

Finanzielle Ansprüche bei Demenzkrankheiten

Eine Demenzkrankheit ist oft mit grossen Kosten verbunden. Abklärung, medizinische Behandlung, vor allem aber die Pflege- und Betreuungskosten können zu einer finanziellen Belastung werden. Je nach persönlicher Lage und Erfordernissen der Krankheit besteht ein Anspruch auf finanzielle Hilfe. Bis man jedoch einen Überblick über die Leistungen hat, braucht es etwas Zeit und Aufwand.

Jeder Mensch kann aufgrund einer unglücklichen Situation in eine schwierige finanzielle Lage kommen: Man hat einen schweren Unfall und kann nicht mehr arbeiten oder leidet an einer chronischen Krankheit, die mit hohen Behandlungs- und Pflegekosten verbunden ist. Damit wir den negativen Folgen einer solchen Situation nicht schutzlos ausgeliefert sind, gibt es in der Schweiz Sozial- und andere Versicherungen. Jeder kann sie bei gegebener Voraussetzung beanspruchen. All diese Versicherungsleistungen sind ein Beitrag an die finanziellen Ausgaben oder Ausfälle, die durch die Krankheit entstehen, und dürfen nicht mit Fürsorge- oder Sozialhilfeleistungen verwechselt werden.

Wer bei einer Demenzerkrankung finanzielle Ansprüche geltend machen möchte, muss sich zuerst einen Überblick verschaffen. Nicht überall in der Schweiz werden die gleichen Kriterien angewendet. Je nach persönlicher Situation sind unterschiedliche Versicherungen für die Unterstützung zuständig, werden Kosten bezahlt oder auch nicht. Bis man die einem zustehende Hilfe erhält, braucht es Zeit und Aufwand.

Wer zahlt aber was? In diesem Infoblatt bieten wir einen Überblick über die wichtigsten Kostenpunkte bei einer Demenzkrankheit und zeigen auf, wer diese allenfalls zu welchem Grad deckt. Im Beiblatt werden die wichtigsten Träger unserer sozialen Sicherheit aufgeführt. Bei allen Angaben handelt es sich aber nur um allgemeine Informationen. Besprechen Sie Ihre persönliche Situation in jedem Fall mit einer

Fachperson. Hinweise dazu finden Sie am Schluss des Infoblattes.

Ärztliche Untersuchungen

Die obligatorische Krankenversicherung (Grundversicherung) übernimmt grundsätzlich die Kosten von ärztlichen Untersuchungen, soweit sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Bei Demenzkrankheiten werden also übernommen: Abklärungen und Diagnosestellung und die dafür benötigten Untersuchungstechniken, beispielsweise eine MRI- oder SPECT-Untersuchung. Nicht übernommen werden PET-Untersuchungen.

Medikamente

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für sämtliche Medikamente, die ärztlich verschrieben und in der sogenannten Spezialitätenliste aufgeführt sind. Alle Alzheimermedikamente sind dort enthalten und werden unter gewissen Bedingungen von der Grundversicherung bezahlt.

Verschreibt ein Arzt ein nicht kassenpflichtiges Medikament, muss er den Patienten vorgängig informieren.

Ärztlich verschriebene Therapien

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie werden von der Grundversicherung übernommen, wenn sie von diplomierten Therapeuten im Auftrag des Arztes durchgeführt werden.

Pflege zu Hause durch Spitex oder anderes Krankenpflegepersonal

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Grundpflege (z.B. Hilfe bei der Körperpflege), die auf ärztliche Verordnung hin durch Spitex-Organisationen oder anderes anerkanntes Krankenpflegepersonal erbracht werden. Wie viel die Patienten bezahlen müssen, hängt davon ab, welche Lösung der Kanton im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung* getroffen hat. Auch bei der Pflege zu Hause findet der Grundsatz der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit Anwendung. So kann es vorkommen, dass die Spitex-Pflege von der Grundversicherung nicht voll übernommen wird, wenn sie um einen bestimmten Grad teurer ist als die Pflege im Heim.

Nicht unter die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung fällt die Haushalthilfe; diese ist aber in gewissen Zusatzversicherungen der Krankenkassen enthalten.

* Die neue Pflegefinanzierung gültig ab 1.1.2011 sieht eine Patientenbeteiligung von maximal 20 Prozent des höchsten festgelegten Pflegebeitrags der Grundversicherung vor.

