

Chronisch krank – was leisten die Sozialversicherungen?

Leitfaden 2022



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

LUNGENLIGA SCHWEIZ
LIGUE PULMONAIRE SUISSE
LEGA POLMONARE SVIZZERA
LIA PULMUNARA SVIZRA



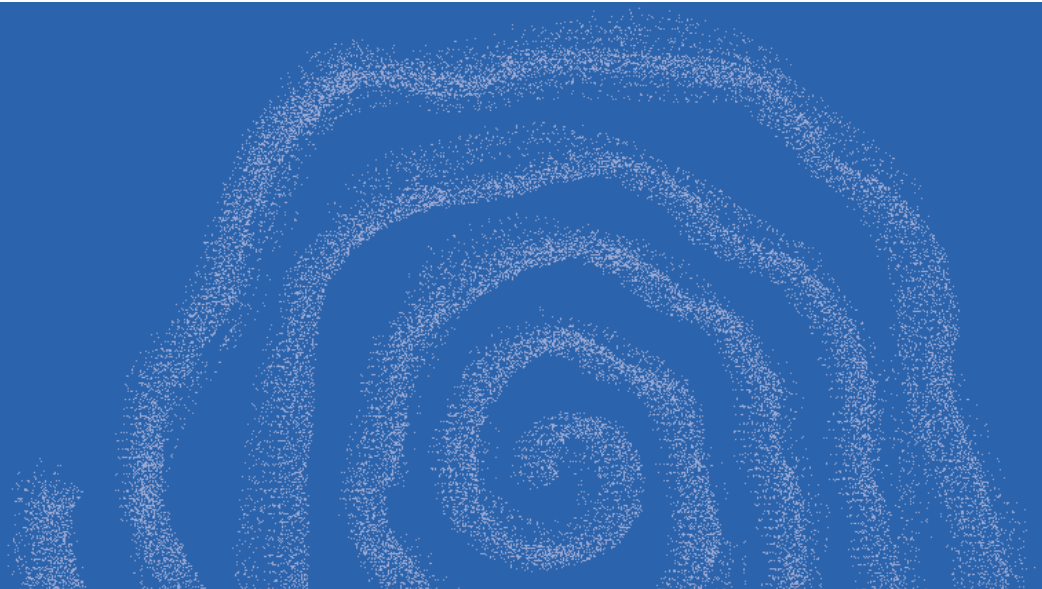
diabetesschweiz
diabètesuisse
diabetesvizzera



Schweizerische Herzstiftung
Fondation Suisse de Cardiologie
Fondazione Svizzera di Cardiologia



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo





Impressum

Herausgeber

Krebsliga Schweiz
Lungenliga Schweiz

Autorin

Claudia Pascali, Rechtsdienst Inclusion Handicap
Mühlemattstrasse 14a, 3007 Bern

Arbeitsgruppe

Patricia Müller, Fachspezialistin Rechtliche Beratung, Krebsliga Schweiz
Nadia Schawalder, Integrierte Beratung, Lungenliga Schweiz

Trägerschaft

Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach, 3001 Bern
Tel. 031 389 91 00, info@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch

Lungenliga Schweiz, Chutzenstrasse 10, 3007 Bern
Tel. 031 378 20 50, info@lung.ch, www.lungenliga.ch

diabetesschweiz, Rütistrasse 3a, 5400 Baden
Tel. 056 200 17 90, sekretariat@diabetesschweiz.ch, www.diabetesschweiz.ch

Rheumaliga Schweiz, Josefstrasse 92, 8005 Zürich
Tel. 044 487 40 00, info@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch

Schweizerische Herzstiftung, Dufourstrasse 30, Postfach, 3000 Bern 14
Tel. 031 388 80 80, info@swissheart.ch, www.swissheart.ch, www.swissheartgroups.ch

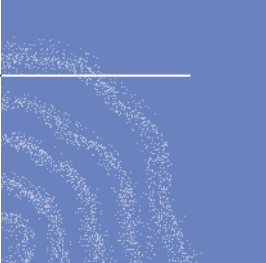
Satz

Typopress Bern AG, Bern

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Hinweise	8
1. Übersichtstabellen	11
2. Medizinische Behandlung	15
2.1 Medizinische Behandlung: IV, Unfallversicherung oder Krankenversicherung?	16
1. Leistungspflicht der IV	16
2. Leistungspflicht der Unfallversicherung	20
3. Leistungspflicht der Krankenversicherung	22
2.2 Krankenversicherung: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung	23
1. Versicherungsobligatorium	23
2. Die Versicherer	26
3. Umfang des Versicherungsschutzes	27
2.3 Krankenversicherung: Die freiwilligen Zusatzversicherungen	30
1. Entstehung des Versicherungsverhältnisses	30
2. Beendigung des Versicherungsverhältnisses	32
2.4 Ambulante Behandlung	33
1. Leistungen der Krankenversicherung	33
2. Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen	48
2.5 Arzneimittel	49
1. Leistungen der Krankenversicherung	49
2. Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen	51
2.6 Zahnärztliche Behandlung	53
1. Leistungen der Krankenversicherung	53
2. Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen	55

2.7 Stationäre Behandlung	56
1. Leistungen der Krankenversicherung	56
2. Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen	62
2.8 Reise- und Transportkosten	64
1. Leistungen der Krankenversicherung	64
2. Leistungen der IV	65
2.9 Prävention und Früherkennung	66
1. Leistungen der Krankenversicherung	66
2. Leistungen der IV	68
3. Ambulante Pflege (Spitex)	69
3.1 Leistungen der Krankenversicherung	70
1. Obligatorische Krankenpflegeversicherung	70
2. Zusatzversicherungen	73
3.2 Hilfenentschädigung der IV und der AHV	74
1. Die Leistungen der IV	74
2. Die Leistungen der AHV	76
3.3 Zusätzliche Entschädigungen der IV bei Minderjährigen	77
1. Domizilbehandlung	77
2. Intensivpflegezuschlag	77
3.4 Assistenzbeitrag	78
1. Voraussetzungen	78
2. Bemessung des Beitrags	78
3.5 Ergänzungsleistungen bei ambulanter Pflege	80
1. Allgemeine Voraussetzungen	80
2. Anrechenbare Kosten	81



4.	Hilfsmittel und Behandlungsgeräte	83
4.1	Behandlungsgeräte	84
	1. Definition	84
	2. Die Leistungen der Krankenversicherung	84
	3. Die Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen	91
4.2	Hilfsmittel: Die Leistungen im Überblick	92
	1. Definition	92
	2. Die Leistungen der IV	92
	3. Die Leistungen der AHV	96
	4. Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen der EL	96
	5. Die Leistungen der Krankenversicherung	97
4.3	Einzelne Hilfsmittel	98
	1. Prothesen	98
	2. Perücken	99
	3. Stützkorsetts (Rumpforthesen)	100
	4. Sprechhilfegeräte	100
	5. Rollstühle	100
	6. Elektrobetten	101
	7. Hilfsmittel zur Durchführung der Körperhygiene	102
	8. Arbeits- und Haushaltgeräte	102



5. Übrige Rehabilitationsmassnahmen	103
5.1 Nicht medizinische Therapien	104
1. Abgrenzung	104
2. Die Leistungen der Kantone	104
3. Die Leistungen der Krankenversicherung	105
5.2 Berufliche Eingliederung	106
1. Grundsatz	106
2. Berufsberatung und Arbeitsvermittlung	107
3. Erstmalige Ausbildung und Umschulung	109
4. Massnahmen der Wiedereingliederung	112
6. Erwerbsausfall/Taggelder	113
6.1 Arbeitsrecht: Kündigung	114
1. Kündigungsfristen	114
2. Kündigungs-Sperrfristen	114
3. Kündigung durch Arbeitnehmer	115
4. Fristlose Entlassung	116
6.2 Arbeitsrecht: Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit	117
1. Grundsatz	117
2. Die gesetzliche Regelung	117
3. Schadenersatzpflicht des Arbeitgebers	119
6.3 Arbeitsrecht: Informationspflicht	120
1. Fragen des Arbeitgebers	120
2. Information ohne entsprechende Fragen	121

6.4	Krankentaggeld: Versicherungsdeckung	122
	1. Die Versicherer	122
	2. Abschluss der Versicherung	123
	3. Übertritt in die Einzelversicherung	125
	4. Übertritt in andere Kollektivversicherung	128
6.5	Krankentaggeld: Voraussetzungen, Höhe und Dauer des Anspruchs	130
	1. Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung	130
	2. Höhe des Taggeldes	131
	3. Dauer des Anspruchs	132
6.6	IV-Taggeld	134
	1. Wer hat Anspruch auf ein IV-Taggeld?	134
	2. Bemessung des IV-Taggeldes	136
7.	Invalidenrenten/Ergänzungsleistungen	139
7.1	Invaliditätsbemessung	140
	1. Invaliditätsbegriff	140
	2. Bemessung des Invaliditätsgrades	143
7.2	IV-Renten	146
	1. Rentenstufen und Rentenhöhe	146
	2. Beginn des Rentenanspruchs	149
	3. Rentenkürzungen	151
	4. Ausländerinnen und Ausländer	152
7.3	Invalidenrenten der Pensionskassen	154
	1. Versicherungsschutz	154
	2. Wann besteht Anspruch auf eine Invalidenrente der Pensionskasse?	156
	3. Höhe der Invalidenrenten	159

7.4	Ergänzungsleistungen	161
1.	Persönliche Voraussetzungen	161
2.	Die Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistung	162
3.	Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten	166
4.	Verfahren	168
5.	Kantonale und kommunale Zusatzleistungen	169
8.	Ansprüche der Hinterlassenen	171
8.1	Witwen-, Witwer- und Waisenrenten der AHV	172
1.	Witwenrenten	172
2.	Witwerrenten	173
3.	Waisenrenten	174
8.2	Hinterbliebenenrenten der Pensionskassen	175
1.	Generelles	175
2.	Witwenrenten	176
3.	Witwenabfindung	177
4.	Witwerrenten	177
5.	Waisenrenten	178
6.	Todesfallentschädigung	179
8.3	Ergänzungsleistungen	180
1.	Anspruch	180
2.	Berechnung	180
9.	Anhang	181
9.1	Adressen	182
9.2	AHV/IV/EL-Organе	205
9.3	Gesetze, Wegleitungen, Merkblätter	215

Vorwort

Dieser Leitfaden der Krebs-, Lungen-, Rheumaliga Schweiz sowie von diabetesschweiz und der Schweizerischen Herzstiftung ist sowohl Nachschlagewerk als auch Ratgeber zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen, die sich bei einer chronischen Erkrankung stellen. Er richtet sich an Sozialarbeitende, Ärzte und Ärztinnen, andere medizinische Fachpersonen, Selbsthilfeorganisationen sowie an Betroffene selbst und ihre Angehörigen.

Der Leitfaden 2022 kann als PDF von den Webseiten der Krebs-, Lungen-, Rheumaliga Schweiz sowie von diabetesschweiz und der Schweizerischen Herzstiftung heruntergeladen werden.

Claudia Pascali vom Rechtsdienst Inclusion Handicap war für die Aktualisierung des Leitfadens verantwortlich. Wir danken ihr herzlich für ihre wertvolle Arbeit.

Bei rechtlichen Fragen, die nicht in dieser Broschüre behandelt werden, stehen Ihnen die Rechtsberatungsstellen von Inclusion Handicap zur Verfügung. Auch die Beratungsstellen der regionalen Diabetesgesellschaften, Krebs-, Lungen-, Rheumaligen sowie der Schweizerischen Herzstiftung können Ihnen Auskunft geben. Die Adressen finden Sie im Anhang.

Wir hoffen, dass mit Hilfe dieses Leitfadens möglichst viele Menschen darin unterstützt werden können, ihre Leistungsansprüche gegenüber den Sozialversicherungen geltend zu machen.

Krebsliga Schweiz

Patricia Müller

Fachspezialistin Rechtliche Beratung

Lungenliga Schweiz

Nadia Schawalder

Integrierte Beratung

Hinweise

Texte, die auf der Seite nicht mit einem Logo und einem Strich markiert sind, gelten für alle Menschen mit einer chronischen Krankheit.



Diabeteslogo: Diese Texte betreffen ausschliesslich Diabetespatientinnen und -patienten.



Krebslogo: Diese Texte betreffen ausschliesslich Krebspatientinnen und -patienten.



Lungenlogo: Diese Texte betreffen ausschliesslich Lungenkranke und Atembehinderte.



Rheumalogo: Diese Texte betreffen ausschliesslich Rheumapatientinnen und -patienten.



Herzlogo: Diese Texte betreffen ausschliesslich Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten.

Hinweis zur Schreibweise

Wird im Text nur die männliche oder weibliche Form verwendet, gilt sie jeweils für beide Geschlechter.

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVV	Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AIG	Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration (Ausländer- und Integrationsgesetz)
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
BVV 2	Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
ELV	Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
GgV-EDI	Verordnung EDI über Geburtsgebrechen
HVA	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung
HVI	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KLV	Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste (Krankenversicherung)
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung
OR	Obligationenrecht
SEM	Staatssekretariat für Migration
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
UVV	Verordnung über die Unfallversicherung
VG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag



1. Übersichtstabellen

Eine schwerwiegende Krankheit verursacht nicht bloss viel menschliches Leiden, sondern ist auch mit finanziellen Konsequenzen verbunden. Es ist die Absicht dieser Broschüre aufzuzeigen, wie diese finanziellen Folgen mit den Mitteln der Sozialversicherungen (und teilweise aufgrund des Arbeitsrechts) aufgefangen werden können und in welchen Bereichen Lücken verbleiben, welche anderweitig gedeckt werden müssen.

Bevor jedoch die Vielfalt versicherungsrechtlicher Regeln im Einzelnen erläutert wird, wollen wir versuchen, eine Übersicht zu verschaffen: Hierzu dienen die folgenden Tabellen mit Hinweisen auf die massgebenden Kapitel.

Eine Krankheit kann sich finanziell auf zwei Arten auswirken:

- Sie kann einen Mehraufwand auslösen, indem Kosten für die Behandlung, für die Pflege, für Hilfsmittel und anderes mehr entstehen: Tabelle 1 fasst diese möglichen Kosten nach Gruppen zusammen.
- Sie kann auch zu einem Erwerbsausfall führen, dessen Konsequenzen oft ebenso einschneidend sind: Tabelle 2 zeigt auf, welche Mittel zur Deckung dieses Ausfalls beigezogen werden können.

Tabelle 1: Krankheitsbedingter Mehraufwand

Kosten ambulanter medizinischer Behandlung

Behandlung durch Arzt/Ärztin (inkl. ärztliches Personal)	Kap. 2.4
Physiotherapie, Massage	Kap. 2.4
Psychotherapie	Kap. 2.4
Ernährungsberatung	Kap. 2.4
Logopädie	Kap. 2.4
Arzneimittel	Kap. 2.5
Zahnärztliche Behandlung	Kap. 2.6
Ambulante Krankenpflege	Kap. 3.1, 3.3

Reise- und Transportkosten	Kap. 2.8
Behandlungsgeräte	Kap. 4.1
Kosten stationärer medizinischer Behandlung	
Behandlung in öffentlichen Spitälern	Kap. 2.7
Behandlung in Privatspitälern	Kap. 2.7
Stationäre Rehabilitationen und Kuraufenthalte	Kap. 2.7
Reise- und Transportkosten	Kap. 2.7
Kosten von Pflege und Haushalthilfe	
Ambulante Grundpflege	Kap. 3.1, 3.2, 3.3, 3.4
Haushalthilfe	Kap. 3.3, 3.4
Kosten von Hilfsmitteln	
Hilfsmittel zur Selbstsorge und Fortbewegung	Kap. 4.2, 4.3
Hilfsmittel zur Berufsausübung	Kap. 4.2, 5.2
Pflegerische Hilfsmittel	Kap. 4.2, 4.3
Kosten beruflicher Massnahmen	
Berufsberatung und Arbeitsvermittlung	Kap. 5.2
Erstmalige berufliche Ausbildung und Umschulung	Kap. 5.2
Kosten nicht medizinischer Therapien	
Nicht medizinische Therapien	Kap. 5.1

Tabelle 2: Krankheitsbedingter Erwerbsausfall

Kurzfristiger Erwerbsausfall infolge Krankheit

Lohnfortzahlungsfrist des Arbeitgebers	Kap. 6.2
Krankentaggeld aus Kollektivversicherung	Kap. 6.4, 6.5
Krankentaggeld aus individueller Versicherung	Kap. 6.4, 6.5

Erwerbsausfall infolge beruflicher Massnahmen

IV-Taggeld während beruflicher Abklärung	Kap. 6.6
IV-Taggeld während erstmaliger beruflicher Ausbildung und Umschulung	Kap. 6.6

Langfristiger Erwerbsausfall infolge Invalidität

IV-Renten	Kap. 7.1, 7.2
Invalidenrenten der Pensionskassen	Kap. 7.1, 7.2, 7.3
Ergänzungsleistungen	Kap. 7.4

Erwerbsausfall infolge Todes

Witwen-, Witwer- und Waisenrenten der AHV	Kap. 8.1
Hinterbliebenenrenten der Pensionskassen	Kap. 8.2
Ergänzungsleistungen	Kap. 8.3

2. Medizinische Behandlung

- 2.1 Medizinische Behandlung:
IV, Unfallversicherung oder Krankenversicherung?
- 2.2 Krankenversicherung:
Die obligatorische Krankenpflegeversicherung
- 2.3 Krankenversicherung:
Die freiwilligen Zusatzversicherungen
- 2.4 Ambulante Behandlung
- 2.5 Arzneimittel
- 2.6 Zahnärztliche Behandlung
- 2.7 Stationäre Behandlung
- 2.8 Reise- und Transportkosten
- 2.9 Prävention und Früherkennung

2.1 Medizinische Behandlung: IV, Unfallversicherung oder Kranken- versicherung?

1. Leistungspflicht der IV

a) Grundsatz

Liegt ein **Geburtsgebrechen** vor, dann übernimmt die IV bis zum vollendeten 20. Altersjahr die für die Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen, unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben.

Liegt **kein** Geburtsgebrechen vor, dann übernimmt die IV medizinische Eingliederungsmassnahmen bis zum 20. Altersjahr (bei Massnahmen beruflicher Art nach Art. 15–18c IVG bis zum 25. Altersjahr), wenn diese unmittelbar auf die Eingliederung in die obligatorische Schule, in die berufliche Erstausbildung, ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind. Jedoch übernimmt die IV keine Kosten für die Behandlung des Leidens an sich.

Generell müssen die medizinischen Massnahmen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

→ Art. 12, 13, 14, 14^{ter} IVG; Art. 3 IVV

b) Geburtsgebrechen

Liegt ein **Geburtsgebrechen** vor, so kommt die IV **bis zum 20. Altersjahr** vollumfänglich für die Kosten der medizinischen Behandlung auf. Die medizinischen Massnahmen werden für die Behandlung angeborener Missbildungen, genetischer Krankheiten sowie prä- und perinatal aufgetretene Leiden gewährt, sofern sie fachärztlich diagnostiziert sind, die Gesundheit beeinträchtigen, einen bestimmten Schweregrad aufweisen, eine langandauernde oder komplexe Behandlung erfordern und mit medizinischen Massnahmen nach Art. 14 IVG behandelbar sind (zur Behandlung der Trisomie 21 gilt das letzte Kriterium nicht). Die medizinischen Massnahmen umfassen u.a. ambulant oder stationär durchgeführte Untersuchungen, Behandlungen sowie Pflegeleistungen etc. Keine Kosten werden für logopädische Massnahmen vergütet.

