

Merkblatt zu Ergänzungsleistungen sowie Finanzierung der Alters- und Pflegeheimkosten

1. Ergänzungsleistungen zur AHV und IV

Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Es gibt einen rechtlichen Anspruch darauf und sie sind keine Sozialhilfeleistung. Zusammen mit der AHV und IV gehören die Ergänzungsleistungen (EL) zum sozialen Fundament unseres Staates.

Ergänzungsleistungen werden durch die Kantone ausgerichtet. Sie bestehen aus zwei Kategorien:

- jährliche Leistungen, die monatlich ausbezahlt werden (Punkt 2)
- Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (Punkt 3)

Ergänzungsleistungen können Personen erhalten,

- die einen Anspruch auf eine Rente der AHV, eine Rente der IV, oder nach Vollendung des 18. Altersjahres eine Hilflosenentschädigung der IV haben oder während mindestens sechs Monaten ein Taggeld der IV erhalten,
- die in der Schweiz Wohnsitz haben,
- die Bürgerinnen oder Bürger der Schweiz sind,
- Ausländerinnen und Ausländer:
 - Bürgerinnen und Bürger eines EU-Mitgliedstaates, für den das Personenfreizügigkeitsabkommen gilt, oder Staatsangehörige der EFTA (hier besteht in der Regel keine Karenzfrist),
 - Personen die mindestens zehn Jahre ununterbrochen in der Schweiz leben. Für Flüchtlinge und Staatenlose beträgt diese Frist fünf Jahre.
- Personen, welche keinen Anspruch auf eine Rente haben, weil sie keine oder zu wenig lang AHV- und IV-Beiträge bezahlt haben, können unter gewissen Voraussetzungen einen Anspruch auf EL geltend machen.

Einen allfälligen Anspruch berechnen können Sie über die Internetseite der Pro Senectute (www.prosenectute.ch/de/angebote/beratung/finanzen/eld.html), oder Sie wenden sich an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen (SVA). Möchten Sie einen Antrag auf Ergänzungsleistungen einreichen, können Sie dies ebenfalls über die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen tun.

2. Berechnung der Ergänzungsleistungen

Die jährlichen (wiederkehrenden) Ergänzungsleistungen entsprechen der Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den Einnahmen, die angerechnet werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Personen die zu Hause leben und Personen die in einem Heim wohnen.

Folgende Auslagen werden für Personen anerkannt, die **zu Hause** leben:

- a) Für allgemeinen Lebensbedarf pro Jahr:
 - für Alleinstehende Fr. 19'450.00
 - für Ehepaare Fr. 29'175.00
- b) Der jährliche Mietzins und die damit zusammenhängenden Nebenkosten einer Wohnung:
 - für Alleinstehende maximal Fr. 13'200.00
 - für Ehepaare und für Personen mit Kindern maximal Fr. 15'000.00
- c) Pauschalbeiträge für die obligatorische Krankenversicherung

Bei Personen die in einem **Heim oder Spital** leben, werden folgende Ausgaben anerkannt:

- a) die Tagestaxe. Die Kantone können den Höchstbetrag festlegen.
- b) der Beitrag für persönliche Auslagen wie Kauf von Kleidern, Produkte der Körperhygiene, Zeitungen, Steuern usw. Dieser Betrag wird von den Kantonen festgelegt.
- c) Pauschalbeiträge für die obligatorische Krankenversicherung
- d) Selbstbehalt der Pflegekosten (max. Fr. 21.60/Tag)

Bei Ehepaaren, von denen zumindest der eine Ehegatte im Heim resp. im Spital lebt, wird die jährliche Ergänzungsleistung einzeln berechnet. Dabei werden die anrechenbaren Einnahmen und das Vermögen des Ehepaares zu gleichen Teilen den Ehegatten zugerechnet.

3. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei Ergänzungsleistungen

Anspruch

Bezüger einer jährlichen Ergänzungsleistung haben Anspruch auf die Rückvergütung von ausgewiesenen und in der Schweiz entstandenen Kosten:

- Kostenbeteiligung an der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG
- Zahnärztliche Behandlungen
- Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause (SPITEX)
- Transporte zum nächstgelegenen Behandlungsort
- Tagesstrukturen
- Diät
- Erholungs- und Badekuren
- Hilfsmittel

3.1. Kostenbeteiligungen

Sie können alle Krankenkassen-Selbstbehalte und die Franchise bis insgesamt maximal Fr. 1'000.00 pro Kalenderjahr einreichen.

3.2. Zahnärztliche Behandlungen

Zahnbehandlungskosten werden so weit vergütet, als diese einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Behandlung und Ausführung entsprechen.

Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung voraussichtlich höher als Fr. 3'000.00 muss bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen ein Kostenvoranschlag eingereicht werden. Für zahnärztliche Behandlungen wird maximal der Betrag nach UV/MV/IV-Tarif übernommen. Dieser entspricht einem Taxpunktwert von Fr. 3.10.

3.3. Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause / Spitex

Die Kosten für pflegerische Massnahmen werden übernommen, wenn sie durch eine nach den Bestimmungen der Krankenversicherung anerkannte, öffentliche oder gemeinnützige Spitex-Organisation entstanden sind und nicht von der Kranken-, Unfall- oder einer anderen Versicherung übernommen werden müssen.

Die Kosten für hauswirtschaftliche Leistungen werden vergütet, wenn sie ärztlich ausgewiesen sind. Für Kosten von anerkannten Spitex-Organisationen werden bis höchstens Fr. 35.00 übernommen. Für nicht anerkannte Spitex-Organisationen gilt ein Maximalansatz von Fr. 25.00 pro Stunde, bzw. maximal Fr. 4'800.00 pro Jahr.

3.4. Transporte

Transportkosten zu einem nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort (Arzt, Therapie, Tagesstrukturen) innerhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein können übernommen werden. Die medizinische Behandlung muss jedoch entweder durch die Grundversicherung der Krankenkasse oder via Krankheitskosten übernommen werden.

3.5. Tagesstrukturen

Vergütungen für Tagesstrukturen sind nur möglich an Personen, die nicht in einem Heim leben. Eine Betreuung, die in einer anerkannten Tagesstruktur erfolgt, kann bei Personen in einer Einrichtung für Menschen mit einer Behinderung mit maximal Fr. 40.00 pro Tag (abzüglich Verpflegungskosten) vergütet werden. Bei Personen in einer zugelassenen Tages- und Nachtstruktur nach dem Gesetz über die Pflegefinanzierung können maximal Fr. 150.00 pro Tag (abzüglich Verpflegungskosten) vergütet werden.

3.6. Diät

Ausgewiesene Mehrkosten für eine ärztlich verordnete, medizinisch zwingend notwendige Diät werden im Rahmen eines Pauschalbetrags von Fr. 175.00 pro Monat berücksichtigt. Bei Personen die in einem Heim oder Spital wohnen, erfolgt keine Vergütung: Die Diätkosten sind dort in die Tagestaxe einzuschliessen.

3.7. Erholungs- und Badekuren

Kosten für ärztlich verordnete Kuren können während längstens 21 Tagen und für maximal Fr. 160.00 pro Tag vergütet werden. Die versicherte Person hat jedoch einen Selbstbehalt für die Verpflegungskosten von Fr. 21.50 pro Tag selber zu tragen.

3.8. Hilfsmittel

Bezügerinnen und Bezüger haben einen Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungs- und Ausleihkosten für Hilfsmittel. Bei Hilfsmitteln, an deren Kosten sich die AHV zu 75% beteiligt, kann maximal 1/3 des Kostenbeitrages der AHV über die Krankheitskosten geltend gemacht werden. Welche Anschaffungs- und Ausleihkosten für Hilfsmittel vergütet werden, können Sie der Internetseite der SVA des Kantons St. Gallen (www.svasg.ch) entnehmen.

Vorgehen

Der Antrag auf Rückvergütung von anerkannten Krankheitskosten **ist innerhalb von 15 Monaten seit Rechnungsstellung** über die AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde einzureichen. Reichen Sie nur kopierte Rechnungen und Abrechnungen ohne Zahlungsabschnitte ein.

Achtung: Nach Ablauf der Frist erfolgt **keine** Rückvergütung mehr möglich. Reichen Sie deshalb die Rückvergütungsbelege regelmässig, jedoch mindestens einmal pro Jahr ein!

4. Finanzierung von Heimkosten

Bei IV- und AHV-Rentnern, Rentnerinnen, welche in einem Heim leben, werden die Heimrechnungen über verschiedene Quellen finanziert.

Die obligatorische Krankenversicherung hat einen für die ganze Schweiz einheitlich festgelegten Beitrag an die Pflegekosten zu leisten. Bewohnerinnen und Bewohner haben selbst nur noch einen begrenzten Anteil der Pflegekosten zu bezahlen. Die restlichen Pflegekosten werden vom Staat finanziert. Betreuungs- und Aufenthaltskosten werden vom Bewohner selbst oder über die Ergänzungsleistungen bezahlt.

