verfahren vor dem Bundesgericht [SR 173.110.210.3]; vgl. Urteil 8C_450/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 7 mit Hinweisen).

13.2. Zur Neuverlegung der Parteientschädigung des vorangegangenen Verfahrens ist die Sache an das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau zurückzuweisen (Art. 68 Abs. 5 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 24. August 2022 und der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. März 2021 werden aufgehoben.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin entschädigt die Beschwerdeführerin für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 1'500.-.

4.

Die Sache wird zur Neuverlegung der Parteientschädigung des vorangegangenen Verfahrens an das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau zurückgewiesen.

5.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.