Voraussetzung für eine Übernahme durch die IV ist, dass die Krankheit in der Liste figuriert, welche als Anhang der **Verordnung über Geburtsgebrechen** (GgV) vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) erlassen worden ist: Die Liste der Geburtsgebrechen wurde per 1.1.2022 aktualisiert und auf den neusten Stand der Wissenschaft gebracht. Dabei wurde auch den Besonderheiten seltener Krankheiten mehr Rechnung getragen, bei denen es meist nur wenige oder gar keine wissenschaftlichen Studien gibt. Gewisse Geburtsgebrechen, die heute dank eines einmaligen Eingriffs behandelt werden können, wurden von der Liste gestrichen.

Per 1.1.2022 wurden die Kriterien für die Anerkennung eines Geburtsgebrechens präzisiert, für welches die IV die Behandlungskosten übernimmt: Es muss sich um Fehlbildungen von Organen oder Körperteilen oder um genetische Krankheiten von einem gewissen Schweregrad handeln, die schon bei Geburt bestehen oder spätestens sieben Tage nach der Geburt entstanden sind. Diese Leiden müssen körperliche oder geistige Beeinträchtigungen oder Funktionsstörungen zur Folge haben und behandelbar sein. Chromosomenanomalien (z.B. Trisomie 13, Patau-Syndrom) sind keine Geburtsgebrechen, weil sie als solche nicht behandelbar sind; für Trisomie 21 (Downsyndrom) gibt es aber eine Ausnahme. Ein Geburtsgebrechen kann bis zum 20. Altersjahr diagnostiziert werden. Der Zeitpunkt des Erkennens ist, mit Ausnahme des ADHS, welches vor dem 9. Geburtstag diagnostiziert und behandelt werden muss, unerheblich. Neu kann jede Person beim Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) einen Antrag auf Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die Geburtsgebrechensliste stellen.



Angeborene Zysten und/oder Tumoren finden sich in den folgenden Ziffern der Geburtsgebrechensliste:

216 (Speicheldrüse), 232 (Hals), 244 (Lunge), 261 (Mediastinum), 275 (Darm), 295 (Leber), 329 (Leukämie), 330 (Histiozytose), 343 (Nieren), 349 (Blase und Harnwege), 384 (angeborene und embryonale Hirntumoren), 385 (Hypophyse), 396 (Neuroblastom), 421 (Retinoblastom), 424 (Augenhöhle), 468 (Phäochromozytom, Phäochromoblastom), 486 (Keimzelltumoren).



Angeborene Leiden, welche die Atmungsorgane betreffen, finden sich in folgenden Ziffern der Geburtsgebrechensliste: 241 (Bronchiektasien), 242 (lobäres Emphysem), 243 (partielle Agenesie und Hypoplasie der Lungen), 244 (Lungentumoren), 245 (Lungensequestrierung), 246 (angeborene Störungen der Lungenentwicklung und angeborene Störungen der Surfactant Funktion mit nachgewiesenem genetischen Defekt), 247 (Bronchopulmonale Dysplasien), 249 (primäre ziliäre Dyskinesie), 251 (angeborene Missbildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre), 252 (Laryngo- und Tracheomalazie, sofern eine Heimbeatmung [CPAP, BiPAP-Beatmung oder ähnliche Beatmungsform] oder eine chirurgische Intervention notwendig ist), 480 (Mucoviscidosis bzw. «Cystische Fibrose»).



Angeborene Leiden, die das Skelett betreffen, finden sich in den Ziffern 121–178 der Geburtsgebrechensliste.

Angeborene Leiden, welche die Gelenke, Muskeln und Sehnen betreffen, finden sich in den Ziffern 180–195 der Geburtsgebrechensliste.



Angeborene Herz- und Gefäßmissbildungen gelten als Geburtsgebrechen (Ziff. 313 der Geburtsgebrechensliste).

→ *Verordnung EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI)*

c) Ohne Geburtsgebrechen

Liegt **kein** Geburtsgebrechen vor, dann übernimmt die IV medizinische Eingliederungsmassnahmen bis zum 20. Altersjahr. Seit dem 1.1.2022 werden medizinische Eingliederungsmassnahmen bei laufenden beruflichen Massnahmen, die auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sind, neu sogar bis zum 25. Altersjahr ausgerichtet.

→ *Art. 12 IVG, Art. 14^{ter} Abs. 2 IVG*

d) Ausländer

- **Kinder aus EU- und EFTA-Staaten** sind aufgrund des mit der EU und der EFTA abgeschlossenen Personenfreizügigkeitsabkommens den Schweizer Kindern gleichgestellt. Sie haben Anspruch auf medizinische Massnahmen der IV unabhängig davon, wann und wo die Invalidität eingetreten ist.
- **Andere Kinder aus Staaten, mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat** (vgl. die Liste in Kap. 7.2, Ziff. 4): Die IV übernimmt die medizinische Behandlung von Geburtsgebrechen, wenn sich diese Kinder, unmittelbar bevor die Behandlung erstmals in Betracht kommt, während mindestens eines Jahres oder ununterbrochen seit der Geburt in der Schweiz aufgehalten haben oder wenn sie in der Schweiz invalid geboren wurden.
- **Kinder aus den übrigen Staaten:** Bei diesen müssen zusätzlich der Vater oder die Mutter als Ausländer während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder ununterbrochen während 10 Jahren in der Schweiz Wohnsitz gehabt haben.

→ *Art. 9 IVG*

2. Leistungspflicht der Unfallversicherung

a) Grundsatz

Ist eine medizinische Behandlung auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen, so kommt die Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) für die medizinische Behandlung auf. Bedingung ist, dass die betroffene Person im Zeitpunkt des Unfalls versichert gewesen ist bzw. während eines Anstellungsverhältnisses beruflich erkrankt ist.

In der Schweiz sind **alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen** (inkl. Heimarbeiter, Lehrlinge, Praktikanten, Volontäre sowie in Lehr- und Invalidenwerkstätten tätige Personen) sowie Bezüger und Bezügerinnen von **Taggeldern der Arbeitslosenversicherung** obligatorisch versichert; Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sind über die Versicherung ihres Arbeitgebers (je nach Branche die SUVA oder eine Privatversicherungsgesellschaft) versichert, Arbeitslose generell bei der SUVA.

→ Art. 1–3 UVG; Art. 1–8 UVV

b) Unfälle

Nach den Regeln des UVG sind nicht nur **Berufsunfälle** versichert, sondern auch **Nichtberufs-unfälle**, Letztere allerdings nur, wenn die Arbeitsdauer einer Person im betreffenden Betrieb mindestens 8 Stunden pro Woche beträgt.

Für die Folgen eines während der Versicherungsdauer erlittenen Unfalls hat der Unfallversicherer ohne zeitliche Beschränkung aufzukommen.

→ Art. 7–8 UVG; Art. 9–13 UVV

c) Berufskrankheiten

Nach den Regeln des UVG sind alle Krankheiten versichert, die bei einer beruflichen Tätigkeit **durch schädigende Stoffe** und durch bestimmte Arbeiten verursacht worden sind, welche nach arbeitsmedizinischer Erfahrung zu gesundheitlichen Problemen führen können. Im Anhang 1 zur Unfallversicherungsverordnung hat der Bundesrat die in Betracht fallenden schädigenden Stoffe und arbeitsbedingten Erkrankungen umschrieben. Im Einzelfall muss immer der **Kausalzusammenhang** zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Erkrankung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht werden.



Als Berufskrankheiten gelten z.B. **Hautkrebs** und hierzu neigende Hautveränderungen, welche auf Arbeiten mit Verbindungen, Produkten oder Rückständen von Teer, Pech, Erdpech, Mineralöl und Paraffin zurückzuführen sind.



Als Berufskrankheiten gelten u.a.

- durch Staub oder Faserinhalation verursachte Lungen- und Brustfellerkrankungen (**«Staublungen»**) als Folge von Arbeiten in Stäuben von Aluminium, Silikaten, (Quarz-)Graphit, Kieselsäure und Hartmetallen;
- Erkrankungen der Atmungsorgane, welche durch den Kontakt mit **Asbeststaub** verursacht worden sind;
- **Erkrankungen der Atmungsorgane** durch Arbeiten in Stäuben von Baumwolle, Hanf, Flachs, Getreide und deren Mehle, Enzymen, Chemikalien (z.B. Isocyanate) und Schimmelpilzen und in anderen organischen Stäuben;
- Erkrankungen der Atemwege, die ausschliesslich oder stark überwiegend durch die berufliche Exposition mit **Toner-Stäuben** verursacht worden sind;
- **durch Kontakt mit Tieren** verursachte Krankheiten;
- **Infektionskrankheiten** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tuberkulose), welche bei der Arbeit in Spitälern, Laboratorien und dergleichen übertragen worden sind.



Als Berufskrankheiten gelten u.a.

- **Erkrankungen durch Vibrationen**, wenn radiologisch Einwirkungen auf Knochen und Gelenke nachgewiesen werden können.
- **Sehnenscheidenentzündungen.**

→ Art. 9 UVG; Anhang 1 zur UVV

d) Leistungen

Ist die Unfallversicherung leistungspflichtig, so entschädigt sie die Ärzte und Ärztinnen, Spitäler und andere medizinische Leistungserbringer direkt.

Auf eine detaillierte Darstellung der Leistungen der Unfallversicherung muss in den nachfolgenden Kapiteln verzichtet werden, weil dies den Umfang dieses Leitfadens sprengen würde.

Generell kann jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Leistungen der Unfallversicherung im Wesentlichen mit jenen der Invalidenversicherung übereinstimmen.

→ Art. 10 ff. UVG; Art. 15 ff. UVV

3. Leistungspflicht der Krankenversicherung

Wenn keine Leistungspflicht der IV oder der Unfallversicherung besteht, muss die Krankenversicherung für die Behandlung aufkommen (vgl. hierzu Kap. 2.2 und 2.3). Die detaillierten Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung werden in den folgenden Kapiteln beschrieben.

2.2 Krankenversicherung: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Versicherungsobligatorium

a) Grundsatz

Seit dem 1.1.1996 gilt gesamtschweizerisch ein Versicherungsobligatorium für die Krankenpflege: Jede Person mit **Wohnsitz** in der Schweiz muss sich innert 3 Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz versichern (oder vom gesetzlichen Vertreter versichern lassen).

Asylsuchende und alle Personen, für welche die vorläufige Aufnahme nach Art. 83 AIG verfügt oder denen «vorübergehender Schutz» nach Art. 66 des Asylgesetzes gewährt worden ist, unterstehen ebenfalls dem Versicherungsobligatorium. Hier können die Kantone allerdings die Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer einschränken.

Sans-Papiers (Personen ohne gültige Aufenthaltspapiere) unterstehen ebenfalls dem Versicherungsobligatorium. Die Krankenversicherer sind deshalb verpflichtet, diese Personen auf Antrag hin zu versichern. Vor dem Abschluss einer Krankenversicherung sollte Kontakt mit einer spezialisierten Beratungsstelle aufgenommen werden (Adressen siehe unter www.sans-papiers.ch).

Die Einhaltung der Versicherungspflicht wird von den **Kantonen** kontrolliert: Die zuständige kantonale Behörde weist alle Personen, die sich nicht rechtzeitig versichert haben, von Amtes wegen einem Versicherer zu.

→ Art. 3, 6 KVG

b) Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz

Ebenfalls dem Versicherungsobligatorium unterstehen:

- **Ausländer/innen** mit einer **Aufenthaltsbewilligung** von mindestens 3 Monaten. Ist die Aufenthaltsbewilligung für weniger als 3 Monate ausgestellt worden, so unterstehen nur jene Personen dem Versicherungsobligatorium, die in der Schweiz unselbstständig erwerbs-

tätig sind und für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.

- **Staatsangehörige eines EU-Staates**, die für längstens 3 Monate in der Schweiz erwerbstätig sind und hierfür **keine Aufenthaltsbewilligung** benötigen, sind ebenfalls dem Versicherungsobligatorium unterstellt, wenn sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.
- **Grenzgänger/innen**, die in der Schweiz erwerbstätig sind, sowie ihre Familienangehörigen, falls diese nicht im Ausland eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben.
- die in einem EU-Staat lebenden **Bezüger/innen einer Schweizer Rente** oder eines Taggeldes der schweizerischen Arbeitslosenversicherung (inkl. ihre Familienangehörigen). Diese Personen können allerdings ein Gesuch um Befreiung von der Versicherung stellen, wenn sie anderweitig über einen genügenden Versicherungsschutz verfügen.

Demgegenüber können eine Reihe von Personen («entsandte» Arbeitnehmer, Schüler, Dozenten, Forscher) auf Gesuch hin **von der Versicherungspflicht ausgenommen** werden, wenn sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.

→ Art. 1–3 KVV; Art. 82a Asylgesetz

c) Beginn des Versicherungsschutzes

Wer **rechtzeitig** (d.h. innert 3 Monaten seit Wohnsitznahme/Geburt in der Schweiz) der Versicherung beiträgt, geniesst den vollen Versicherungsschutz ab Wohnsitznahme/Geburt.

Bei **verspätetem** Beitritt beginnt der Versicherungsschutz erst im Zeitpunkt des Beitritts (keine Rückwirkung!). Bei nicht entschuldbarer Verspätung ist zudem ein Prämienzuschlag von 30 bis 50 % während der doppelten Dauer der Verspätung zu entrichten.

→ Art. 5 KVG; Art. 7 KVV

d) Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet am Tag des bei der Einwohnerkontrolle gemeldeten Wegzuges aus der Schweiz, in jedem Fall am Tag der **tatsächlichen Ausreise** aus der Schweiz oder mit dem **Tod** der versicherten Person.

Nicht mehr zulässig ist der **Ausschluss** einer Person von der Versicherung, z.B. wegen Nichtbezahlens von Prämien. Wer im **Zahlungsverzug** ist, muss vom Versicherer nach entsprechender Mahnung und Ansetzung einer Nachfrist betrieben werden. Resultiert aus der Betreuung ein Verlustschein, so muss die Krankenkasse den Kanton hierüber informieren. In diesem Fall wird sie vom Kanton entschädigt, welcher 85% der ungedeckten Beträge übernimmt.

Seit dem 1.1.2012 führen die Betreuung und die Ausstellung eines Verlustscheins nicht mehr automatisch dazu, dass die Krankenkassen ihre Leistungen aufschieben können. Säumige Versicherte können allerdings die **Kasse nicht wechseln**, solange sie ihre Schulden nicht beglichen haben.

Hinweis: Das Krankenversicherungsgesetz erlaubt den **Kantonen**, jene Personen auf einer **Liste** zu erfassen, welche ihre Prämien trotz Betreuung nicht bezahlt haben. Nicht alle Kantone haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Sieht die kantonale Gesetzgebung dies aber vor, so führt die Aufnahme auf einer solchen Liste dazu, dass die Krankenkassen die **Kostenübernahme von Leistungen** (mit Ausnahme der Notfallbehandlungen) **aufschieben** dürfen. Erst wenn alle ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten beglichen sind, wird ein solcher Leistungsaufschub wieder rückwirkend aufgehoben. Nach einem tragischen Fall im Kanton Graubünden sind diese Listen zunehmend in die Kritik geraten, weshalb bereits einige Kantone entschieden haben, diese abzuschaffen.



Hinweis: Zwischen dem BAG und dem SEM gilt die Abmachung, dass an Tuberkulose erkrankte Personen aus dem Asylbereich die Behandlung in der Schweiz zu Ende führen können. Der Vollzug einer allfälligen Wegweisung wird bis zum Abschluss der Behandlung ausgesetzt.

→ Art. 5, 64a KVG; Art. 7, 9, 105a–105m KVV

2. Die Versicherer

a) Freies Wahlrecht

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den zugelassenen Versicherern **frei wählen**: Die Versicherer **müssen** in ihrem örtlichen Tätigkeitsgebiet jede versicherungspflichtige Person aufnehmen, und zwar **vorbehaltlos**. Einschränkungen betreffend die Wahl des Versicherers können von den Kantonen einzig für Asylbewerber/innen und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung vorgesehen werden.

Als Versicherer kommen in Frage:

- die anerkannten **Krankenkassen**;
- **private Versicherungsgesellschaften**, die über eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung verfügen.

Zurzeit scheinen die privaten Versicherungsgesellschaften kein besonderes Interesse an der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bekunden, sodass die **Krankenkassen** als Versicherer unter sich bleiben.

→ Art. 4, 11–13 KVG; Art. 82a Asylgesetz

b) Freizügigkeit

Es gilt das Prinzip der **vollen Freizügigkeit**: Versicherte können unter Einhaltung einer **3-monatigen Kündigungsfrist** den Versicherer jeweils auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln, ohne Vorbehalte beim neuen Versicherer befürchten zu müssen. Teilt die bisherige Kasse der versicherten Person eine **neue** Prämie mit, so ist der Kassenwechsel gar unter Einhaltung einer **1-monatigen Kündigungsfrist** (auf Ende Jahr) möglich, und zwar unabhängig davon, ob die neue Prämie höher, gleich hoch oder tiefer ist als vorher.

Der Wechsel ist von Gesetzes wegen etwas erschwert, wenn eine vom Gesetz zugelassene besondere Versicherungsform gewählt worden ist (z.B. Bonusversicherung, HMO-Versicherung). Zudem ist ein Wechsel des Versicherers nicht möglich, solange eine versicherte Person **ausstehende Prämien**, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat (vgl. Kap. 2.2., Ziff. 1d).

Damit keine Versicherungslücke entstehen kann, endet das Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer erst im Zeitpunkt, in dem ihm der neue Versicherer den Beginn der neuen Versicherung **bestätigt**.

→ Art. 7, 64a KVG; Art. 90, 93–101 KVV

3. Umfang des Versicherungsschutzes

a) Die versicherten Risiken

In der obligatorischen Krankenversicherung sind nicht bloss die Risiken **Krankheit** und **Mutterschaft**, sondern auch **Unfälle** mitversichert. Das Unfallrisiko ist allerdings bloss **subsidiär** versichert, d.h. nur soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt.

Personen, die den Nachweis erbringen, dass sie gemäss UVG für Berufs- und Nichtberufsunfälle bereits versichert sind, können ein Gesuch um **Sistierung der Unfaldeckung** einreichen. Ihre Prämien müssen entsprechend herabgesetzt werden.

Sobald die Unfalldeckung gemäss UVG ganz oder teilweise aufhört, besteht automatisch wieder volle Deckung im Rahmen des KVG.

2

→ Art. 1, 2, 8–10 KVG

b) Zeitlicher Geltungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kommt für die versicherten Risiken **während der Dauer der Versicherung** auf. Unerheblich ist, ob der Ausbruch einer Krankheit, ein Unfall oder der Beginn einer Schwangerschaft bereits in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fallen.

c) Örtlicher Geltungsbereich

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt das **Territorialitätsprinzip**: Es werden im Prinzip nur Kosten übernommen, die in der Schweiz entstanden sind. Von diesem Grundsatz gibt es nur wenige Ausnahmen:

- In **Notfällen** (d.h., «wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist») wird die Behandlung im Ausland übernommen, maximal zum doppelten Ansatz der Kosten in der Schweiz.
- Für **Spezialbehandlungen**, die in der Schweiz nicht angeboten werden und die das EDI im Einzelnen bezeichnet, werden die Kosten im Ausland übernommen, wiederum maximal zum doppelten Ansatz. Bis heute hat das EDI allerdings noch keine solchen Behandlungen bezeichnet. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat nun festgestellt, dass das Fehlen einer Liste kein Hinderungsgrund für die Übernahme solcher Behandlungen im Ausland sei, wobei sich eine gewisse Zurückhaltung aufdränge: Die Tatsache z.B., dass eine bestimmte (in der Schweiz nicht angebotene) Behandlung im Ausland das Krebs-Rückfallrisiko in einem nur schwer eruierten Ausmass vermindere, genüge als Rechtfertigung für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht (Urteile 128 V 75, 131 V 271).