Weitere Kosten für Pflege und Betreuung zu Hause

- ▲ **Hilflosenentschädigung:** Fallen neben den Kosten für Spitex weitere Kosten für die Pflege und Betreuung zu Hause an, so kann und soll die Hilflosenentschädigung dafür verwendet werden. Falls die Voraussetzungen für eine solche erfüllt sind, erhalten die Betroffenen je nach Grad der Hilflosigkeit einen Beitrag.
- ▲ **Ergänzungsleistungen (EL):** Wer eine jährliche EL bezieht, hat zusätzlich dazu Anspruch auf Vergütung von sog. Krankheits- und Behinderungskosten. Zu den anrechenbaren Kosten gehören auch die Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen. Voraussetzung ist aber, dass diese Kosten nicht bereits durch eine

andere Versicherung gedeckt sind. Die Krankheits- und Behinderungskosten können nicht unbegrenzt eingefordert werden; die Höchstgrenze ist je nach Kanton unterschiedlich.

Pflege und Hilfe durch Familienangehörige

- ▲ **Pflegebeiträge:** Einzelne Kantone zahlen an die pflegenden Familienangehörigen unter bestimmten Voraussetzungen Pflegebeiträge. Auskunft erteilen die Gemeindeverwaltung oder die kantonale Gesundheitsdirektion.
- ▲ **Ergänzungsleistungen:** Wer eine EL bezieht, kann im Rahmen der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (vgl. oben) unter Umständen auch eine Entschädigung an pflegende Familienangehörige geltend machen. Voraussetzung ist aber, dass die pflegenden Familienangehörigen durch die Pflege über längere Zeit eine gewichtige Einkommenseinbusse erleiden. Nicht entschädigt wird der Pflegeaufwand von Personen, die bereits eine AHV-Rente beziehen.

Hilfsmittel, Wohnungsanpassungen

- ▲ **IV/AHV:** Für Personen, welche noch nicht im AHV-Alter stehen, gelten die Regeln der Invalidenversicherung. Diese übernimmt z.B. Rollstühle, Elektrobetten, aber auch Anpassungen der Wohnung (siehe Hilfsmittel-Liste der IV). Der Anspruch bleibt bestehen, auch wenn diese Personen ins AHV-Alter eintreten. Für Personen, die erstmals im AHV-Alter ein Hilfsmittel benötigen, gilt die Hilfsmittel-Liste der AHV, welche weniger umfassend ist. Beiträge werden unter anderem geleistet an Hörgeräte und mechanische Rollstühle.
- ▲ **EL:** Personen, die eine jährliche EL beziehen, haben Anspruch auf Rückerstattung der Kosten von Hilfsmitteln für die Pflege zu Hause (z.B. für Sanitäreinrichtungen, Elektrobetten). Einzelheiten finden sich in kantonalen Bestimmungen.

▲ **Obligatorische Krankenversicherung:** Sie übernimmt einzelne Hilfsmittel. Wird vom Arzt / von der Ärztin eine mittlere, schwere oder totale Inkontinenz diagnostiziert und besteht eine ärztliche Verordnung, so vergütet sie bis zu einem festgelegten Maximalbetrag pro Patient und Jahr die entstehenden Kosten. Bei Zusatzversicherung lohnt es sich, die Leistungen zu prüfen.

Aufenthalt in Tagesstätten

Die Höhe der Tagespauschalen für eine Tagesstätte ist je nach Kanton oder gar Gemeinde unterschiedlich. Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt einen Teil der Pflegekosten, nicht aber der Betreuungs- und anderen Kosten. Bezüger von Ergänzungsleistungen können sich eventuell die Kosten zurückerstatten lassen. Es ist ratsam, sich bei seiner Krankenkasse und bei der zuständigen kantonalen Behörde zu erkundigen.

Individuelle Entlastungsdienste

Diese Entlastungsdienste für Angehörige, wie sie z.B. die Schweizerische Alzheimervereinigung anbietet, werden von keiner Versicherung übernommen. Sie müssen aus eigenen Mitteln, also Renteneinkommen, Hilflosenentschädigung etc. bezahlt werden.

Reise- und Transportkosten

▲ Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt einen Beitrag von 50 Prozent an die Kosten medizinisch notwendiger Krankentransporte (maximal Fr. 500.- pro Kalenderjahr). Besteht eine Zusatzversicherung, sind allenfalls noch weitere Leistungen möglich.

▲ Bezüger einer Ergänzungsleistung werden Kosten für medizinische Transporte bis zum nächsten Behandlungsort vergütet.

▲ Bei den SBB ist eine Ausweiskarte für behinderte Reisende erhältlich, also für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht alleine reisen

können. Mit dieser Karte reist die Begleitperson gratis.

Medizinische Behandlung und Akutpflege in Spitälern

Ist die Behandlung in einem Akutspital, also auch in einer psychiatrischen Klinik, notwendig, übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Kosten der Behandlung und des Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung. Auch für den Spitalaufenthalt gelten aber die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Probleme können sich folglich ergeben, wenn eine Person nach Ansicht der Krankenkasse keiner Behandlung oder Pflege in einem Akutspital mehr bedarf, aber trotzdem noch da verbleibt, weil vielleicht kein geeigneter Heimplatz vorhanden ist. Dann werden unter Umständen nicht die vollen Kosten übernommen.