Pflegestufe	max. Fr. je Tag (inkl. MiGel-Kosten)	Beitrag KVG Krankenkasse	Restfinanzierung Kanton / SVA SG	Selbstbehalt
1	14.00	9.00	0.00	5.00
2	39.00	18.00	0.00	21.00
3	64.00	27.00	15.40	21.60
4	89.50	36.00	31.90	21.60
5	114.50	45.00	47.90	21.60
6	139.50	54.00	63.90	21.60
7	165.50	63.00	80.90	21.60
8	190.50	72.00	96.90	21.60
9	215.50	81.00	112.90	21.60
10	240.50	90.00	128.90	21.60
11	265.50	99.00	144.90	21.60
12	290.50	108.00	160.90	21.60

Der oben erwähnte Selbstbehalt von maximal Fr. 21.60 pro Tag und betreute Person wird bei Ergänzungsleistungsbezüger und –bezügerinnen (EL) in der EL-Berechnung berücksichtigt.

4.1. Obligatorische Krankenversicherung (KVG)

Die Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung an die Pflegekosten werden in ein Berechnungsmodell mit zwölf Pflegestufen und den entsprechenden Krankenkassenbeiträgen pro Pflege-tag eingeteilt.

Zur Rückforderung des Krankenkassenbeitrags senden Sie die Originalrechnung an die Krankenkasse. EL-Bezüger und Bezügerinnen können die Selbstbehalt- resp. Leistungsabrechnungen der Krankenkasse (nur Kopien) an die AHV-Zweigstelle weiterleiten.

4.2. Staatlicher Anteil an die Pflegekosten (Pflegefinanzierungsbeiträge)

Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen müssen sich nicht separat für den Bezug der staatlichen Rückvergütung an die Pflegekosten anmelden. **Wer keine Ergänzungsleistungen bezieht, muss die Rückvergütung an die Pflegekosten über die AHV-Zweigstelle der Wohnsitzgemeinde anmelden.** Der Anspruch ist unabhängig vom Vermögen.

Die reinen Pflegekosten ohne Berücksichtigung von Unterkunft, Verpflegung und Betreuung sind massgeblich für die Berechnung der Vergütung. Von diesen Pflegekosten werden der Beitrag der Krankenversicherung und der Selbstbehalt des Versicherten (maximal CHF 21.60 pro Tag) abgezogen.

Die Sozialversicherungsanstalt (SVA) St. Gallen berechnet den Anspruch, erlässt eine Verfügung und veranlasst die Auszahlung. Veränderungen der Ansprüche infolge neuer Pflegeeinstufung oder neuer Heimtaxe werden der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen direkt vom Heim gemeldet.

Der staatliche Rückerstattungsbetrag an die Pflegekosten wird jeden Monat gleichzeitig mit weiteren Leistungen (AHV, allfällige Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung) direkt von der SVA St. Gallen ausbezahlt. Die Pflegefinanzierung wird rückwirkend bezahlt, während die weiteren Leistungen im Voraus bezahlt werden. Veränderungen werden im nachfolgenden Monat rückwirkend korrigiert.

4.3. Anspruch auf Ergänzungsleistungen für Betreuungs- und Aufenthaltskosten

Können die Heimkosten (Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und Selbstbehalt der Pflegekosten) über Renten der AHV, BVG/Pensionskassen, Hilflosenentschädigung und einen allfälligen Vermögensverzehr (Vermögen minus Freibetrag von Fr. 37'500.00, davon 1/5 pro Jahr) nicht gedeckt werden, besteht ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL).

Als Tagessatz (Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und Pflege) wird bei der EL-Berechnung, je nach Pflege-Einstufung, maximal anerkannt:

Grundtarif für Pension / Betreuung: derzeit max. Fr. 180.00 pro Tag

Der Betrag für persönliche Ausgaben beträgt bei EL-Bezügern und Bezügerinnen je nach Pflege-Einstufung im Monat Fr. 541.00 (Pflegestufe 1 - 4) oder Fr. 406.00 (Pflegestufe 5 - 12). Damit müssen alle Nebenkosten wie z.B. Kleider, Hygiene, Zusatzversicherungen, zusätzliche Aufwendungen im Heim, Konsumation, Steuern, Hobbys u.a.m. beglichen werden.

Heime, Wohngruppen und andere Institutionen für IV-Rentner und Rentnerinnen müssen von der Sozialversicherungsanstalt anerkannt sein. Die Tagestaxe beträgt max. Fr. 220.00 für Pension, Betreuung und Verwaltungskosten. Die Betriebskosten werden von den Heimen direkt mit dem Kanton verrechnet.

Auskunft bei Fragen

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AHV-Zweigstelle der Gemeinde oder an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen, Brauerstrasse 54, 9016 St. Gallen (Abteilung Ergänzungsleistungen). Weitere Infos finden Sie unter www.svasg.ch.