- Übernommen werden auch die Kosten von **Entbindungen** im Ausland, wenn das Kind nur so die Staatsangehörigkeit von Vater/Mutter erhält.

Hinweis: Die obligatorische Krankenversicherung kann im Rahmen von Projekten die Kosten medizinischer Behandlungen im grenznahen Ausland übernehmen. Diese Projekte können ab 2018 dauerhaft weitergeführt werden. Solche Projekte bestehen im Raum Basel/Lörrach und St. Gallen/Liechtenstein. Die Krankenversicherung übernimmt dabei die Kosten unter gewissen Bedingungen. Die Versicherten können dabei nicht verpflichtet werden, sich im Ausland behandeln zu lassen.

Hinweis: Innerhalb des EU-Raumes gelten spezielle Regeln über die Leistungsaushilfe. Begibt sich eine in der Schweiz versicherte Person vorübergehend in einen EU-Staat, so sollte sie die von den Krankenversicherern neu an alle Versicherten verteilte **Versichertenkarte** mitnehmen, welche das Bestehen einer Versicherung in der Schweiz bescheinigt. Im Krankheitsfall werden dann die Kosten vom Aufenthaltsstaat übernommen und der schweizerischen Krankenkasse via die gemeinsame Einrichtung KVG in Rechnung gestellt.

→ *Art. 34, 42a KVG; Art. 36, 36a KVV*

2.3 Krankenversicherung: Die freiwilligen Zusatzversicherungen

1. Entstehung des Versicherungsverhältnisses

a) Grundsatz

Wer sich nicht mit den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begnügen will, kann eine **Zusatzversicherung** abschliessen; er/sie muss sich allerdings bewusst sein, dass die Zusatzversicherungen den Regeln des Privatversicherungsrechts unterstehen. Es gilt das Prinzip der **Vertragsfreiheit**, und zwar für beide Seiten: Der Abschluss einer Zusatzversicherung ist nicht bloss für die Betroffenen freiwillig; auch die Versicherer sind nicht verpflichtet, mit einer bestimmten Person eine Versicherung abzuschliessen. Sie können den **Abschluss** insbesondere wegen erhöhten «Risikos» (Alter, vorbestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen) **verweigern**.

b) Die Versicherer

Zusatzversicherungen dürfen sowohl von den **Krankenkassen** als auch von **privaten Versicherungsgesellschaften** angeboten werden. Wird eine Zusatzversicherung von einer Krankenkasse angeboten, so untersteht sie ebenfalls den Regeln des Versicherungsvertragsgesetzes und nicht denjenigen des KVG.

Wer eine Zusatzversicherung abschliessen will, ist in der **Wahl des Versicherers** frei. Die Zusatzversicherung braucht nicht bei jener Krankenkasse abgeschlossen zu werden, bei der die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen worden ist. Faktisch wird diese Wahlfreiheit in verschiedener Hinsicht eingeschränkt:

- Personen mit **vorbestehender gesundheitlicher Beeinträchtigung** riskieren, keinen Versicherer zu finden, der zu einem vorbehaltfreien Versicherungsabschluss bereit ist.
- Personen in **fortgeschrittenem Alter** riskieren, prohibitiv hohe Prämien zahlen zu müssen.

c) Gesundheitsprüfung, Anzeigepflicht

Wer eine Zusatzversicherung abschliessen will, hat allfällige vom Versicherer gestellte Fragen im Zusammenhang mit bestehenden Krankheiten oder früheren Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können, wahrheitsgetreu zu beantworten (**Anzeigepflicht**). Die Versicherer sind auch berechtigt, eine vertrauensärztliche Untersuchung anzuordnen. Gestützt auf das Ergebnis der Gesundheitsprüfung kann der Versicherungsabschluss verweigert oder ein (zeitlich begrenzter oder unbegrenzter) Vorbehalt für bestimmte Krankheiten errichtet werden.

Hat eine Person ihre **Anzeigepflicht verletzt**, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden, wenn er binnen 4 Wochen nach Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurücktritt. Für einen bereits eingetretenen Schadenfall ist dieser Rücktritt jedoch nur möglich, wenn das nicht angezeigte Leiden und der schliesslich eingetretene Schaden in einem kausalen Zusammenhang stehen. Im Falle eines Rücktritts muss der Versicherer nicht einmal die Prämien rückerstatten.

→ Art. 4–6 VVG

d) Inhalt des Versicherungsvertrages

Das Gesetz enthält keine Angaben über den Inhalt von Kranken-Zusatzversicherungen. Massgebend ist allein, was die Parteien vereinbart haben (**Police, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Reglement**).

Zusatzversicherungen werden vorab im Zusammenhang mit folgenden Leistungen angeboten:

- Zusatzversicherungen zur Ergänzung der KVG-Leistungen im **ambulanten** Bereich (z.B. zur Abdeckung von Kosten im Bereich Alternativmedizin, zahnärztliche Behandlungen, Spitex, Brillen u.a.m.).
- Zusatzversicherungen zur Ergänzung der KVG-Leistungen im **stationären** Bereich (z.B. zur Deckung der Kosten bei ausserkantonalem Spital- und Heimaufenthalt oder bei Aufenthalt in einer halbprivaten/privaten Abteilung).
- Zusatzversicherungen zur Versicherung des Erwerbsausfalls (**Taggeldversicherung**).

Während der Dauer des Vertrages kann der Inhalt der Vereinbarung **nicht einseitig von einer Partei abgeändert** werden, hingegen ist dies jederzeit durch Vereinbarung möglich, wobei bei Veränderungen zulasten der versicherten Person deren ausdrückliche Zustimmung erforderlich ist.

2. Beendigung des Versicherungsverhältnisses

a) Grundsatz

Die Versicherung endet:

- bei **Ablauf** der vereinbarten Vertragsdauer; von Gesetzes wegen besteht kein Anspruch auf Erneuerung des Vertrages;
- bei **ordentlicher Kündigung** sowie bei Kündigung im Schadenfall durch die versicherte Person (seit dem 1.1.2022 darf der Krankenzusatzversicherer den Vertrag im Schadenfall nicht mehr kündigen);
- in gegenseitigem **Einvernehmen**;
- im **Todesfall**.

→ Art. 35c, 42 VVG

2.4 Ambulante Behandlung

1. Leistungen der Krankenversicherung

a) Ärztliche Behandlung

Die Krankenkassen haben die Kosten **ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen** grundsätzlich zu übernehmen, soweit sie die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen.

Als «ärztliche Untersuchungen und Behandlungen» gelten auch die Handlungen, welche von **ärztlich angestelltem medizinischem Personal** unter direkter Aufsicht und in den Praxisräumen des Arztes bzw. der Ärztin vorgenommen werden. Als solches Personal kommen beispielsweise Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen, Ernährungsberater, Logopädinnen und Psychotherapeuten infrage.

Eine ähnliche rechtliche Stellung wie die Ärzteschaft nehmen die **Chiropraktoren** ein: Sie können ohne ärztliche Anordnung zulasten der Krankenkassen therapeutisch tätig werden.

→ Art. 25, 33, 36, 48 KVG; Art. 38–39, 44 KVV

b) Gebot der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

Im Rahmen der **obligatorischen Krankenpflegeversicherung** müssen die Krankenkassen einzig Behandlungen übernehmen, die als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gelten; dabei wird den Ärzten im Rahmen ihres therapeutischen Auftrages durchaus ein gewisser Ermessensspielraum zugebilligt.

Es gibt eine Reihe von Massnahmen, die unter Medizinern allgemein umstritten sind. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) unterbreitet diese strittigen Behandlungen periodisch einer medizinischen Fachkommission (sog. «**Leistungskommission**») zur Beurteilung der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit; die Ergebnisse dieser Beurteilung werden im Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) publiziert: Bei verschiedenen Behandlungen werden auch einschränkende Bedingungen festgehalten.



Die Leistungskommission hat u.a. folgende Entscheide gefällt:

- Die Kosten einer **autologen hämatopoetischen Stammzell-Transplantation** sind von den Krankenkassen bei Lymphomen, bei akuter lymphatischer und myeloischer Leukämie sowie beim multiplen Myelom, beim Neuroblastom, Medulloblastom und beim Keimzelltumor zu übernehmen. Im Rahmen von klinischen Studien gilt die Leistungspflicht zudem bei weiteren Tumorerkrankungen. Hinsichtlich einer **allogenen hämatopoetischen Stammzell-Transplantation** umfasst die Leistungspflicht der Krankenkassen die Behandlung der akuten myeloischen und lymphatischen Leukämie, der chronischen myeloischen und lymphatischen Leukämie sowie weiterer Tumorerkrankungen.
- Ebenfalls zu den Pflichtleistungen der Krankenversicherung gehört die **extra-korporelle Photopherese** beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).
- Von den Krankenkassen zu übernehmen ist auch die «isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Faktor» bei malignen Melanomen und Weichteilsarkomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität.
- Ebenfalls wird bei einem lokalisierten Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und einer Lebenserwartung von mehr als 5 Jahren die **«Low-dose-rate-Brachytherapie»** übernommen.
- Zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen zählt auch die **Protonen-Strahlentherapie**, welche die gezielte Behandlung besonders komplizierter Tumoren in sensiblen Körperbereichen (z.B. Tumoren im Bereich des Schädels, Tumoren des Hirns und der Hirnhäute, Weichteil- und Knochensarkome) oder von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen erlaubt. Die Kostenübernahme erfolgt nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Bei lokal fortgeschrittenem Ösophaguskarzinom (\geq T2 oder N+, MO) werden ab 1.1.2022 bis 31.12.2026 im Rahmen der randomisiert kontrollierten PROTECT-Studie die Kosten für die Protonentherapie übernommen. Für die Indikation Ösophaguskarzinom ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.
- Die **selektive interstitielle Radiotherapie (SIRT)** muss bei inoperablen chemotherapie-refraktären Lebertumoren, bei welchen andere lokal-ablative Verfahren nicht möglich sind



oder keine Wirkung gezeigt haben, von den Krankenversicherern als Pflichtleistung übernommen werden.

- Ebenfalls übernommen werden muss im Bereich der Onkologie die **Positron-Emissions-Tomographie (PET)** gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin. Sie muss seit dem 1.1.2015 auch zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms übernommen werden und seit dem 1.1.2016 zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren.
- Ab 1.1.2017 gehört auch die **regionäre Oberflächen- und Tiefenhyperthermie zwecks Tumorthapie in Kombination mit externer Strahlen- oder Brachytherapie** bei diversen Tumorerkrankungen zu den Pflichtleistungen. Die einzelnen Indikationen (für die Oberflächenhyperthermie insbesondere Rezidive, für die Tiefenhyperthermie meist eine Kontraindikation für Chemotherapie) sind der KLV zu entnehmen.
- Der **Multigenexpressionstest** ist eine Pflichtleistung bei einem primären invasiven Mammakarzinom mit gewissen Eigenschaften, falls konventionelle Befunde keine eindeutige adjuvante Chemotherapieentscheidung erlauben (vom 01.01.2019 bis am 31.12.2023).
- Ab 1.7.2019 werden Massnahmen zur Erhaltung der Fertilität bei an Krebs erkrankten postpubertären Jugendlichen und Erwachsenen (bis zum 40. Lebensjahr) übernommen, wenn ein mittleres oder hohes Risiko (>20%) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann vorliegt, ebenso, falls wegen einer nicht onkologischen Erkrankung eine Stammzellentransplantation durchgeführt wurde oder eine Behandlung mit Cyclophosphamid erfolgte. Übernommen wird die Entnahme von Eizellen/Ovarialgewebe/Spermien/testikulären Spermien, die Kryokonservierung der Eizellen/Spermien, des Ovarialgewebes für höchstens 5 Jahre (Verlängerung um 5 Jahre unter gewissen Umständen möglich). Vorausgesetzt ist die Indikationsstellung und Durchführung durch multidisziplinäre Zentren, die an einem multizentrischen Qualitätssicherungsprogramm mit Registerführung für fertilitätserhaltende Massnahmen bei Männern und Frauen im fertilen Alter mit einem Krebsleiden teilnehmen oder mit einem solchen Zentrum assoziiert sind.



- Ab 1.1.2020 wird die CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) von der Krankenkasse übernommen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung in einem durch das JACIE (Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT) akkreditierten Zentrum für allogene und/oder autologe Stammzelltransplantation durchgeführt wird. Soll die Therapie in einem Zentrum erfolgen, das diese Voraussetzung nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen.
- Ebenfalls zu den Pflichtleistungen gehört die **künstliche Insemination** mittels intra-uteriner Insemination (maximal drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft).
- Keine Pflichtleistungen der Krankenversicherung sind hingegen die **aktive spezifische Immuntherapie** zur adjuvanten Behandlung des Kolonkarzinoms im Stadium II, der **hoch intensive fokussierte Ultraschall (HIFU)** zur Behandlung des Prostatakarzinoms sowie die **Injektion von Polyethylenglykol-Hydrogel** und die **transperineale Implantation eines biodegradierbaren Ballons** als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der Bestrahlung der Prostata.

Hinweis: Seit dem 1.1.2020 werden alle Krebsfälle in der Schweiz einheitlich erfasst.



Die Leistungskommission hat u.a. folgende Entscheide gefällt:

- Seit 1994 wird die Leistungspflicht der Krankenkassen für isolierte **Nicht-Lebend-Lungen-transplantationen** bei Patienten im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung bejaht, allerdings nur, wenn sie am Universitätsspital Zürich oder im CURT, dem Zusammenschluss des «Centre hospitalier universitaire vaudois» und der «Hôpitaux universitaires de Genève», durchgeführt werden.
- Nach einer Lungentransplantation ist die **extrakorporelle Photophorese** eine Pflichtleistung der Krankenversicherung, allerdings nur im Falle eines Bronchiolitis-obliterans-Syndroms, wenn augmentierte Immunsuppression sowie ein Behandlungsversuch mit Makroliden erfolglos waren (Hinweis: in erneuter Evaluation vom 1.1.2022 bis 31.12.2024).
- Die **pulmonale Rehabilitation** von Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenerkrankungen ist kassenpflichtig. Die Therapie kann ambulant oder stationär durch-



geführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie entsprechen. Die Rehabilitationszentren müssen von der «Kommission Rehabilitation, Patientenschulung und Palliative Care» der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie akkreditiert sein. Die Kostenübernahme ist maximal einmal im Jahr möglich. Sie erfolgt nur auf vorgängige Gutsprache durch die Krankenkasse und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

- Bei dringendem Verdacht auf Schlafapnoesyndrom sind die respiratorische **Polygraphie** und die **Polysomnographie** Pflichtleistungen. Weitere Indikationen sind periodische Beinbewegungen im Schlaf («Restless Legs»-Syndrom) sowie eine Narkolepsie (wenn die klinische Diagnose unsicher ist) und eine ernsthafte Parasomnie (wenn die klinische Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen). Keine Pflichtleistung sind sie demgegenüber für blosse Routineabklärungen der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis (Fibromyalgie) und des «Chronic Fatigue»-Syndroms.



Die Leistungskommission hat u.a. folgende Entscheide gefällt:

- Die **Behandlung von Haltungsschäden** ist von den Krankenkassen zu übernehmen, wenn sie eindeutig therapeutischen Charakter hat, d.h., wenn durch Röntgenaufnahmen feststellbare Strukturveränderungen oder Fehlbildungen der Wirbelsäule manifest geworden sind. Hingegen gehen prophylaktische Massnahmen, welche drohende Skelettveränderungen verhindern sollen, namentlich Spezialgymnastik zur Stärkung des Rückens, nicht zu lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Die **transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)** ist von den Krankenkassen bei gewissen Indikationen (z.B. ischialgieforme Schmerzzustände, Schulter-Arm-Syndrome, Schmerzausstrahlungen nach Diskushernienoperationen) zu finanzieren (Übernahme der Mietkosten des Apparates), falls deren Wirksamkeit durch den Arzt oder Physiotherapeuten erprobt worden ist und der Vertrauensarzt die Indikation bestätigt hat.
- Kassenpflichtig ist auch die **Ballon-Kyphoplastie** zur Behandlung von frischen schmerzhaften Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss.



- Bei symptomatischer degenerativer Erkrankung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule sind **Bandscheiben-Prothesen** kassenpflichtig, wenn die konservativen Therapien erfolglos waren.
- Kassenpflichtig ist bei gewissen Indikationen auch die **interspinöse dynamische Stabilisierung** und die **posteriore pedikelschraubenbasierte dynamische Stabilisierung** der Wirbelsäule, sofern sie von einem qualifizierten Chirurgen durchgeführt wird.
- Die **lokale** und **segmentale Neuraltherapie** sind von den Krankenkassen zu finanzieren.
- Nicht kassenpflichtig sind die Arthrosebehandlung mit **intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels** oder von **Teflon oder Silikon als Gleitmittel**. Ebenfalls nicht kassenpflichtig ist die **Low-Level-Laser-Therapie**.



Die Leistungskommission hat u.a. folgende Entscheide gefällt:

- Die **Insulintherapie mit einer Infusionspumpe** ist von den Krankenversicherern als Pflichtleistung zu übernehmen, wenn die zu behandelnde Person einen labilen Diabetes hat und sie auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden kann. Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung der zu behandelnden Person muss durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie oder durch ein qualifiziertes Zentrum erfolgen.
- Eine operative **Adipositasbehandlung** (z.B. Gastric Banding, Magen-Bypass-Operation) muss übernommen werden, wenn der Patient oder die Patientin einen Body-Mass-Index von mehr als 35 aufweist und eine 2-jährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion erfolglos gewesen ist. Die Indikationsstellung erfolgt gemäss den Richtlinien der «Swiss Study Group for Morbid Obesity» (SMOB) zur operativen Behandlung von Übergewicht.
- Eine Pflichtleistung stellt auch die **ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige Kinder und Jugendliche** in 4 Schritten dar, wenn sich die Prognose bei einem Diabetes mellitus durch das Übergewicht verschlechtert oder Folge des Übergewichts ist.
- Die **hyperbare Sauerstofftherapie** ist eine kassenpflichtige Behandlung bei diabetischem Fussyndrom in fortgeschrittenem Stadium.



- Die Kosten einer **ambulant durchgeführten Rehabilitation** für Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II sind von den Versicherern als Pflichtleistung zu übernehmen (höchstens einmal in drei Jahren), falls eine vorgängige Gutsprache des Versicherers mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes vorliegt und die Rehabilitation dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie entspricht.