Kurzaufenthalt im Heim

In anerkannten Pflegeheimen leisten die Krankenkassen in der Regel Beiträge entsprechend der Pflegebedürftigkeit des Patienten. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten auch Ergänzungsleistungs-Bezüger einen Beitrag an die Kosten. Erkundigen Sie sich auf jeden Fall bei Ihrer Krankenkasse und beim Heimverband Ihres Kantons über die Leistungen.

Langzeitpflege im Heim

▲ **Obligatorische Krankenversicherung:** Im Gegensatz zu einem Aufenthalt im Akutspital übernimmt diese nicht die vollen Kosten des Aufenthaltes. Übernommen wird ein Beitrag an die Pflegekosten, abgestuft nach Pflegebedarfsstufen.* Die Pensionskosten, also Wohnen und Essen, und weiter anfallende Kosten fallen nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkassen.

* Gemäss neuer Pflegefinanzierung gültig ab 1.1.2011 beschränkt sich die Beteiligung des Patienten auf maximal 20 Prozent des höchsten Pflegebeitrags der Krankenkasse.

- ▲ Der nicht von der Krankenkasse übernommene Teil der Heimkosten muss also durch eigene Mittel finanziert werden, beispielsweise AHV/IV-Renten, Hilflosenentschädigung, Leistungen aus beruflicher Vorsorge, allenfalls Zusatzversicherungen und letztlich aus dem Vermögen. Reichen die verfügbaren finanziellen Mittel nicht aus, können zusätzlich zu den AHV/IV-Renten Ergänzungsleistungen und allenfalls kantonale oder kommunale Pflegekostenzuschüsse beantragt werden.

Hier erhalten Sie weitere Informationen:

Pro Senectute: Bei allen Fragen zu AHV/IV, Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung (Adressen unter: www.pro-senectute.ch oder im Telefonbuch).

Ombudsstelle der Krankenversicherung: Bei Problemen mit Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung oder Zusatzversicherungen. Morgartenstrasse 9, 6003 Luzern, Tel. 041 226 10 10 (vormittags). www.ombudsman-kv.ch.

Verschiedene Merkblätter sind auch beim Bundesamt für Sozialversicherung erhältlich, siehe unter: www.ahv.ch und www.bsv-admin.ch

am Alzheimer-Telefon: 024 426 06 06
Mo – Fr: 8-12 und 14-17 Uh

Soziale Sicherheit in der Schweiz

Überblick über die wichtigsten Versicherungsleistungen im Falle einer Demenzkrankheit

Obligatorische Krankenversicherung

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für Untersuchungen, Behandlungen, Medikamente und Therapie und beteiligt sich an den Kosten für Pflegeleistungen. Der Patient muss einen Teil der Kosten selber tragen (Franchise, Selbstbehalt und Patientenbeteiligung bei den Pflegekosten). Die Leistungen von eventuellen Zusatzversicherungen richten sich nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen.

AHV-Renten

Anspruch auf eine AHV-Rente haben alle Personen, welche das ordentliche Rentenalter erreichen. Die Höhe richtet sich nach den Beitragsjahren und dem durchschnittlichen Jahreseinkommen. Dazu zählen auch allfällige Erziehungs- und Betreuungsgutschriften (siehe weiter unten).

IV-Renten

Personen, die noch nicht im AHV-Alter sind und wegen körperlicher, geistiger und psychischer Beeinträchtigung keiner oder nur einer teilweisen Erwerbstätigkeit nachgehen können, erhalten eine Invaliditätsrente, wenn keine Eingliederungsmassnahmen möglich sind. Dies gilt auch für Personen, die in ihrem gewohnten Tätigkeitsbereich nicht arbeitsfähig sind, z.B. Hausfrauen. Die Höhe der Rente richtet sich nach dem Invaliditätsgrad; erst ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent wird eine Rente ($\frac{1}{4}$ -Rente) ausbezahlt. Der Anspruch entsteht nach einem Jahr Invalidität.

Das Antragsformular für eine IV-Rente ist bei den IV-Stellen, den AHV-Ausgleichskassen, den AHV-Gemeindestellen oder direkt unter: www.ahv-iv.info erhältlich.

Hilflosenentschädigungen der AHV und der IV

Braucht eine Person bei den alltäglichen Lebensver-

richtungen wie Fortbewegung, An- und Auskleiden, Körperpflege, Essen und Kontakt mit der Umwelt dauernd die Hilfe Dritter, bedarf sie dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung, leistet die Hilflosenentschädigung der IV oder AHV einen Beitrag an die entstehenden Kosten. Massgebend für die Höhe der Entschädigung ist der Grad der Hilflosigkeit. Man unterscheidet zwischen einer leichten, mittleren und schweren Hilflosigkeit. Der Anspruch kann geltend gemacht werden, wenn die Hilflosigkeit ein Jahr bestanden hat.