Die Leistungskommission hat u.a. folgende Entscheide gefällt:

- Eine **EKG-Langzeitregistrierung** ist bei Indikation von Rhythmus-, Überleitungs- und Durchblutungsstörungen kassenpflichtig.
- Die **kardiale Resynchronisationstherapie** (Einlage einer zusätzlichen dritten Elektrode bei Implantation eines Schrittmachers oder ICD) wird bei schwerer chronischer Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) und Indikation durch ein qualifiziertes Kardiologiezentrum durch die Krankenkasse übernommen.
- Von den Kassen unter gewissen Voraussetzungen übernommen werden müssen auch die Kosten einer **Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)** bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko aufweisen.
- Die **Implantation eines Defibrillators** ist kassenpflichtig, ebenso die **Implantation eines beschichteten Koronarstents**.
- Von den Krankenkassen übernommen werden muss die **Positron-Emissions-Tomographie (PET)** präoperativ vor einer Herztransplantation sowie zur Untersuchung der Myokardperfusion zur Evaluation der Myokardischämie.
- Die Kosten einer **ambulanten kardialen Rehabilitation** sind von den Versicherern als Pflichtleistung zu übernehmen, falls eine vorgängige Gutsprache des Versicherers mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes vorliegt und die Rehabilitation dem Anforderungsprofil der Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Sports Cardiology (SCPRS) entspricht. Die kardiale Rehabilitation kann unter gewissen Bedingungen auch stationär durchgeführt werden (vgl. Kap. 2.7 Ziff. 1e). Bei der **Haupt-**



diagnose PAVK wird eine **ambulante Rehabilitation** ab Stadium IIa nach Fontaine durch die Krankenkassen übernommen, wenn sie gemäss dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie durchgeführt wird.

2

Die Wirksamkeit einer medizinischen Behandlung muss nach **wissenschaftlichen Methoden** nachgewiesen sein. Dieses Kriterium bereitet der **Komplementärmedizin** immer wieder Schwierigkeiten. Die Leistungspflicht der Krankenkassen für die folgenden komplementärmedizinischen Behandlungen ist vom Eidgenössischen Departement des Innern bejaht worden, sofern diese Behandlungen von entsprechend ausgebildeten Ärzten und Ärztinnen durchgeführt werden: Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM), Ärztliche Klassische Homöopathie und Phytotherapie.

Ärzte und Ärztinnen, welche nicht kassenpflichtige Behandlungen anbieten, müssen ihre Patienten vorgängig auf allfällige Kosten aufmerksam machen. Verletzen sie diese **Informationspflicht**, so können sich die Patienten weigern, die Rechnung zu begleichen.

→ Art. 32, 33 KVG; Art. 1 KLV; Anhang 1 zur KLV

c) Arztwahl

Die Versicherten können unter den anerkannten Ärzten und Ärztinnen in der Schweiz **frei wählen** (ausser wenn sie sich für ein Modell mit eingeschränkter Arztwahl, wie z.B. eine HMO-Versicherung, entschieden haben). Die Krankenkassen müssen dabei die Kosten nach dem **Tarif** übernehmen, der für den gewählten Leistungserbringer gilt, und zwar unabhängig davon, in welchem Kanton dieser tätig ist. Eine Behandlung im **Ausland** ist nur unter stark eingeschränkten Voraussetzungen von den Krankenkassen zu übernehmen (vgl. Kap. 2.2, Ziff. 3c).

→ Art. 34, 41 KVG; Art. 36, 38, 39 KVV

d) Franchise/Selbstbehalt

Die volljährigen Versicherten haben an die Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen medizinischen Behandlungen pro Kalenderjahr einen festen Betrag (Franchise, zurzeit Fr. 300.– pro Jahr) selber beizutragen. Zusätzlich haben sie auf den die Franchise übersteigenden Kosten der Behandlung einen **Selbstbehalt von 10 %** zu leisten, maximal jedoch jährlich Fr. 700.– bei Erwachsenen und Fr. 350.– bei Kindern.

Der **Selbstbehalt** beträgt **20 %**, wenn eine versicherte Person als Arzneimittel ein Originalpräparat wählt, obschon in der Spezialitätenliste damit austauschbare Generika aufgeführt sind, die mindestens 20 % weniger kosten als das Originalpräparat, und der Arzt oder die Ärztin nicht ausdrücklich aus medizinischen Gründen das Originalpräparat verschreibt.

Gegen eine angemessene Prämienreduktion können sich volljährige Versicherte für ein Modell mit erhöhter Franchise (Fr. 500.–, 1000.–, 1500.–, 2000.– oder 2500.– jährlich) und auch Minderjährige für eine Franchise (Fr. 100.–, 200.–, 300.–, 400.–, 500.– oder 600.–) entscheiden.

Keine Kostenbeteiligung darf von den Krankenkassen erhoben werden

- bei den Mutterschaftsleistungen (Kontrolluntersuchungen, Entbindung, Stillberatung sowie Pflege und Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält);
- im Zusammenhang mit der Behandlung und Pflege von Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft.

→ Art. 62, 64 KVG; Art. 93–101, 103–105 KVV; Art. 38a KLV

e) Psychotherapie

Die Krankenkassen haben die Kosten einer von einem **Arzt** oder einer **Ärztin** durchgeführten Psychotherapie zu übernehmen, sofern diese nach Methoden erfolgt, deren **Wirksamkeit wissenschaftlich belegt** ist. Dabei wird unter Psychotherapie eine Form der Therapie psychischer und psychosomatischer Erkrankungen verstanden, die «vorwiegend auf der sprachlichen

Kommunikation beruht» und «auf einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens sowie der ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut». Sie beinhaltet die «systematische Reflexion und kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung», zeichnet sich «durch ein Arbeitsbündnis und durch regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen» aus und strebt ein definiertes therapeutisches Ziel an (Art. 2 KLV). Nicht übernommen werden müssen die Kosten einer einzig zum Zwecke der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder Persönlichkeitsreifeung durchgeführten Psychotherapie.

Der ärztlichen Psychotherapie ist die von einem **Psychotherapeuten** oder einer **Psychotherapeutin** unter ärztlicher Aufsicht und in den Praxisräumen des Arztes durchgeführte Psychotherapie gleichgestellt.

Werden mehr als 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen benötigt, so ist ein entsprechender begründeter Bericht dem **Vertrauensarzt** der Krankenkasse zu unterbreiten, welcher dann der Kasse beantragt, ob und für welche Dauer die Therapie zulasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

Selbstständig erwerbstätige Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind zurzeit nicht berechtigt, auf Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung psychotherapeutisch tätig zu sein, selbst wenn sie auf ärztliche Anordnung hin handeln. Etliche Krankenkassen leisten jedoch im Rahmen von **Zusatzversicherungen** Beiträge an solche Therapien. Wer eine nicht ärztliche Psychotherapie beanspruchen will, sollte vorgängig die Reglemente konsultieren oder sich bei der Kasse erkundigen, ob und in welchem Ausmass sie Leistungen an die vorgesehene Therapie erbringen kann.

Ab dem 1.7.2022 können psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter bestimmten Zulassungsvoraussetzungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) selbstständig und auf eigene Rechnung tätig sein. Voraussetzung ist eine ärztliche Anordnung. Pro ärztliche Anordnung sind maximal 15 Sitzungen der psychologischen Psychotherapie möglich. Danach ist ein Informationsaustausch zwischen der anordnenden ärztlichen

und der ausführenden psychotherapeutischen Fachperson für eine mögliche Anordnung von weiteren maximal 15 Sitzungen notwendig.

→ Art. 2–3b KLV; Anhang 1 zur KLV, Art. 11b KLV



Eine Krebserkrankung kann sich auf das gesamte Leben von Betroffenen und ihren Angehörigen auswirken. Krankheit und Therapie belasten oft nicht nur den Körper, sondern auch die Psyche und die sozialen Beziehungen. Das Fachgebiet der **Psychoonkologie** befasst sich mit diesen Themen und bietet Unterstützung bei der Bewältigung der veränderten Lebenssituation. Angebote dazu finden Sie zum Beispiel bei der Krebsliga (siehe Anhang, 9.1).

f) Physiotherapie, Massage

Die von diplomierten Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen durchgeführte Physiotherapie (inkl. Muskel- und Bindegewebsmassage, lymphologische Physiotherapie u.a. Formen) ist von den Kassen als Pflichtleistung zu übernehmen, wenn sie auf **ärztliche Anordnung** erfolgt und

- der Physiotherapeut bzw. die Physiotherapeutin bei einem Arzt bzw. bei einer Ärztin oder einer physiotherapeutischen Praxis **angestellt** ist oder
- der **selbstständig** tätige Physiotherapeut bzw. die **selbstständig** tätige Physiotherapeutin die kantonalen/eidgenössischen Voraussetzungen für eine Kassenzulassung erfüllt.

Die Kassen haben je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens **9 Sitzungen** zu übernehmen, wobei die erste Sitzung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss; für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist jeweils eine neue ärztliche Anordnung nötig. Eine Fortsetzung der Physiotherapie über 36 Sitzungen hinaus haben die Kassen nur auf Antrag ihres Vertrauensarztes zu finanzieren.



Unter die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fällt u.a. auch die **Gruppengymnastik**, sofern sie auf ärztliche Anordnung erfolgt und von einem selbstständig tätigen Physiotherapeuten durchgeführt wird. Die Rheumaliga als Anbieterin solcher Kurse erfüllt in aller Regel die Voraussetzungen nicht, weshalb die Versicherer daran keine Leistungen aus der obligatorischen Versicherung zu erbringen haben. Hingegen sind etliche Kassen bereit, einen Beitrag aus der Zusatzversicherung zu leisten. Darüber gibt jeweils das Reglement Bescheid.



Die Teilnahme am regelmässigen **Bewegungsprogramm einer Herzgruppe** im Sinne einer kardiovaskulären Langzeitrehabilitation fällt nicht unter die Pflichtleistungen der Krankenkassen. Einige Krankenkassen vergüten Beiträge aus Zusatzversicherungen für Rehabilitation sowie verschiedene präventivmedizinische Massnahmen, unter anderem für die kardiovaskuläre Langzeitrehabilitation in Herzgruppen. Seitens der Schweizerischen Herzstiftung wird empfohlen, mit der Krankenkasse die persönliche Versicherungssituation zu prüfen, um allfällige Vergütungen aus der Zusatzversicherung zu erhalten.

→ Art. 47 KVV; Art. 5 KLV

Nicht verpflichtet sind die Kassen demgegenüber, **dipl. Masseur/Masseurinnen** zu entschädigen, und zwar selbst dann nicht, wenn diese über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen und auf ärztliche Anordnung arbeiten. Einzelne Kassen übernehmen derartige Massagen im Rahmen von Zusatzversicherungen.

g) Ernährungsberatung

Die von diplomierten Ernährungsberatern/-beraterinnen auf ärztliche Anordnung durchgeführte Ernährungsberatung ist von den Kassen bei einer Reihe von Krankheiten (z.B. Stoffwechselerkrankungen, wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas und Folgeerkrankungen des Übergewichts, Krankheiten des Verdauungssystems, Nierenerkrankungen, Mangelernährungszustände) als **Pflichtleistung** zu übernehmen. Bedingung ist, dass der/die Ernährungs-

berater/-beraterin entweder bei einem Arzt bzw. einer Ärztin oder in einem Spital **angestellt** ist oder **selbstständig** tätig ist und die in der Krankenversicherungsverordnung festgelegten Voraussetzungen für eine Kassenzulassung erfüllt. Ebenfalls übernommen werden müssen die Kosten einer ärztlich angeordneten Ernährungsberatung, die durch eine kantonal zugelassene **Organisation der Ernährungsberatung** durchgeführt wird.



Die Krankenversicherer haben auch die Kosten der ärztlich angeordneten **Diabetesfachberatung** zu übernehmen, die von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern oder von den zugelassenen Diabetesberatungsstellen von diabetesschweiz erbracht wird. Die Diabetesberatung umfasst die Beratung über die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und die Schulung im Umgang mit der Krankheit. In den Diabetesberatungsstellen von diabetesschweiz dürfen neben Diabetesfachberaterinnen auch Ernährungsberaterinnen im Rahmen eines interdisziplinären Angebots zulasten der Krankenversicherung tätig sein.

Benötigt allerdings eine Person **spezielle Ergänzungsnahrung** (z.B. bei organischen Störungen des Kau- und Schluckapparates, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Strahlen-Enteritis), so werden die entsprechenden Produkte von der obligatorischen Versicherung nicht übernommen. Wer jedoch über eine **Zusatzversicherung** für nicht kassenpflichtige Medikamente verfügt, kann mit speziellem Formular ein Gesuch um Kostenübernahme stellen.

Hinweis: Die **Ergänzungsleistungen** vergüten bei gewissen Krankheiten eine **Diätpauschale**, z.B. im Falle einer Zöliakie. Diese Pauschale wurde früher auch Diabetesbetroffenen zugesprochen, heute jedoch nicht mehr mit der Begründung, dass bei Diabetes nicht zwingend hohe Zusatzkosten für die Ernährung anfallen.

→ Art. 50a, 51 KVV; Art. 9b, 9c KLV; Art. 14 ELG

h) Logopädie

Die Kassen sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verpflichtet, die durch Logopäden und Logopädinnen oder Organisationen der Logopädie durchgeführte logopädische Therapie zu übernehmen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- es muss eine **ärztliche Anordnung** vorliegen;
- der betreffende Logopäde/die betreffende Logopädin muss über eine **kantonale Zulassung** verfügen; er/sie muss zudem den Nachweis einer mindestens 2-jährigen praktischen Tätigkeit in klinischer Logopädie erbringen;
- es muss sich um die Behandlung von Sprachstörungen handeln, die auf eine **organische Hirnschädigung** (z.B. als Folge eines Hirnschlags) oder ein **phoniatisches Leiden im engeren Sinne** (z.B. Störung der Larynxfunktion nach Kehlkopfoperation) zurückzuführen sind.

Die Versicherer haben je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens **12 Sitzungen** zu übernehmen. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist jeweils eine neue ärztliche Anordnung nötig. Eine Fortsetzung der Therapie über 60 Stunden hinaus haben die Kassen nur auf Antrag ihres Vertrauensarztes zu finanzieren.

→ Art. 50 KVV; Art. 10–11 KLV

i) Wiederherstellungschirurgie

Ärztliche Behandlungen im Bereich der Wiederherstellungschirurgie müssen von den Kassen übernommen werden, wenn

- sie sich im Rahmen der Wirtschaftlichkeit halten,
- sie notwendig sind, um die physische und psychische Integrität einer Person wiederherzustellen.



Die operative **Mammarekonstruktion** nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung ist eine Pflichtleistung: Sie erfüllt obige Voraussetzungen. Ebenfalls von den Krankenkassen übernommen werden muss eine **operative Reduktion der**



gesunden Brust zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung.

2

Narbenkorrekturen sind dagegen nur zu übernehmen, wenn sie Verunstaltungen von einer gewissen Schwere an exponierten Körperteilen beheben sollen. In Zweifelsfällen ist es ratsam, sich vor der Operation bei der Kasse zu erkundigen, ob sie bereit ist, die Operationskosten zu übernehmen.

Auch die **operative Hautfaltenreduktion** nach massivem Gewichtsverlust gilt in der Regel nicht als Pflichtleistung der Krankenkassen. Das Bundesgericht hat dies in einem neueren Entscheid (9C_319/2015) entschieden mit der Begründung, es habe sich im konkreten Fall nicht um eine geradezu entstellende Verunstaltung des äusseren Erscheinungsbildes gehandelt.

→ *Anhang 1 zur KLV*

2. Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen

2

Die IV übernimmt die gesamten Kosten der ambulanten Behandlung eines Geburtsgebrechens (vgl. Kap. 2.1) durch einen **Arzt** sowie durch **medizinische Hilfspersonen** (auf ärztliche Anordnung hin). Ausgenommen sind einzig **logopädische und psychomotorische Therapien**, für welche die IV nicht aufzukommen hat. Es werden **keine Selbstbehalte** erhoben. Die Leistungserbringer werden aufgrund von Tarifverträgen direkt von der IV entschädigt.

Die Eltern eines geburtsbehinderten Kindes sind bei der **Wahl von Arzt und Therapeuten** innerhalb der Schweiz frei. Eine Behandlung im Ausland wird nur übernommen, wenn in der Schweiz die notwendigen Einrichtungen fehlen oder «beachtliche Gründe» für die Durchführung der Behandlung im Ausland sprechen.

Die IV übernimmt die Kosten einer Behandlung nur, soweit diese medizinisch indiziert ist und die medizinischen Massnahmen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

→ *Art. 14 IVG; Art. 2 IVV*

2.5 Arzneimittel

1. Leistungen der Krankenversicherung

a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die Krankenversicherer jene Arzneimittel zu übernehmen, die in der vom Eidgenössischen Departement des Innern aufgestellten **Arzneimittelliste mit Tarif (ALT)** und der vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) herausgegebenen **Spezialitätenliste (SL)** figurieren.

Die Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste erfolgt auf Gesuch der Vertriebsfirma durch das BSV nach vorheriger Anhörung der Eidgenössischen Arzneimittelkommission. Massgebend für die Aufnahme sind die **Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit** des Medikaments.

Hinweis: In seltenen Ausnahmefällen müssen die Krankenversicherer auch ein nicht in der Spezialitätenliste aufgeführtes Arzneimittel übernehmen oder die Kosten eines in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimittels übernehmen, obschon die in der Liste genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Dies ist der Fall, wenn der Einsatz eines solchen Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der Krankenversicherung zu übernehmenden Behandlung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht. Weiter ist dies der Fall, wenn vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die betroffene Person tödlich verlaufen oder schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternative keine andere und wirksame Behandlungsmöglichkeit verfügbar ist (vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 136 V 395). In solchen Fällen ist immer die Zustimmung des Vertrauensarztes einzuholen.

Magistraliter (spezifisch durch den Apotheker oder in kleineren Chargen unter Angabe des Inhaltes von einer Firma hergestellte Präparate) verschriebene Heilmittel nach homöopathischen oder anthroposophischen Grundsätzen gelten heute als Pflichtleistungen, soweit sie nach Arzneibüchern (HAB, PhF, HPUS, engl. hom. Ph.) hergestellt sind.



Verschiedene in der **Tumorbehandlung** verwendete Medikamente wurden nicht zur Kassenzulässigkeit angemeldet oder erfüllen nach Ansicht der Eidgenössischen Arzneimittelkommission bzw. des BSV nicht alle Voraussetzungen und figurieren deshalb **nicht** in der Spezialitätenliste. Andere Arzneimittel sind beschränkt (d.h. nur für gewisse Diagnosen und teilweise nur unter genau umschriebenen Bedingungen) kassenpflichtig. In diesen Fällen muss bei der Krankenkasse eine Kostengutsprache beantragt werden. Die einzelnen Voraussetzungen sind in der Spezialitätenliste formuliert.

Cannabis, Cannabidiol und THC-Präparate: Cannabis und THC-Präparate mit einem THC-Gehalt von 1 % und mehr gelten als Betäubungsmittel. Unter bestimmten Umständen, z.B. bei chronischen Schmerzzuständen (z.B. bei neuropathischen oder durch Krebs verursachten Schmerzen), bei Spastik und Krämpfen oder bei Übelkeit und Appetitverlust durch Chemotherapie, ist jedoch die Verschreibung erlaubt. Es braucht dazu aber eine Sonderbewilligung des Bundesamts für Gesundheit (mit Ausnahme von Sativex®). Cannabidiol (CDB) hat keine berauschende Wirkung, daher wird keine Sonderbewilligung des BAG benötigt. Eine Vergütung durch die Krankenkasse erfolgt nur ausnahmsweise, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt.

Im komplementär-medizinischen Teil der Spezialitätenliste figurieren die Mistelpräparate **Iscador®** und **Helixor®**.



Verschiedene in der Behandlung von **respiratorischen Erkrankungen** verwendete Wirkstoffe und Medikamente sind nicht auf der Spezialitätenliste (da bis anhin keine Zulassungsgesuche gestellt worden sind), u.a. auch solche zur Behandlung von multiresistenter Tuberkulose. Andere Arzneimittel sind beschränkt (d.h. nur für gewisse Diagnosen und teilweise nur unter genau umschriebenen Bedingungen) kassenpflichtig. Mit solchen Limitationen in die Liste aufgenommen worden ist z.B. der Impfstoff für Pneumokokkenimpfung (Pneumovax, Prevenar 13).

Colistin ist als Arzneimittel zur Inhalation bei cystischer Fibrose nach Kostengutsprache des Vertrauensarztes kassenpflichtig.

Verschreibt ein Arzt ein nicht kassenpflichtiges Medikament, so hat er seine Patienten vorgängig darüber zu **informieren**.

Die Versicherten haben auch bei den Arzneimitteln einen **Selbstbehalt** von 10% zu übernehmen (betreffend Franchise und maximale Kostenbeteiligung pro Jahr vgl. Kap. 2.4, Ziff. 1d). Der **Selbstbehalt** beträgt **20%**, wenn eine versicherte Person als Arzneimittel ein Originalpräparat wählt, obschon in der Spezialitätenliste damit austauschbare Generika aufgeführt sind, die mindestens 20% weniger kosten als das Originalpräparat, und der Arzt oder die Ärztin nicht ausdrücklich aus medizinischen Gründen das Originalpräparat verschreibt.

Hinweis: Der aktuelle Stand der Spezialitätenliste kann über das Internet (www.spezialitätenliste.ch) eingesehen werden.

→ *Art. 25 Abs. 2b, 52 KVG; Art. 63–75 KVV; Art. 29–38a KLV; Spezialitätenliste*

b) Zusatzversicherungen

Sowohl die Krankenkassen wie die Privatversicherer bieten Zusatzversicherungen an, in deren Rahmen (je nach Reglement) die Kosten von Arzneimitteln, die nicht in der Spezialitätenliste figurieren, ganz oder teilweise übernommen werden. In der Regel wird jedoch auch in diesen Fällen eine ärztliche Verordnung vorausgesetzt. Wer eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat, sollte das entsprechende **Reglement** genau studieren um zu erfahren, welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen erbracht werden (vgl. im Übrigen die Ausführungen in Kap. 2.3).

2. Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen

Die IV übernimmt im Rahmen der Behandlung von Geburtsgebrechen (vgl. Kap. 2.1) die von einem Arzt verordneten **Arzneimittel**. Per 1.1.2022 wird neu eine IV-Arzneimittelliste (Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste, GG-SL) geschaffen. Darin werden Arzneimittel aufgeführt, welche ausschliesslich zur Behandlung von Geburtsgebrechen durch die IV bzw. die OKP vergütet wer-

den. Ebenso werden Arzneimittel, die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens sowie weiterer Erkrankungen zugelassen sind, in die SL (Spezialitätenliste) und nicht in die GG-SL aufgenommen. Für die Beurteilung der Vergütung der Behandlung eines Geburtsgebrechens gelten dieselben Regelungen wie im Fall einer Aufnahme in die GG-SL. Die IV (und OKP) vergütet Arzneimittel der GG-SL sowie der SL, sofern sie entsprechend der durch Swissmedic zugelassenen Indikation und allfälligen Limitierung angewendet werden. Die GG-SL enthält Höchstpreise. Für die Aufnahme in die Liste wird ein Verfahren zur Prüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit durchgeführt, analog zur Krankenversicherung.

Die IV übernimmt die vollen Kosten von Arzneimitteln (kein Selbstbehalt).

Hinweis: Erreicht eine Person das 20. Altersjahr, so wird die Leistungspflicht der IV bezüglich der medizinischen Behandlung von Geburtsgebrenchen von jener der Krankenversicherung abgelöst. Die Verordnung über die Krankenversicherung schreibt nun vor, dass in solchen Fällen die von der IV bisher erbrachten therapeutischen Massnahmen anschliessend in gleichem Masse von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Spezialnährmittel, die im Falle einer Stoffwechselerkrankung von der IV abgegeben werden, müssen von der Krankenkasse übernommen werden, auch wenn sie nicht in einer Liste aufgeführt sind (BGE 142 V 425).

→ *Art. 4^{bis} IVV; Art. 52 Abs. 2 KVG; Art. 35 KVV; Geburtsgebrenchen-Spezialitätenliste*

2.6 Zahnärztliche Behandlung

1. Leistungen der Krankenversicherung

a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die Krankenkassen müssen von Gesetzes wegen zahnärztliche Behandlungen nur dann übernehmen, wenn dies im Gesetz ausdrücklich vorgesehen ist. Unter die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen folgende Behandlungen:

- Behandlungen, die durch eine schwere, nicht vermeidbare **Erkrankung des Kausystems** bedingt sind. Das Eidgenössische Departement des Innern hat die betreffenden Erkrankungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung abschliessend aufgezählt.



Unter den nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems figurieren u.a. auch «gutartige Tumoren im Kiefer- und Schleimhautbereich und tumorähnliche Veränderungen», «maligne Tumoren im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich» sowie «Erkrankungen des Zahnhalteapparates aufgrund irreversibler Nebenwirkungen von Medikamenten»: Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat bestätigt, dass die Chemotherapie zu einer Parodontose führen kann (127 V 339); dennoch ist es im Einzelfall bisweilen schwierig, den Nachweis der Kausalität zwischen einer Strahlen- oder Chemotherapie und einer im Anschluss daran entstandenen Parodontose zu erbringen. Wer sich unliebsame Diskussionen ersparen will, tut gut daran, vorgängig zur Therapie beim Zahnarzt den Status seines Zahnapparates erheben zu lassen.



Unter den nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems figurieren in der KLV die **Kiefergelenksarthrose** und **Osteopathien** der Kiefer.

- Behandlungen, die durch eine **schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen** bedingt oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung und ihrer Folgen notwendig sind. Auch diese Erkrankungen sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom Eidgenössischen Departement des Innern abschliessend aufgezählt worden.



Unter die schweren Allgemeinerkrankungen fallen u.a. auch Erkrankungen des Blutsystems wie die Leukämie. Ebenfalls übernommen wird die Zahnbehandlung, wenn sie Folge einer Speicheldrüsenerkrankung ist.



Als schwere Allgemeinerkrankung sind in der KLV die «chronische Polyarthritis mit Kieferbeteiligung», der «Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung», die «Arthritis psoriatica mit Kieferbeteiligung», das «Papillon-Lefèvre-Syndrom» und die «Sklerodermie» aufgeführt.

- Zahnbehandlungen, die zur **Unterstützung und Sicherstellung** einer ärztlichen Behandlung notwendig sind, z.B. bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden, bei Herzklappenersatz, Gefässprothesenimplantation und kraniellen Shuntoperationen, bei Endokarditis sowie bei einem Schlafapnoe-Syndrom. Müssen Zähne vorgängig extrahiert werden, so hat die Krankenkasse auch für die nachträgliche prothetische Wiederherstellung aufzukommen.
- Behandlungen von Schäden des Kausystems, die durch einen **Unfall** verursacht worden sind. Diese Bestimmung ist für jene Personen von Bedeutung, die nicht bereits im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG versichert sind.
- Behandlungen von **Geburtsgebrechen**, soweit sie nicht von der IV übernommen werden (z.B. bei Personen, welche die Versicherungsklausel der IV nicht erfüllen oder das 20. Altersjahr vollendet haben): Die einzelnen Geburtsgebrechen sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung abschliessend aufgezählt.

Die Versicherten haben einen Selbstbehalt von 10 % der Kosten dieser Behandlungen zu übernehmen. Betreffend Franchise und maximale Kostenbeteiligung pro Jahr vgl. Kap. 2.4, Ziff. 1d.

→ *Art. 31 KVG; Art. 42, 43 KVV; Art. 17–19 KLV*

b) Zusatzversicherungen

Der Grossteil der Zahnbehandlungen wird nach wie vor nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt. Sowohl die Krankenkassen wie auch die Privatversicherer bieten deshalb Zusatzversicherungen an, in deren Rahmen (je nach Reglement) ein Anteil an den Kosten zahnärztlicher Behandlungen übernommen wird. Einige Kassen bieten gar eine **spezielle Zahnpflegeversicherung** an. Wer eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat, sollte das entsprechende **Reglement** genau studieren um zu erfahren, welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen erbracht werden (vgl. im Übrigen die Ausführungen in Kap. 2.3).

2. Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen

Wenn im Zusammenhang mit der Behandlung eines Geburtsgebrechens eine zahnärztliche Behandlung erforderlich ist, so übernimmt die IV diese zum vollen Tarif (**kein Selbstbehalt!**).

2.7 Stationäre Behandlung

1. Leistungen der Krankenversicherung

a) Grundsatz

Die Krankenkassen haben im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten des Aufenthalts in der **allgemeinen Abteilung** eines **Spitals** zu übernehmen, falls die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- es muss sich um ein **Spital** handeln, das zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung **zugelassen** ist;
- die versicherte Person muss **spitalbehandlungsbedürftig** sein;
- die Behandlung muss die Kriterien der **Wirksamkeit, Zweckmässigkeit** und **Wirtschaftlichkeit** erfüllen.

→ Art. 25 Abs. 2e, 32 KVG

b) Zugelassene Spitäler

Zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist ein Spital nur zugelassen, wenn es eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleistet und über das erforderliche Fachpersonal sowie zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügt.

Ein Spital muss zudem der von einem oder mehreren Kantonen aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten **Spitalliste** des Kantons aufgeführt sein.

→ Art. 39 KVG

c) Wahl des Spitals

Den Versicherten steht die Wahl unter den Spitalern frei, soweit diese entweder auf der Spitalliste des Wohnkantons oder des Standortkantons des Spitals figurieren. Die Krankenkasse und der Wohnkanton müssen die Kosten des Aufenthalts zu 45 % bzw. 55 % übernehmen, unabhängig davon, ob es sich um ein öffentliches oder privates Spital handelt; dies allerdings nach dem **Tarif**, der im **Wohnkanton** der versicherten Person gilt. Ist der Tarif im Standortkanton des Spitals höher, so muss die versicherte Person die Differenz selber tragen. Vorbehalten bleibt die Deckung solcher Kosten im Rahmen einer Zusatzversicherung.

Muss sich allerdings eine Person **aus zwingenden medizinischen Gründen** (Notfall, mangelnde Behandlungsmöglichkeit im Wohnkanton) in einem zugelassenen ausserkantonalen Spital behandeln lassen, so haben die Krankenkasse und der Wohnkanton die Kosten nach dem für dieses ausserkantonale Spital geltenden Tarif voll zu übernehmen.

Zur Leistungspflicht bei Aufenthalt in einem **ausländischen Spital** vgl. Kap. 2.2, Ziff. 3c.

→ *Art. 41, 49a KVG*

d) Spitalbehandlungsbedürftigkeit

Die Krankenkassen haben für die Behandlung in einer Heilanstalt nur dann aufzukommen, wenn der Krankheitszustand einer versicherten Person den **Aufenthalt im Spitalmilieu erfordert**: Die Intensität der ärztlichen Behandlung ist für die Frage der Spitalbehandlungsbedürftigkeit nicht alleiniges Kriterium; massgebend ist auch, ob eine versicherte Person in Anbetracht ihres Alters und der persönlichen Verhältnisse die Möglichkeit hat, die während der Behandlung nötige Pflege und Beaufsichtigung zu Hause zu erhalten.

Die Spitalbehandlungsbedürftigkeit wird von den Krankenkassen relativ oft infrage gestellt, wenn sich eine Person zum Zwecke der **Rehabilitation** in eine Klinik begibt. Eine entscheidende Bedeutung kommt in solchen Fällen dem Bericht des einweisenden Arztes zu, der die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation (im Sinne eines intensiven und umfassenden Therapieprogramms unter stationären Bedingungen) überzeugend zu begründen hat; verschreibt er bloss einen Aufenthalt zu Erholungszwecken oder eine «Badekur», so wird die Kasse aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kaum Leistungen erbringen. Eine stationäre Rehabilitation wird immer nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Krankenkasse gestützt auf eine Empfehlung des Vertrauensarztes übernommen.

e) Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

Auch der Aufenthalt in einem Spital muss den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. Steht beispielsweise die Verabreichung eines bestimmten Arzneimittels, welches nach vorherrschender medizinischer Auffassung nicht als wirksam gilt und auch nicht in der Spezialitätenliste figuriert, während des Spitalaufenthalts klar im Vordergrund, so muss die Krankenkasse den Spitalaufenthalt im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernehmen. Sofern keine Deckung über Zusatzversicherungen besteht, hat die betreffende Person einen solchen Spitalaufenthalt selber zu finanzieren.

f) Dauer der Leistungen

Die Vergütung des Spitalaufenthalts erfolgt seit dem 1.1.2012 in aller Regel nicht mehr aufgrund der Dauer des Spitalaufenthalts, sondern gestützt auf **leistungsbezogene Fallpauschalen (DRG)**. Spitäler haben deshalb ein gewisses Interesse, den Aufenthalt so kurz wie möglich zu gestalten und ihre Patienten so rasch wie möglich zu entlassen. Bedarf eine Person nach medizinischer Indikation nicht mehr der Behandlung, Pflege und medizinischen Rehabilitation in einem Spital, verbleibt sie aber dennoch im Spital, so wird von der Krankenkasse nur noch der **Pflegeheim-Beitrag** bezahlt, der nur einen Teil der Aufenthaltskosten deckt.

→ Art. 49, 50 KVG

g) Kosten der Begleitpersonen

Die Krankenkassen haben im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht für die Kosten von **Unterkunft** und **Verpflegung** von Begleitpersonen aufzukommen. Soweit diese Kosten vom Spital in Rechnung gestellt werden, sind sie von der Begleitperson selber zu übernehmen. Zu prüfen ist, ob solche Kosten aus einer allfällig bestehenden Zusatzversicherung gedeckt werden können; massgebend sind die entsprechenden reglementarischen Bestimmungen. In sozialen Härtefällen kommt u.U. auch ein allfälliger Sozialfonds des Spitals für die Kosten auf.

h) Kostenbeteiligung

Bei einer stationären Behandlung wird von den Versicherten dieselbe Kostenbeteiligung (**Franchise, Selbstbehalt**; vgl. Kap. 2.4, Ziff. 1d) wie bei ambulanter Behandlung erhoben.

Zusätzlich haben alle Personen als Ausgleich für die ersparten Kosten der Verpflegung einen Beitrag von **täglich Fr. 15.–** an die Kosten des Spitalaufenthalts zu leisten. Ausgenommen sind nur Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung sowie Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

→ *Art. 103, 104 KVV*

i) Stationäre Rehabilitationen und Badekuren

Die Kosten einer stationären Rehabilitation werden immer nur auf vorgängige **besondere Gut-sprache des Versicherers**, der die **Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens-ärztin** berücksichtigt, übernommen. In aller Regel wird die Bewilligung nur erteilt, wenn eine Rehabilitation im ambulanten Rahmen nicht möglich ist und gewisse Bedingungen zusätzlich erfüllt sind.



Die Kosten einer notwendigen stationären pulmonalen Rehabilitation müssen von den Versicherern bei schweren chronischen Lungenkrankheiten übernommen werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der «Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung» der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie entsprechen, um akkreditiert zu werden. Die Kostenübernahme erfolgt maximal einmal pro Jahr.



Die Krankenkassen sind zurückhaltend geworden bezüglich der Erteilung von Gutsprachen für **wiederkehrende stationäre Rehabilitationen** für Mobilitätsbehinderte. Sie sind in der Regel hierzu nur bereit, wenn in der Zwischenzeit auch eine ambulante physiotherapeutische Behandlung durchgeführt wird, diese jedoch nicht genügt, oder wenn überzeugend dargelegt wird, dass eine solche anerkannte zweckdienliche Therapie nicht möglich ist.



Die Kosten einer stationären kardialen Rehabilitation sind von den Versicherern zu übernehmen, wenn gewisse Kriterien (z.B. erhöhtes kardiales Risiko, verminderte Leistung des Myokards, Komorbidität) gegen eine ambulante Rehabilitation sprechen. Eine Expertengruppe aus Vertretern der Vertrauensärzte und Herz-Spezialisten haben zur Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation einen Kriterienkatalog entwickelt. Die Rehabilitation muss dem Anforderungsprofil der Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Sports Cardiology (SCPRS) entsprechen.

Bei ärztlich angeordneten Kuraufenthalten in anerkannten Heilbädern haben die Krankenkassen während höchstens 21 Tagen im Jahr einen **Kurbeitrag** von Fr. 10.– pro Tag zu leisten; zusätzlich sind die Kosten der medizinischen **Behandlung** durch Ärzte oder anerkannte Physiotherapeuten zu übernehmen.

Versicherte, die während einer solchen Kur **intern** untergebracht sind, haben in Anbetracht des bescheidenen Kurbeitrags ein Interesse, dass ihr Aufenthalt als **Spital- oder Rehabilitationsaufenthalt** entschädigt wird. Dies bedingt allerdings, dass der einweisende Arzt eine Spitalbehandlungsbedürftigkeit oder den Bedarf für eine stationäre Rehabilitation glaubwürdig attestiert.

→ Art. 25 Abs. 2c KVG; Art. 33 f. KVV; Art. 25 KLV

k) Spital-Zusatzversicherungen

Weil die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in verschiedener Hinsicht beschränkt sind, bieten sowohl Krankenkassen als auch Privatversicherer Spital-Zusatzversicherungen an. Massgebend sind die jeweiligen **Reglemente**. Für den **Abschluss** solcher Zusatzversicherungen vgl. Kap. 2.3, Ziff. 1.

Mit Spital-Zusatzversicherungen können insbesondere folgende Deckungen versichert werden (die Einzelheiten bestimmen die Reglemente):

- Deckung der Kosten eines Aufenthalts in der **allgemeinen Abteilung** eines Spitals in der ganzen Schweiz inkl. der Kostenpauschale für Unterkunft und Verpflegung (diese Zusatzversicherung ist als Folge der neuen Spitalfinanzierung nicht mehr so wichtig wie früher);
- Deckung der Kosten eines Aufenthalts in der **halbprivaten oder privaten Abteilung** eines Spitals in der Schweiz;
- Deckung der Kosten bei Aufenthalt in einem **ausländischen Spital**.

Der Abschluss von Zusatzversicherungen erweist sich vor allem auch für jene Personen als bedeutsam, die die Möglichkeit eines Aufenthalts in einer ausserkantonalen Privatklinik (wie z.B. der Lukas-Klinik in Arlesheim) in Betracht ziehen.

Hinweis: Es empfiehlt sich, **vor** Eintritt in eine halbprivate oder private Abteilung, ein Privatspital oder ein ausserkantonales Spital bei der Krankenkasse eine **schriftliche Bestätigung** einzuholen, dass sie den Aufenthalt vollumfänglich aus Grund- und Zusatzversicherungen übernimmt (oder allenfalls sich bestätigen zu lassen, bis zu welcher Summe sie Leistungen daran erbringt). Damit können unliebsame Überraschungen vermieden werden. Wenn keine solche Kostengutsprache vorliegt, lehnen Privatspitäler meistens die Aufnahme ab oder verlangen ein hohes Depot.

2. Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen

a) Grundsatz

Die IV übernimmt die gesamten Kosten der notwendigen stationären Behandlung eines Geburtsgebrechens (vgl. Kap. 2.1). Es werden **keine Selbstbehalte** erhoben. Die Heilanstalten werden aufgrund von Tarifverträgen direkt von der IV entschädigt.

→ Art. 14 IVG; Art. 2 IVV

b) Kosten der Begleitpersonen

Keine Leistungen erbringt die IV für die Kosten von **Unterkunft** und **Verpflegung** der ein Kind «begleitenden» Eltern oder anderer Bezugspersonen (diese Kosten werden von den Spitälern separat in Rechnung gestellt).