Die Hilflosenentschädigung ist vom Einkommen und Vermögen der Versicherten unabhängig. Jedermann kann sie also einfordern, wenn die Voraussetzungen gegeben sind. Das Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung ist bei den kantonalen IV-Stellen, den AHV-Ausgleichskassen und ihren Zweigstellen erhältlich. Wichtig: Es sollte immer zusammen mit einer Fachperson ausgefüllt werden!

Ergänzungsleistungen der AHV/IV

Die Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das übrige Einkommen nicht die minimalen Lebenskosten decken. Im Gegensatz zur Hilflosenentschädigung werden die EL also nur bei finanziellem Bedarf ausgerichtet. Sind die Voraussetzungen gegeben, besteht aber ein rechtlicher Anspruch auf diese Leistungen.

- ▲ Wer eine AHV- oder IV-Rente (oder allenfalls andere Leistungen der IV) bezieht, hat Anspruch auf EL, wenn seine anrechenbaren Einkünfte (Renten und andere private Einkünfte) die anerkannten Auslagen (allgemeiner Lebensbedarf, Mietzins, etc.) nicht decken. Für Heimbewohner gelten bei der Anrechnung der Auslagen spezielle Regelungen. Sind die Voraussetzungen gegeben, wird eine jährliche Leistung zugesprochen, welche in monatlichen Beträgen ausbezahlt wird.

- ▲ Andererseits können zusätzlich dazu die ungedeckten Krankheits- und Behinderungskosten, also zum Beispiel Kosten für die Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause, zahnärztliche Behandlung, Franchise und Selbstbehalt der Krankenkasse eingefordert werden. Diese Kosten werden aber nur dann vergütet, wenn sie nicht bereits durch eine andere Versicherung (z.B. Krankenkasse) gedeckt sind. Die Kantone erlassen die näheren Bestimmungen zu den Krankheitskosten, die vergütet werden können.
- ▲ Wenn noch keine jährliche EL ausgerichtet wird, ist trotzdem die Rückerstattung von Krankheits- und Behinderungskosten möglich, wenn bei der Einberechnung dieser Kosten ein Ausgabenüberschuss entsteht.
- ▲ Bezüger von EL haben auch Anrecht auf verschiedene Vergünstigungen wie den Erlass von TV-Radio-Gebühren bei der Billag.

Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen muss bei der zuständigen EL-Stelle, in der Regel AHV-Ausgleichskasse oder AHV-Gemeindezweigstelle geltend gemacht werden.

Kantonale oder kommunale Pflegekostenzuschüsse

Reichen die monatlichen Leistungen (Renten plus Ergänzungsleistungen) nicht aus, um die Kosten für den Aufenthalt im Pflegeheim zu decken, können in einigen Kantonen oder Gemeinden Pflegekostenzuschüsse beansprucht werden. Informationen darüber erhält man bei der Gemeindeverwaltung des Wohnortes.

AHV-Betreuungsgutschriften

Betreut eine noch nicht AHV-berechtigte Person einen kranken Angehörigen (mindestens Hilflosigkeit mittleren Grades) im gleichen Haushalt, so erhält sie für ihre eigene AHV Betreuungsgutschriften. Bei der Berechnung ihrer Altersrente wird also zu einem allfälligen Erwerbseinkommen ein zusätzlicher Betrag

hinzugezählt, für jedes Jahr, in welchem der entsprechende Antrag gestellt worden ist.

Der Anspruch muss jährlich bei der kantonalen Ausgleichskasse angemeldet werden.

Berufliche und private Vorsorge

Alle obligatorisch bei einer Pensionskasse versicherten Arbeitnehmenden haben bei Erwerbsunfähigkeit grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen wie bei der IV Anspruch auf eine Rente. Zu den Leistungen im Einzelfall geben die entsprechenden Pensionskassen Auskunft.

Wer privat weitere Versicherungen abgeschlossen hat, hat eventuell Anspruch auf zusätzliche Leistungen bei Invalidität (vgl. entsprechende Versicherungsbedingungen).

Individuelle Finanzhilfe in Härtefällen

Pro Senectute (für Personen im AHV-Alter) und Pro Infirmis (für jüngere Personen) haben vom Bund den Auftrag, individuelle Finanzhilfen auszurichten. Diese dienen dazu, durch die Krankheit bedingte finanzielle Engpässe zu überwinden und besondere Ausgaben zu finanzieren. Sie ergänzen die Leistungen der Sozialversicherungen im Einzelfall.