Übersteigen diese Kosten die finanziellen Kapazitäten der Eltern, so kann eventuell ein allfälliger **Sozialfonds** des jeweiligen Spitals in Anspruch genommen werden.

c) Wahl der Heilanstalt

Innerhalb der Schweiz besteht grundsätzlich ein freies **Wahlrecht** bezüglich der geeigneten Heilanstalten. Es werden jedoch nur die Kosten für die Behandlung im Rahmen der Tarife der **allgemeinen Abteilung** übernommen.

Im **Ausland** übernimmt die IV nur ausnahmsweise Spitalaufenthalte, nämlich wenn in der Schweiz keine entsprechende Behandlungsstelle vorhanden ist, wenn die Behandlung notfallmässig im Ausland erfolgt oder wenn sie aus anderen «beachtlichen Gründen» im Ausland durchgeführt wird: In letzterem Fall werden die Kosten nur bis zur Höhe übernommen, wie sie auch in der Schweiz angefallen wären.

d) Spital- oder Hauspflege?

Der Aufenthalt in einer Heilanstalt wird von der IV dann **nicht** übernommen, wenn die eigentliche Behandlung ebenso gut ambulant durchgeführt werden könnte. Die IV nimmt allerdings in Zweifelsfällen auf den Vorschlag des behandelnden Arztes und die persönlichen Verhältnisse des versicherten Kindes Rücksicht.

e) Kuraufenthalte

Notwendige Kuraufenthalte in einer ärztlich geleiteten, mit den erforderlichen medizinischen Einrichtungen ausgerüsteten sowie mit genügend fachgemäss ausgebildetem Krankenpersonal dotierten **Kuranstalt** werden von der IV wie ein Spitalaufenthalt übernommen.

Bei **privatem Aufenthalt** während einer Kur (Hotel, Ferienwohnung) leistet die IV einen Beitrag von Fr. 19.– pro Tag für Verpflegung und Fr. 37.50 für Unterkunft. Die Kosten von Begleitpersonen werden nicht vergütet. Zusätzlich werden die Behandlungskosten (ambulante Behandlung) vergütet.

→ Art. 3^{ter}, Art. 90 Abs. 4 IVV

2.8 Reise- und Transportkosten

1. Leistungen der Krankenversicherung

a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die Krankenkassen bloss einen bescheidenen **Beitrag von 50%** an die Kosten **medizinisch notwendiger Krankentransporte** zu leisten; dieser Beitrag ist erst noch auf Fr. 500.– pro Kalenderjahr beschränkt. Er wird nur gewährt, wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt und deshalb ein nach kantonalem Recht zugelassenes Transportunternehmen berücksichtigt werden muss. Verlegungen von einem Spital ins andere fallen nicht darunter. Sie werden von den Krankenkassen bereits im Rahmen der pauschalen Spitaltarife vergütet und dürfen deshalb auch nicht separat in Rechnung gestellt werden.

Eine analoge Regelung gilt auch bezüglich allfälliger **Rettungskosten**; der maximale Beitrag ist in diesem Fall auf Fr. 5000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

→ Art. 25 Abs. 2g KVG; Art. 56 KVV; Art. 26, 27 KLV

b) Zusatzversicherungen

Einzelne Krankenkassen oder Privatversicherer übernehmen im Rahmen von Zusatzversicherungen (z.B. Spital-Zusatzversicherung) die in der Grundversicherung nicht gedeckten Kosten von notwendigen Rettungs- und Nottransporten, Heimtransporten sowie anderweitig medizinisch notwendigen Transporten. Je nach reglementarischer Formulierung werden die Kosten unbegrenzt oder nur bis zu einer jährlichen Höchstsumme finanziert.

Keine Leistungspflicht besteht jedoch in aller Regel für den Rücktransport von **schwer kranken Ausländern** in ihren Heimatstaat: Allenfalls kann ein Gesuch um einen freiwilligen Beitrag eingereicht werden.

2. Leistungen der IV

a) Grundsatz

Im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung eines **Geburtsgebrechens** übernimmt die IV die Reise- und Transportkosten. Sie trägt sie auch in jenen Ausnahmefällen, in denen sie die medizinische Behandlung eines anderen Leidens übernimmt.

Bei **ambulanter Behandlung** werden die Reisekosten zur nächstgelegenen geeigneten «Behandlungsstelle» (Arzt, Spital, Therapeut) übernommen.

Bei lang dauernder **stationärer Behandlung** wird einmal wöchentlich eine **Besuchsfahrt** des Kindes oder, wenn dies nicht möglich ist, alle 3 Tage eine Besuchsfahrt von Angehörigen finanziert.

b) Höhe der Entschädigung

Soweit die Benützung **öffentlicher Verkehrsmittel** möglich und zumutbar ist, vergütet die IV diese Kosten. Andernfalls werden die effektiven Kosten von Krankenwagen, Taxis oder privaten Autos übernommen (45 Rappen pro Kilometer bei Benützung eines privaten Motorfahrzeugs).

Vergütet werden auch die Kosten von notwendigen **Begleitpersonen**.

→ Art. 51 IVG; Art. 90 IVV

2.9 Prävention und Früherkennung

1. Leistungen der Krankenversicherung

a) Abgrenzung

Von einer Präventionsmassnahme spricht man dann, wenn eine Behandlung vorsorglich vorgenommen wird, obschon bei der betreffenden Person noch kein konkreter Befund erhoben worden ist. Klassisches Beispiel hierfür sind die Impfungen breiter Bevölkerungsteile.

Anders verhält es sich, wenn eine Person z.B. bereits konkret infiziert worden ist und mit einer Therapie vorsorglich das Fortschreiten einer Krankheit verhindert werden soll: Die Massnahmen gehören in diesem Fall bereits zur medizinischen Behandlung und nicht mehr zur Prävention.

b) Obligatorische Krankenversicherung

Die Krankenkassen haben die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Personen, die in erhöhtem Masse gefährdet sind, zu übernehmen. Bedingung ist, dass diese Untersuchungen von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet werden. So ist beispielsweise eine **jährliche Grippe-Impfung (Influenza)** bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko von der Krankenversicherung zu finanzieren.



Übernommen werden die Kosten folgender präventiver Massnahmen:

- **Gynäkologische Untersuchung** inkl. Krebsabstrich (die ersten beiden Untersuchungen im Jahresintervall und danach bei normalen Befunden alle 3 Jahre, andernfalls nach klinischem Ermessen);
- **Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)**: Die HPV-Impfung bei Mädchen und Jungen sowie jungen Frauen und Männern im Alter von 11 bis 26 Jahren. Voraussetzung ist, dass die Impfung im Rahmen der kantonalen Impfprogramme stattfindet.
- **Genetische Beratung**, Indikationsstellung für genetische Untersuchungen und Veranlassen der dazugehörigen Laboranalysen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine familiäre Krebskrankheit (bei Patientinnen/Patienten und Angehörigen ersten Grades mit hereditärem Brustkrebs- oder Ovarialkrebsyndrom, Polyposis Coli, hereditärem Kolonkarzinom-Syndrom und Retinoblastom);
- **Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl** zur Früherkennung des Kolonkarzinoms alle 2 Jahre einmal im Alter von 50 bis 69 Jahren (im Falle eines positiven Befundes auch Koloskopie); **oder Koloskopie** alle 10 Jahre einmal im Alter von 50 bis 69 Jahren; findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Neuenburg, St. Gallen, Tessin, Uri, Waadt oder Wallis statt, so wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.
- **Koloskopie** zur Früherkennung bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Altersjahr);
- **Untersuchung der Haut** bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad);
- **Digitale Mammografie, Mamma-MRI** bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiären Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellen Risiko (Risikoeinstufung gemäss dem Referenzdokument «Risikoabschätzung» des Bundesamtes für Gesundheit BAG);
- **Screening-Mammografie**: ab dem vollendeten 50. Altersjahr alle 2 Jahre, sofern im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses.

Keine Kostenübernahme ist demgegenüber vorgesehen für Bronchoskopien zur präventiven Feststellung von Bronchialkarzinomen, insbesondere bei Rauchern.



Nicht übernommen werden die Kosten von **Raucher-Entwöhnungskursen**, Nikotinersatzpräparaten und anderen medikamentösen Unterstützungshilfen (z.B. Champix, Zyban) und für die von den kantonalen Lungenligen durchgeführten **Umgebungsuntersuchungen**. Ausnahme: Bei einer ansteckenden Lungentuberkulose werden die Umgebungsuntersuchungen der Lungenliga im Auftrag des Kantonsarztamtes durchgeführt und daher werden in der Regel die Kosten vom betreffenden Kanton übernommen. Die **BCG-Impfung (Produktenname Onco TICE in der Schweiz)** figuriert demgegenüber unter den Pflichtleistungen der Krankenversicherung, wird aber in der Schweiz nur in Ausnahmefällen empfohlen.

Hinweis: Die Rauchstopplinie ist ein telefonischer Beratungsservice, der unkompliziert bei der Tabakentwöhnung hilft: 0848 000 181.

→ *Art. 26 KVG; Art. 12–12e KLV*

c) Zusatzversicherungen

Einzelne Krankenkassen oder Privatversicherer übernehmen im Rahmen von Zusatzversicherungen weitere Kosten unter dem Titel der Prävention (z.B. Fitness-Trainingskurse). Massgebend sind die Reglemente.

2. Leistungen der IV

Die IV erbringt keine Leistungen an Einzelpersonen unter dem Titel der Prävention.

3. Ambulante Pflege (Spitex)

- 3.1 Leistungen der Krankenversicherung
- 3.2 Hilflosenentschädigung der IV und der AHV
- 3.3 Zusätzliche Entschädigungen der IV bei Minderjährigen
- 3.4 Assistenzbeitrag
- 3.5 Ergänzungsleistungen bei ambulanter Pflege

3.1 Leistungen der Krankenversicherung

1. Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die Krankenkassen haben aus der obligatorischen Krankenversicherung einen Beitrag an die Kosten der Pflegemassnahmen zu übernehmen, die auf ärztliche Anordnung hin von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern sowie von Spitex-Organisationen erbracht werden.

a) Pflichtleistungen

Das Eidgenössische Departement des Innern hat in der Krankenpflege-Leistungsverordnung folgende Massnahmen als Pflichtleistungen definiert:

- Massnahmen der **Abklärung, Beratung und Koordination**: Hierzu gehört die Abklärung des Pflegebedarfs, die Planung der nötigen Pflege, die Beratung der Patienten und Patientinnen bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte sowie die Vornahme von Kontrollen.
- **Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen** wie die Messung von Puls, Blutdruck und Temperatur; Massnahmen der Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, Atemübungen, Absaugen); Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten; Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Erhaltung von vitalen Funktionen dienen; Massnahmen bei psychischen Krankheiten wie z.B. das Einüben von Bewältigungsstrategien, die Anleitung im Umgang mit Angst, Aggression und Wahnvorstellungen und die Unterstützung in Krisensituationen.
- Massnahmen der **Grundpflege** wie Betten, Lagern, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege sowie beim An- und Auskleiden, Essen, Trinken; hierzu gehört auch die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege.

Nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkassen fällt die **Haushalthilfe**, auch wenn diese oft fliessend in die Grundpflege übergeht und die Ausscheidung für die Spitex-Organisationen nicht immer leicht ist.

Die Krankenkassen müssen seit dem 1.1.2011 nur noch einen **Beitrag an die Pflegekosten** leisten. Dieser beträgt pro Stunde ab 1.1.2021 Fr. 76.90 für Massnahmen der Abklärung und Beratung, Fr. 63.– für Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen und Fr. 52.60 für Massnahmen der Grundpflege.

Ob die **pflegebedürftigen Personen** selber zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt einen Kostenanteil übernehmen müssen, ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt worden. Der betroffenen Person selbst dürfen aber maximal 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags (zurzeit maximal Fr. 23.– pro Tag) überwält werden (Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG). Die Restkosten der Pflege tragen Kantone und Gemeinden. Bisher war aber unklar, wer ungedeckte Restkosten übernehmen muss, wenn die effektiven Pflegekosten allfällige vom Kanton festgelegte Höchstbeträge übersteigen. Das Bundesgericht hat nun entschieden, dass in solchen Fällen die öffentliche Hand leistungspflichtig ist (BGE 144 V 280).

Eine Sonderregelung gilt für die **Akut- und Übergangspflege** nach Entlassung aus dem Spital: Soweit diese von den Spitalärzten angeordnet wird, müssen der Wohnkanton und die Krankenkasse die Kosten nach demselben Schlüssel übernehmen, der auch für die Spitalfinanzierung gilt (55 % bzw. 45 %), und zwar während längstens 2 Wochen.

→ Art. 7 KLV

b) Zugelassene Leistungsbringer

Auf Kosten der Krankenkassen können einerseits diplomierte **Pflegeschwestern** und **Pflegemänner** tätig werden, die eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit nachweisen können und über eine kantonale Zulassung verfügen; andererseits können auch **Spitex-Organisationen** im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen, falls sie vom Kanton zugelassen sind und das erforderliche Fachpersonal angestellt haben, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat. Bei der Zulassung solcher Organisationen nehmen die Kantone eine zentrale gesundheitspolitische Funktion wahr.



Die kantonalen Lungenligen sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Leistungserbringer anerkannt. Sie haben mit tarifsuisse ag, CSS sowie der HSK-Gruppe (Helsana-Sanitas-KPT) Verträge abgeschlossen:

- für die Abgabe von Absaug-, Inhalations- und Atemtherapiegeräten (Basis sind die MiGeL Produktgruppen 01.02, 14.01, 14.02, 14.03, 14.10, 14.11 und 14.12) sowie
- für darüber hinausgehende Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie der Untersuchung und Behandlung im Sinne von Art. 7 KLV.



Nicht zugelassen sind Fusspflegerinnen und Fusspfleger, die sich um die Fusspflege bei Diabetikern kümmern, ausser sie seien von einer anerkannten Spitex-Organisation angestellt oder es handle sich um selbstständig erwerbstätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die kantonal zugelassen sind und zulasten der Grundversicherung tätig sein dürfen.

→ Art. 46, 49, 51 KVV

c) Ärztliche Anordnung

Die Krankenkassen haben die Leistungen im Spitex-Bereich nur zu übernehmen, wenn eine ärztliche Anordnung vorliegt. Diese Anordnung muss sich auf eine **Bedarfsabklärung** und gemeinsame Planung der notwendigen Massnahmen abstützen, welche insbesondere den voraussichtlichen Zeitbedarf anzugeben hat.

Ärztlicher Auftrag und ärztliche Anordnung gelten in der Regel **zeitlich befristet**, können jedoch wiederholt werden. Bei Personen mit einer Hilflosenentschädigung mittleren oder schweren Grades gelten sie **unbefristet**, solange die Hilflosenentschädigung nicht in Revision gezogen wird.

Ist ein Pflegeaufwand von voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal nötig, so kann die ärztliche Anordnung von einer Kontrollstelle der kantonalen Tarifpartner überprüft werden.

Hinweis: Es kommt immer wieder vor, dass Krankenkassen bei hohem Pflegeaufwand ihre Leistungen auf eine bestimmte Stundenzahl pro Quartal begrenzen, selbst wenn ein höherer Bedarf ausgewiesen ist. Diese Praxis stützt sich nicht immer auf das Gesetz bzw. die gültigen Tarifverträge, weshalb es sich lohnt, in jedem einzelnen Fall eine rechtliche Überprüfung vorzunehmen.

→ Art. 8, 8a KLV

d) Kürzung

Die Krankenkassen können ihre Leistungen wegen Überentschädigung kürzen, wenn die versicherte Person zusätzlich eine **Hilflosenentschädigung** bezieht und nicht nachweisen kann, dass ihr nebst den von der Krankenkasse übernommenen Kosten weitere Auslagen für die Pflege und Betreuung anfallen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat allerdings in einem Urteil (125 V 297) präzisiert, dass nur ein Teil der Hilflosenentschädigung bei der Überentschädigungsberechnung berücksichtigt werden darf.

2. Zusatzversicherungen

Jede Kasse kennt in diesem Bereich eigene Regelungen, welche sich in den entsprechenden Reglementen finden. Häufig werden ambulante Pflegeleistungen, zumindest für eine gewisse Dauer, in Form von täglichen Pauschalbeiträgen aus **Spitalzusatzversicherungen** finanziert.

Hin und wieder sind die Kassen auch bereit, über die reglementarischen Leistungen hinaus **freiwillige Leistungen** aus Zusatzversicherungen zu erbringen, wenn damit ein an sich indizierter **Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt** werden kann. Es ist ratsam, von den Kassen eine entsprechende Zusicherung frühzeitig (d.h. vor Austritt aus dem Spital) zu verlangen.

3.2 Hilflosenentschädigung der IV und der AHV

1. Die Leistungen der IV

a) Grundsatz

Zur (teilweisen) Deckung der Kosten im Zusammenhang mit der **Grundpflege** von Menschen mit Behinderungen entrichtet die IV eine Hilflosenentschädigung.

Diese Leistung wird **unabhängig** davon gewährt, ob ein Geburtsgebrechen vorliegt oder nicht.

Ein Leistungsanspruch besteht allerdings erst, wenn die Hilfsbedürftigkeit **ohne wesentlichen Unterbruch 1 Jahr lang** gedauert hat.

→ Art. 42–42^{ter} IVG; Art. 35–39 IVV

b) Höhe

Es gelten zurzeit folgende Ansätze:

- **Entschädigung bei leichter Hilflosigkeit zu Hause**
Fr. 478.– pro Monat (bei Minderjährigen Fr. 15.95 pro Tag)
- **Entschädigung bei mittlerer Hilflosigkeit zu Hause**
Fr. 1195.– pro Monat (bei Minderjährigen Fr. 39.85 pro Tag)
- **Entschädigung bei schwerer Hilflosigkeit zu Hause**
Fr. 1912.– pro Monat (bei Minderjährigen Fr. 63.75 pro Tag)

Keine Hilflosenentschädigung wird entrichtet, wenn sich eine Person zulasten der IV stationär in einer Eingliederungsstätte oder zulasten der Sozialversicherung in einer Heilanstalt aufhält. Bei Spitalaufenthalten von Erwachsenen wird eine Kürzung aber erst vorgenommen, wenn der Aufenthalt einen vollen Kalendermonat umfasst. Bei Kindern erfolgt die Auszahlung auch nach über einem Monat unter der Bedingung weiter, dass die Anwesenheit der Eltern im Spital weiterhin erforderlich ist.

Nur ein Viertel der Hilflosenentschädigung erhalten jene Personen, die sich in einem Wohnheim oder Pflegeheim aufhalten. Die Ansätze der Hilflosenentschädigung liegen in diesem Fall je nach Grad der Hilflosigkeit bei monatlich Fr. 120.–, Fr. 299.– und Fr. 478.–. Minderjährige, die sich in einem Heim aufhalten, erhalten seit dem 1.1.2012 keine Hilflosenentschädigung mehr.

c) Bemessung

Bei der Bemessung der Hilflosigkeit ist massgebend, ob eine Person bei den folgenden Lebensverrichtungen regelmässige Dritthilfe benötigt:

- Aufstehen, Absitzen, Abliegen
- Anziehen, Ausziehen
- Körperpflege
- Verrichten der Notdurft
- Essen
- Fortbewegung, Kontakt mit der Umwelt

Als leicht hilflos gilt, wer bei mindestens 2 solcher Lebensverrichtungen regelmässiger Dritthilfe bedarf oder dauernd persönlich überwacht werden muss, einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf; wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann oder regelmässig auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist.

Als mittelschwer hilflos gilt, wer bei mindestens 4 solcher Lebensverrichtungen regelmässiger Dritthilfe bedarf oder bei mindestens 2 solcher Lebensverrichtungen regelmässiger Dritthilfe bedarf und zusätzlich dauernd persönlich überwacht werden muss oder regelmässig auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist.

Als schwer hilflos gilt, wer in sämtlichen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässiger Dritthilfe bedarf.

Bei Kindern bis ca. 7 Jahren wird nur der behinderungsbedingte Mehraufwand berücksichtigt.

→ *Art. 37, 38 IV*

2. Die Leistungen der AHV

Die AHV gewährt Hilflosenentschädigungen nach denselben Grundsätzen wie die IV. Seit dem 1.1.2011 werden auch Hilflosenentschädigungen bei leichter Hilflosigkeit gewährt, allerdings nur für Personen, die nicht in einem Heim leben. Zudem gelten in der AHV nur die **halben Ansätze** (unabhängig davon, ob eine Person im Heim oder daheim lebt), d.h., die Hilflosenentschädigung beträgt bei leichter Hilflosigkeit monatlich Fr. 239.–, bei mittlerer Hilflosigkeit Fr. 598.– und bei schwerer Hilflosigkeit Fr. 956.–.

Für jene, die im IV-Alter als Nicht-Heimbewohner/innen eine ganze Hilflosenentschädigung von Fr. 478.–, Fr. 1195.– oder Fr. 1912.– bezogen haben, gewährt die AHV allerdings den **Besitzstand**, solange diese Personen nicht in ein Heim einziehen.

→ *Art. 43^{bis}–43^{ter} AHVG; Art. 66^{quater} AHV*

3.3 Zusätzliche Entschädigungen der IV bei Minderjährigen

1. Domizilbehandlung

Liegt ein Geburtsgebrechen vor (vgl. Kap. 2.1), so übernimmt die IV die Krankenpflege (**Behandlungspflege**) durch zugelassene **Pflegefachfrauen** und **Pflegefachmänner** sowie durch **anerkannte Spitex-Organisationen**, soweit diese auf ärztliche Anordnung erfolgt und sofern diese Pflege aus medizinischen Gründen nicht von den Familienangehörigen selber durchgeführt werden kann (vgl. hierzu die Urteile des Bundesgerichts vom 7.7.2010, 136 V 209, und vom 13.2.2017, 9C_299/2016).

Hinweis: Das Bundesgericht hat entschieden, dass die Krankenversicherung subsidiär für die Übernahme der Pflege durch Spitex-Organisationen aufzukommen hat, wenn die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die IV nicht erfüllt sind (Urteil vom 10.6.2011; 9C_886/2010).

2. Intensivpflegezuschlag

Die IV leistet bei Minderjährigen, die zu Hause (d.h. nicht in einem Heim oder einer Pflegefamilie) wohnen, zusätzlich zur Hilflosenentschädigung einen Intensivpflegezuschlag. Dieser ist geschuldet, wenn die invaliditätsbedingte Behandlungs- und Grundpflege eines Kindes täglich 4 Stunden überschreitet.

Der Intensivpflegezuschlag ist auf den 1.1.2018 massiv erhöht worden und beträgt 2022

- Fr. 31.85 pro Tag bei einer Pflege von durchschnittlich mindestens 4 Stunden;
- Fr. 55.75 pro Tag bei einer Pflege von durchschnittlich mindestens 6 Stunden;
- Fr. 79.65 pro Tag bei einer Pflege von durchschnittlich mindestens 8 Stunden.

Eine dauernde Überwachungsbedürftigkeit wird wie eine Pflegebedürftigkeit von 2 Stunden angerechnet; ist sie besonders intensiv, so wird sie wie eine Pflegebedürftigkeit von 4 Stunden angerechnet.

→ Art. 42^{ter} IVG; Art. 36, 39 IVV

3.4 Assistenzbeitrag

1. Voraussetzungen

Seit dem 1.1.2012 können **Bezüger und Bezügerinnen einer Hilflosenentschädigung der IV**, die nicht im Heim leben, einen Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung beanspruchen, falls sie für die Durchführung der Assistenz Personen im Rahmen eines **Arbeitsvertrags** anstellen. Dieser Assistenzbeitrag soll Menschen mit einem hohen Hilfsbedarf ermöglichen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Volljährige **Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit** haben allerdings nur dann Anspruch auf einen Assistenzbeitrag, wenn sie entweder einen eigenen Haushalt führen oder eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt absolvieren oder einer Erwerbstätigkeit während mindestens 10 Stunden pro Woche auf dem regulären Arbeitsmarkt nachgehen.

Minderjährige Bezüger und Bezügerinnen einer Hilflosenentschädigung können nur dann einen Assistenzbeitrag beanspruchen, wenn sie die Schule in einer Regelklasse besuchen, eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt absolvieren oder einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt nachgehen. Zudem können schwerbehinderte Kinder und Jugendliche, welche einen **Intensivpflegezuschlag** für einen behinderungsbedingten Betreuungsbedarf von mehr als 6 Stunden pro Tag beziehen, ebenfalls einen Assistenzbeitrag beanspruchen. Falls sie einen solchen erhalten, bleibt der Anspruch bei Erreichen der Volljährigkeit erhalten.

2. Bemessung des Beitrags

Für die Bemessung des Assistenzbeitrags wird der regelmässige **Bedarf an Hilfeleistungen** in sämtlichen Lebensbereichen ermittelt: Allgemeine Lebensverrichtungen, Haushaltführung, gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung, Erziehung und Kinderbetreuung, Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, berufliche Aus- und Weiterbildung, Ausübung einer Erwerbstätigkeit (nur auf dem regulären Arbeitsmarkt), Überwachung während des Tages und der Nacht. In der Verordnung sind allerdings Höchstansätze für den Stundenbedarf in den einzelnen Bereichen festgelegt, welche von der Höhe der Hilflosenentschädigung abhängen.

Vom derart ermittelten zeitlichen Bedarf an Assistenz wird jene Zeit **abgezogen**, welche bereits durch andere Leistungen der IV (Hilflosenentschädigung, Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels) oder der Krankenversicherung (Pflege durch zugelassene Pflegefachpersonen oder Spitex-Organisationen) vergütet wird.

Hinweis: Seit dem 1.1.2018 wird die durch den Intensivpflegezuschlag vergütete Hilfe nicht mehr in Abzug gebracht.

Der Assistenzbeitrag beträgt **Fr. 33.50 pro anrechenbare Stunde**. Mit diesem Beitrag sollen der Lohn für die Assistenzpersonen, die Arbeitgeberbeiträge und die Ferienentschädigung abgegolten werden. Leistungen, für die eine besondere Qualifikation notwendig ist, werden mit einem Ansatz von Fr. 50.20 pro Stunde entschädigt. Ist eine Assistenz während der Nacht nötig, legt die IV-Stelle den Assistenzbeitrag für den Nachtdienst nach Intensität der zu erbringenden Hilfeleistung fest. Er beträgt höchstens Fr. 160.50 pro Nacht. Die Nachtpauschale wird in Assistenzstunden umgerechnet: Die nicht für die Nacht abgerechneten Stunden können somit am Tag eingesetzt werden. Der Assistenzbeitrag wird jeweils monatlich gestützt auf eingereichte Rechnungen vergütet. **Nicht vergütet** wird allerdings die Assistenz, welche durch Personen erbracht wird, die mit der versicherten Person verheiratet sind, mit ihr in eingetragener Partnerschaft leben, in gerader Linie verwandt sind oder mit ihr eine **faktische Lebensgemeinschaft** führen. Es müssen also Assistenten und Assistentinnen ausserhalb dieses Personenkreises angestellt werden.

In einzelnen Monaten darf der von der IV-Stelle berechnete monatliche Assistenzbeitrag **um höchstens 50% überschritten** werden, solange der von der IV-Stelle berechnete jährliche Assistenzbeitrag nicht überschritten wird. Kurzfristig kann somit ein etwas höherer Bedarf gedeckt werden.

→ Art. 42^{quater}–42^{octies} IVG; Art. 39a–39j IVV

3.5 Ergänzungsleistungen bei ambulanter Pflege

1. Allgemeine Voraussetzungen

a) Anspruch auf Kostenvergütung

Wer eine **jährliche Ergänzungsleistung** bezieht (vgl. Kap. 7.4), hat Anspruch auf Vergütung der anrechenbaren Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL. Die anfallenden Rechnungen müssen gesammelt und periodisch der zuständigen EL-Stelle eingereicht werden.

Wer nur deshalb keine jährliche Ergänzungsleistung bezieht, weil seine anrechenbaren Einnahmen höher als seine anerkannten Ausgaben sind, kann dennoch die anfallenden Rechnungen sammeln und einreichen: Soweit diese Rechnungen den Einnahmenüberschuss übersteigen, müssen sie vergütet werden.

Beispiel:	Einnahmenüberschuss	Fr. 2000.–
	Anrechenbare Spitex-Kosten	Fr. 6000.–
	Vergütung im Rahmen der EL	Fr. 4000.–

→ Art. 14 Abs. 6 ELG

b) Maximale Vergütung

Pro Kalenderjahr können zusätzlich zur jährlichen EL (und unabhängig von deren Höhe) im Gesamten höchstens folgende Beträge für Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden:

■ Alleinstehende, Verwitwete, Ehegatten von in Heimen lebenden Personen	Fr. 25 000.–
■ Ehepaare	Fr. 50 000.–

Für Personen, die infolge einer Behinderung in erheblichem Masse Pflege und Betreuung benötigen und eine Hilflosenentschädigung mittleren oder schweren Grades beziehen, gelten erhöhte Maximalansätze:

- Bezüger/innen einer Hilflosenentschädigung mittleren Grades Fr. 60 000.–
- Bezüger/innen einer Hilflosenentschädigung schweren Grades Fr. 90 000.–

Wenn beide Ehegatten in mittlerem oder schwerem Grade hilflos sind, erhöhen sich die Kostenlimiten noch weiter.

Die Erhöhung gilt allerdings nur für Personen, die im IV-Alter hilflos geworden sind (mit Besitzstandsgarantie bei Übertritt ins AHV-Alter).

→ *Art. 14 Abs. 2–5 ELG*

2. Anrechenbare Kosten

Welche Kosten der Pflege und Hilfe zu Hause im Rahmen der EL anrechenbar sind, ist früher bundesrechtlich geregelt worden. Seit 2008 ist es aber (als Folge der neuen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, NFA) Sache der **Kantone**, im Einzelnen festzulegen, welche Kosten im Bereich der Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause von den Ergänzungsleistungen unter welchen Bedingungen vergütet werden. Ein Grossteil der Kantone hat die frühere bundesrechtliche Regelung weitgehend übernommen. Ob dies im jeweiligen Kanton aber tatsächlich der Fall ist, muss im Einzelfall abgeklärt werden.

a) Ambulante Pflege und Haushalthilfe durch öffentliche oder gemeinnützige Träger

Die Kosten der von öffentlichen und gemeinnützigen Spitex-Organisationen erbrachten Hilfe sind in allen Kantonen anrechenbar, jedoch nur, soweit sie nicht anderweitig gedeckt werden können (z.B. durch Leistungen der Krankenkasse). Diese Kosten sind in den meisten Kantonen auch dann anrechenbar, wenn nebst der Behandlungs- und Grundpflege auch Hilfe im Haushalt geleistet wird.

b) Ambulante Pflege und Haushalthilfe durch Privatpersonen

Hier wird meistens unterschieden zwischen der eigentlichen **Pflege** (Behandlungs- und Grundpflege) und der **Haushalthilfe**:

- **Die Kosten der ambulanten Pflege**, welche durch die Anstellung einer Pflegekraft entstehen, werden in der Regel nur bei Bezüglern einer Hilflosenentschädigung **mittleren** oder **schweren Grades** berücksichtigt. Die Kosten werden nur übernommen, soweit sie nicht anderweitig bereits gedeckt sind, und meistens nur dann, wenn eine vom Kanton bezeichnete Stelle festgestellt hat, dass die Pflege nicht durch die anerkannten Spitex-Organisationen erbracht werden kann.
- **Die Kosten einer behinderungsbedingten Haushalthilfe** sind bis zu einem Maximalbetrag (in den meisten Kantonen Fr. 4800.– pro Jahr) anrechenbar. Pro aufgewendete Stunde kann ein bestimmter kantonal festgelegter Betrag vergütet werden.

c) Ambulante Pflege und Haushalthilfe durch Familienangehörige

Auch hier wird zwischen der eigentlichen **Pflege** und der **Haushalthilfe** unterschieden:

- Die Kosten der **Pflege** durch Familienangehörige werden praktisch immer nur berücksichtigt, wenn diese Familienangehörigen durch die notwendige Pflege nachweisbar **eine länger dauernde und wesentliche Erwerbseinbusse** erleiden. Ist dies der Fall, so werden die Leistungen der Familienangehörigen bis maximal zur Höhe des Verdienstausfalls vergütet. Keine Vergütung erfolgt bei Familienangehörigen, die in die EL-Berechnung eingeschlossen sind oder die bereits eine Altersrente beziehen.
- Die Kosten der Haushalthilfe durch Familienangehörige werden in den meisten Kantonen bis zu maximal Fr. 4800.– pro Jahr berücksichtigt, jedoch nur, wenn die Hilfe von einer Person erbracht wird, die nicht im gleichen Haushalt lebt. Es gibt z.T. Kantone, die Leistungen wie «Einkaufen» nicht vergüten möchten, da diese «nicht im Haushalt» erbracht werden. Es lohnt sich dabei, sich dagegen zu wehren.

4. Hilfsmittel und Behandlungsgeräte

4.1 Behandlungsgeräte

4.2 Hilfsmittel: Die Leistungen im Überblick

4.3 Einzelne Hilfsmittel

4.1 Behandlungsgeräte

1. Definition

Unter den Begriff des «Behandlungsgeräts» fallen alle Geräte, die unmittelbar der Behandlung eines Leidens dienen. In der Systematik des Sozialversicherungsrechts wird allerdings ein umfassenderer Begriff verwendet: Man spricht von **«Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen»**.

Die Abgrenzung gegenüber den Hilfsmitteln ist bisweilen schwierig (Hilfsmittel: Gerät, welches ausgefallene Körperfunktionen ersetzt), da einzelne Geräte sowohl eine Behandlungskomponente aufweisen als auch ausgefallene Körperfunktionen ersetzen. Ein geradezu klassisches Beispiel hierfür sind die Krücken.

Zu unterscheiden sind die Behandlungsgeräte auch von den **Geräten zur Erleichterung der Pflege**: Diese werden weder zur Heilung eines Leidens noch zur Verhinderung der Verschlimmerung eines Leidens benötigt.

Implantate (Endoprothesen, Herzschrittmacher u.a.m.) werden hingegen gleich wie Behandlungsgeräte behandelt.

2. Die Leistungen der Krankenversicherung

a) Obligatorische Krankenversicherung

Im Rahmen der **obligatorischen Krankenpflegeversicherung** haben die Krankenkassen jene «Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder Untersuchung dienen», zu übernehmen, die im **Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung** aufgeführt sind. Dieser Anhang enthält eine abschliessende Liste von nach Produktgruppen gegliederten Geräten und Artikeln (sog. **MiGeL**): Bei jedem «Mittel und Gegenstand» ist aufgeführt, welcher Betrag höchstens vergütet wird. Liegt für ein Produkt der in Rechnung gestellte Betrag höher als der Maximalbetrag der Liste, so geht die Differenz zulasten der versicherten Person.

Die Krankenversicherer dürfen sich darauf beschränken, nur jene Leistungserbringer als Abgabestellen für Mittel und Gegenstände anzuerkennen, mit denen sie eine Vereinbarung abgeschlossen haben. Solche Verträge werden von den Kassen insbesondere bei kostspieligen Mitteln und Gegenständen angestrebt.



Zwischen der Lungenliga Schweiz und tarifsuisse ag, CSS bzw. der HSK-Gruppe sind Verträge über die Abgabe von Absaug-, Inhalations- und Atemtherapiegeräten in Kraft: Darin werden die Voraussetzungen zur Abgabe von Mitteln und Gegenständen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Allgemeinen (in Ergänzung zur MiGeL) umschrieben und die Tarife im Einzelnen festgelegt.

Nicht im Anhang aufgeführt sind die **Implantate**. Sie sind, sofern es sich um eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung handelt, von den Krankenkassen im Rahmen der Tarifverträge mit Ärzten und Spitälern zu vergüten.

Auch an die Kosten der «Mittel und Gegenstände, die der Behandlung und Untersuchung dienen», haben die Versicherten eine **Kostenbeteiligung** zu leisten (vgl. im Einzelnen Kap. 2.4, Ziff. 1d).

Beispiele



- **Infusionspumpen:** Die ambulant durchgeführte Chemotherapie mit Infusionspumpen gehört zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen. Diese haben die Mietkosten der Infusionspumpen (bis zu einem in der MiGeL festgelegten Maximalbetrag pro Tag) sowie die Kosten für das Verbrauchsmaterial zu übernehmen.
- **Therapiehilfen für Kehlkopflose:** siehe unter «Absauggeräte für die Atemwege».
- **Stomaartikel:** Die Krankenversicherer haben an das Material für eine Colostomieversorgung sowie für eine Urostomieversorgung jährlich bis zu Fr. 6300.– zu übernehmen, bei einer Ileostomie- und Fistelversorgung bis zu Fr. 5400.–. Ab 1.4.2019 werden für die



Stomaversorgung (Colo-, Ileo-, Urostomie, Fisteln) gesamt bis zu Fr. 5040.– übernommen. In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann ein Gesuch um eine höhere Vergütung gestellt werden.

- **Implantation von Brustprothesen:** Brustendoprothesen werden im Rahmen der operativen Brustrekonstruktion zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität von Patientinnen nach erfolgter Brustamputation von den Krankenkassen übernommen.
- **Kompressionsstrümpfe** (maximal 2 Paar pro Jahr) sind von den Krankenkassen bei Lymphstauungen und erheblichen Beinbeschwerden ebenfalls bis zu einem in der MiGeL festgelegten Höchstbetrag zu übernehmen. Massgefertigte Kompressionsbandagen sind nach dem SVOT-Tarif zu vergüten.



- **Absauggeräte für die Atemwege:** Die Mietkosten oder Kaufkosten für die Verwendung eines Tracheal-Absauggerätes einschliesslich eines jährlichen pro rata Höchstvergütungsbetrages für das effektiv benötigte Verbrauchsmaterial werden vom Versicherer vergütet.
- **Inhalationsgeräte:** Die Krankenkassen haben entweder die Kosten für den Kauf eines solchen Apparates (inkl. Zubehör und Wartungspauschale) zu übernehmen, wobei in diesem Fall ein neues Gerät maximal alle 5 Jahre bezahlt wird, oder sie übernehmen die entsprechenden Mietkosten. Nur bei Patienten mit Cystischer Fibrose, welche *Pseudomonas aeruginosa* positiv sind, werden die Kosten für den Kauf eines Aerosol-Apparates mit *Mesh-Technologie* komplett inklusive original passender Vernebler übernommen. Das Gerät muss zwingend durch ein anerkanntes CF-Zentrum verordnet sein. Ab 1.1.2012 in die Liste aufgenommen zum Kauf oder als Mietpauschale wurde der Aerosol-Apparat mit der elektronisch gesteuerten *FAVORITE-Technologie*. Limitationen: nur zur Behandlung von Cystischer Fibrose, Primärer Ciliärer Dyskinesie (PCD), mit chronischen bakteriellen Lungenentzündungen durch *Pseudomonas aeruginosa*. Diese Geräte müssen von einem Facharzt für Pneumologie oder einem Lungen- bzw. CF-Zentrum verschrieben werden. Bei der Inhalation mit Dosieraerosolen (Spraydosen) werden die Vorschaltkammern vergütet.
- **IPPB-Geräte:** Diese Geräte wurden im Juli 2020 vom BAG in der MiGeL gestrichen und werden nicht mehr vergütet.



- **Atemtherapiegeräte:** Die Kosten für das einfache PEP-Taschengerät zur verbesserten Sekretmobilisation werden vergütet. Der Kauf von Atemtherapiegeräten mit variabler Schwelle zum Krafttraining der Ein- ODER Ausatemungsmuskulatur (threshold load) wie auch von Atemtherapiegeräten mit variabler Schwelle zum gleichzeitigen Krafttraining der Ein- UND Ausatemungsmuskulatur (threshold load) wird vergütet, jedoch maximal 1 Gerät alle 5 Jahre.
- **Portables Spirometriegerät:** Die Krankenkassen übernehmen ausschliesslich bei lungentransplantierten Patientinnen und Patienten den Kauf von 1 Gerät maximal alle 5 Jahre und die Wartung 1 Mal pro Jahr.
- **Geräte für Sauerstoff-Langzeittherapie (gültig ab 1.4.2022):** Als Indikation für eine kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie gilt generell ein durch Blutgasanalysen nachgewiesener und andauernder Sauerstoffmangel bei einer chronischen Lungen- bzw. Atemwegserkrankung gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (Schweiz Med Forum 2007, S. 87–90) oder die Diagnose eines Cluster-Kopfschmerzes. Bei einer Therapiedauer länger als 3 Monate erfolgt die Kostenübernahme stets nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Krankenversicherers auf Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Als weitere Voraussetzung muss die Indikationsstellung und Verordnung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie und für die Cluster-Kopfschmerzen durch einen Facharzt oder eine Fachärztin Neurologie aufgrund definierter stabiler Untersuchungsergebnisse erfolgen. Die Kostengutsprache wird für maximal 12 Monate erteilt, danach ist ein erneuter Antrag mit aktualisierter Beurteilung und Verordnung durch den Facharzt oder die Fachärztin notwendig. Vergütet werden die Mietkosten, inkl. Wartung, Ersatzmaterial, Aufbereitung und Rücknahme, oder der Kauf für den stationären sowie portablen **Sauerstoffkonzentrator** sowie eine Pauschale für die Kosten der Erstinstallation; beim Kauf des Konzentrators auch die Wartungskosten einschliesslich Ersatzmaterial. Bei mobilen Patienten wird auch die Miete eines **Flüssig-sauerstoffsystems** als Versorgungsquelle in einem stationären und einem tragbaren Gefäss vergütet, unter der Voraussetzung, dass eine regelmässige, tägliche Aktivität von mehreren Stunden ausserhalb der Wohnung nachgewiesen ist. Bei nur sporadischer Mobilität ist die Kombination eines **Sauerstoffkonzentrators mit kleinen portablen Druckgasflaschen**,



in der Regel versehen mit einem «Sparventil», als die kostengünstigere Variante zu wählen, allerdings werden nur maximal 5 Flaschenfüllungen pro Monat erstattet. Als Alternative steht die Verwendung eines **Sauerstoffkonzentrators mit Abfüllsystem** für Druckgasflaschen zur Verfügung, deren Miete von den Versicherern übernommen wird. Dieses System erfordert allerdings besondere Kompetenzen von Seiten der Anwender und muss vorgängig eingehend abgeklärt werden. Die Wahl eines Sauerstoff-Druckgasflaschen-Systems als alleiniger Quelle zur Sauerstoff-Langzeittherapie ist indessen obsolet und unökonomisch, weshalb die Kosten von den Krankenversicherern nicht übernommen werden. Unabhängig vom Sauerstoffsystem wird neu das Verbrauchsmaterial pro rata pro Therapiejahr je nach Alter (unter oder über 16 Jahre) und nach Sauerstoffbedarf bei Belastung (Schwellenwert 6L/Min) bis zum maximal definierten Betrag vergütet.

- **Gültig ab 1.4.2022:** Die **kurzfristige Sauerstofftherapie** mittels stationärem Sauerstoffkonzentrator in Miete oder mittels Druckgas, z. B. bei Krankheiten im terminalen Stadium oder bei instabilem Gesundheitsverlauf, kann von jedem Arzt und jeder Ärztin ohne vorgängige Kostengutsprache verordnet werden. Die Übernahme der Mietkosten bei Verwendung eines stationären Sauerstoffkonzentrators mit einem Sauerstoff-Fluss von $\leq 6\text{L/Min}$ ist auf maximal 3 Monate beschränkt. Für die Übernahme der Mietkosten bei Verwendung eines stationären Sauerstoffkonzentrators mit Sauerstoff-Fluss von 6L/Min oder mehr sowie bei Verwendung eines portablen Sauerstoffkonzentrators ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers erforderlich. Für Flüssigsauerstoff und portable Sauerstoffkonzentratoren ist zusätzlich zu einer vorgängigen besonderen Gutsprache des Versicherers ein Voranschlag für die geplante Versorgung beizulegen. Bei längerer Dauer für Flüssigsauerstoff (> 12 Monate) oder für Sauerstoffkonzentratoren bei einem Sauerstoffbedarf unter Belastung von $< 6\text{L/Min}$ (> 3 Monate) ist auf eine ärztliche Begründung hin eine Kostengutsprache des Versicherers erforderlich. Bei der Verwendung von Druckgasflaschen werden nur maximal 5 Flaschenfüllungen pro Monat bezahlt; bei längerer Behandlungsdauer (> 6 Monate) ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers zur Fortsetzung der Therapie erforderlich.
- **nCPAP-Geräte zur Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms:** Bei nCPAP-Geräten mit Druckausgleich und Datenspeicherung ist neben der Miete auch der Kauf möglich. Im



Falle eines Kaufes kann frühestens alle 5 Jahre ein neues Gerät beantragt werden. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist die korrekte Abklärung und Indikationsstellung durch einen Pneumologen oder ein akkreditiertes Schlafzentrum sowie die Anpassung und Einstellung durch spezialisiertes Personal.

- **Geräte für komplexe Atemstörungen im Schlaf und für die mechanische Heimventilation:** Die Kosten für die Miete von Geräten für komplexe Atemstörungen im Schlaf (MiGeL 14.11.03 und 14.11.04) als auch Geräten der mechanischen Heimventilation (14.12.02 und 14.12.03) sind als Pflichtleistungen zu übernehmen, wobei derzeit der SVK (Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer) die Abrechnung und Koordination für die Mehrheit der Krankenversicherer (alle Krankenversicherer ausser Helsana, Sanitas, KPT und CSS) übernimmt. Indikationen und Verschreibungspraxis sind in den angepassten Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie geregelt (Respiration, 10. Dezember 2020). Ein Expertenteam der Arbeitsgruppe Heimventilation der SGP beurteilt und bewilligt die Gesuche im Auftrag des SVK. Die restlichen Krankenversicherer haben eigene Kostengutspracheverfahren etabliert.

Zu Weiterbildungen für Gesundheitsfachpersonen in diesem Bereich siehe: www.lungenliga.ch/weiterbildung



- Die Krankenkassen haben die Kosten von **Injektionshilfen** für Diabetes-Betroffene zu übernehmen (Insulin-Wegwerfspritzen mit Nadel; Pen zur Injektion von Insulin).
- **Insulinpumpen:** Ist die Indikation für eine Insulintherapie mit einer Infusionspumpe gegeben (vgl. Kap. 2.4, Ziff. 1b), so haben die Krankenkassen die Mietkosten eines Insulinpumpen-Systems zu übernehmen. Die Vergütung richtet sich nach einer fixen Tagespauschale, die neben der Miete der Pumpe auch Zubehör und Verbrauchsmaterial (Infusionsset, Tragsysteme, Ampullen etc.) beinhaltet. Beim Bezug von zusätzlichem Verbrauchsmaterial ist diese Tagespauschale nicht immer kostendeckend. Die so entstehenden Mehrkosten gehen zu Lasten der Patientin bzw. des Patienten.



- **Blutzuckermessgeräte und/oder Messsysteme:** Die Krankenkassen haben bei allen Diabetes-Betroffenen (insulinbehandelt oder nicht) die Kosten eines Blutzuckermessgeräts zu übernehmen, auch eines solchen mit integrierter Stechhilfe. Blinde und stark sehbehinderte insulinabhängige Betroffene haben Anspruch auf die Vergütung der Kosten eines Blutzuckermessgeräts mit Sprachausgabe.
- **Blutzucker-Teststreifen:** Die Krankenkassen haben auch die Kosten der notwendigen Blutzucker-Teststreifen («Reagenzträger für Blutzuckerbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät») sowie des Verbrauchsmaterials (Lanzetten für die Stechhilfen und Alkoholtupfer) zu übernehmen. Die Anzahl Teststreifen ist für nicht insulinbehandelte Diabetes-Betroffene neu auf 200 pro Jahr beschränkt. Es besteht eine grosszügige Ausnahmeregelung, sodass fast alle Betroffenen so viele Teststreifen erhalten, wie sie benötigen.
- Die Krankenkassen müssen unter gewissen Voraussetzungen die Kosten einer **kontinuierlichen Blutzuckermessung (CGM) mit Alarmfunktion** bei insulinbehandelten Patienten übernehmen: Es muss eine schwere Hypoglykämie Grad II oder III oder eine schwere Form von Brittle Diabetes mit bereits erfolgter Notfallkonsultation und/oder Hospitalisation vorliegen, der HbA1C-Wert muss mindestens 8,0% betragen und die Verschreibung muss durch einen Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie erfolgen. Die Leistungen bestehen in einer Tagespauschale. Sie setzen eine ausdrückliche vorgängige Kostengutsprache des Versicherers voraus, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.
- **Sensor-basiertes Glukose-Monitoring-System mit vorkalibrierten Sensoren und Wertabfrage:** Seit dem 1.7.2017 wird von den Krankenkassen ein weiteres sensor-basiertes Glukose-Monitoring-System übernommen. Die Vergütung erfolgt über den Stückpreis pro Sensor, der eine Tragedauer von 14 Tagen besitzt. Pro Jahr werden maximal 27 Sensoren vergütet. Eine Kostengutsprache durch die Krankenkasse ist nur auf Verordnung durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie möglich und wird nur für Diabetes-Betroffene gewährt, die auf eine intensivierete Insulintherapie angewiesen sind (Pumpentherapie oder Basis-Bolus-Therapie).



Die Mietkosten eines **tragbaren Defibrillators** müssen von den Krankenkassen bei bestimmten Indikationen (z.B. als vorübergehende Massnahme vor einer Operation oder bei hohem Risiko für einen plötzlichen Herzstillstand) übernommen werden. Bei einer Anwendungsdauer von mehr als 30 Tagen ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.

→ Art. 25 Abs. 2b KVG; Art. 55 KVV; Art. 20–24 KLV; Anhang 2 zur KLV (MiGeL)

b) Zusatzversicherungen

Werden die Kauf- oder Mietkosten eines Untersuchungs- und Behandlungsgeräts aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht (oder nicht vollständig) gedeckt, so sollten Versicherte prüfen, ob die Kosten nicht aus einer allfällig bestehenden Zusatzversicherung gedeckt werden können. Massgebend sind die **reglementarischen Bestimmungen**.

3. Die Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen

Werden im Rahmen einer von der IV übernommenen medizinischen Behandlung therapeutische Geräte benötigt, so gehen die Kosten dieser Geräte voll **zulasten der IV**. Dasselbe gilt für Implantate. Massgebend ist, dass der Einsatz von Behandlungsgeräten auf **ärztliche Anordnung** hin erfolgt.

Die Abgabe von Behandlungsgeräten erfolgt **«in einfacher und zweckmässiger Ausführung»**. Es bestehen allerdings keine fixen Kostenlimiten wie in der Krankenversicherung. Die IV gibt die Geräte **leihweise** ab, falls deren Weiterverwendung für andere Versicherte infrage kommt, ansonsten zu Eigentum. Wird ein Gerät allerdings nur während voraussichtlich kurzer Zeit zum Einsatz gelangen, so ist es nach Möglichkeit mietweise zu übernehmen; die IV übernimmt dann die **Mietkosten**.

4.2 Hilfsmittel: Die Leistungen im Überblick

1. Definition

Hilfsmittel sind Geräte, welche **ausgefallene Körperfunktionen ersetzen** und den betroffenen Personen die Selbstsorge, die Fortbewegung, den Kontakt mit der Umwelt, die Schulung, Ausbildung und Berufstätigkeit ermöglichen.

Die Abgrenzung gegenüber den **Behandlungsgeräten** ist bisweilen schwierig (Behandlungsgerät: Gerät, das unmittelbar der Behandlung eines Leidens dient), da einzelne Geräte sowohl im Zusammenhang mit einer Behandlung benötigt werden als auch ausgefallene Körperfunktionen ersetzen.

Nicht als Hilfsmittel gelten:

- **eigentliche Implantate** wie z.B. Endoprothesen, auch wenn diese eine ausgefallene Körperfunktion ersetzen;
- **Geräte zur Erleichterung der Pflege** wie z.B. Aufzugständer bei Pflegebetten (vgl. aber die Möglichkeit einer Übernahme im Bereich der Ergänzungsleistungen).

Gewisse bauliche Massnahmen werden, obschon keine Hilfsmittel in engem Sinn, den Hilfsmitteln in der Invalidenversicherung gleichgestellt (Rampen, Treppenlifte, Türverbreiterungen u.a.m.).

2. Die Leistungen der IV

a) Grundsatz

Der Anspruch auf Hilfsmittel der IV ergibt sich aus der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln (HVI) und der dazugehörigen **Hilfsmittel-Liste**: Dort wird im Einzelnen ausgeführt, welches Hilfsmittel unter welchen Voraussetzungen gewährt wird.

Anspruch auf Hilfsmittel der IV haben Personen, **die das AHV-Alter (65/64) noch nicht erreicht haben**. Für den Anspruch auf Hilfsmittel für Personen im AHV-Alter vgl. Ziff. 3.

Hinweis: Personen, welche die AHV-Rente vorbeziehen (bei Männern ab 63, bei Frauen ab 62 möglich), haben keinen Anspruch auf IV-Hilfsmittel mehr (bzw. nur, wenn der Anspruch bereits zuvor entstanden ist: sog. Besitzstandsgarantie).

Die Abgabe von Hilfsmitteln der IV erfolgt **unabhängig** davon, ob die IV für die **medizinische Behandlung** eines Leidens aufkommt. Einzige Ausnahme: Brillen, Kontaktlinsen, Zahnprothesen und Schuheinlagen werden nur dann übernommen, wenn die IV auch die entsprechende medizinische Behandlung bezahlt.

→ Art. 21, 21^{bis} IVG; Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI)

b) Form der Abgabe

Hilfsmittel, deren Anschaffungskosten über Fr. 400.– liegen und die voraussichtlich auch für andere Versicherte Verwendung finden können, werden in der Regel **leihweise abgegeben**. Alle übrigen Hilfsmittel erhält die versicherte Person zu **Eigentum**.

Die IV kann der versicherten Person auch eine **Pauschale** für die Anschaffung eines Hilfsmittels zahlen.

Erwirbt die versicherte Person selber ein Hilfsmittel, so hat sie Anspruch auf **Ersatz der Kosten**, die der Versicherung bei eigener Anschaffung entstanden wären (bzw. auf jährliche Amortisationsbeiträge bei Motorfahrzeugen).

→ Art. 3, 3^{bis}, 8 HVI

c) Einfachheit und Zweckmässigkeit von Hilfsmitteln

Es besteht grundsätzlich nur Anspruch auf Hilfsmittel in einfacher und zweckmässiger Ausführung. Durch eine andere Ausführung bedingte Zusatzkosten muss die versicherte Person selber bezahlen. Die IV finanziert zudem nur Hilfsmittel mit optimalem Preis-Leistungs-Verhältnis.

Das EDI hat bei verschiedenen Hilfsmitteln **Höchstvergütungsansätze** in der HVI festgelegt. Im Einzelfall kann der Nachweis erbracht werden, dass ein zweckmässiges Hilfsmittel im Rahmen dieser Vergütungsansätze nicht zu erhalten ist, und die IV deshalb eine höhere Entschädigung zu entrichten hat. Das ist allerdings dort nicht möglich, wo die Verordnung eine **Pauschalvergütung** vorsieht.

→ Art. 2 HVI

d) Die Nebenkosten

Setzt der Gebrauch eines Hilfsmittels ein **besonderes Training** (z.B. Prothesentraining) voraus, so übernimmt die IV die Kosten.

Die IV übernimmt auch die Behebung von Abnutzungsschäden (**Reparaturkosten**), die Kosten von notwendigen Wiederanpassungen (z.B. bei Prothesen) sowie den Ersatz von Teilstücken.

Die IV gewährt an die **Betriebs- und Unterhaltskosten** einen Beitrag von maximal Fr. 485.– pro Jahr. Keine Vergütung von Betriebs- und Unterhaltskosten erfolgt bei Motorfahrzeugen.

→ Art. 7 HVI

e) Dienstleistungen Dritter

Versicherte haben Anspruch auf die Vergütung invaliditätsbedingter Kosten für Dienstleistungen, welche von Dritten erbracht werden und **anstelle eines Hilfsmittels** notwendig sind, um ■ den Arbeitsweg zu überwinden (z.B. Übernahme von Taxikosten anstelle der Abgabe eines Motorfahrzeugs);

- den Beruf auszuüben (z.B. Vorlesen berufsnotwendiger Texte bei Blindheit anstelle der Abgabe von Ablesegeräten).

Die Vergütung von Dienstleistungen Dritter durch die IV ist betragsmässig **begrenzt**. Sie darf das Bruttoerwerbseinkommen der versicherten Person nicht übersteigen und beträgt maximal Fr. 1793.– pro Monat.

→ *Art. 9 HVI*

f) Ausländer

Hilfsmittel werden von der IV an Ausländer und Ausländerinnen nur abgegeben, wenn die betreffende Person im Zeitpunkt, da sie ein solches Hilfsmittel **erstmalig** objektiv benötigt hat, IV-versichert gewesen ist, d.h. Wohnsitz in der Schweiz gehabt hat (sog. **Versicherungsklausel**).

Ausländer aus Staaten, mit denen die Schweiz **kein Sozialversicherungsabkommen** abgeschlossen hat, müssen zu diesem Zeitpunkt bereits 1 Jahr Beiträge an die schweizerische AHV/IV bezahlt oder sich 10 Jahre hier aufgehalten haben. Bei Ausländern aus Staaten **mit einem Sozialversicherungsabkommen** ist die Karenzfrist entweder aufgehoben oder auf 1 Jahr festgelegt worden (zu den Staaten mit einem Sozialversicherungsabkommen vgl. Kap. 7.2, Ziff. 4a).

Die Versicherungsklausel darf allerdings aufgrund des Personenverkehrsabkommens zwischen der Schweiz und der EU den **Bürgern aus EU-Staaten und EFTA-Staaten**, welche in der Schweiz Wohnsitz genommen haben, nicht mehr entgegengehalten werden: Diese haben unter den gleichen Voraussetzungen Anspruch auf ein Hilfsmittel wie Schweizer Bürger und Bürgerinnen.

→ *Art. 6 Abs. 2 IVG*

3. Die Leistungen der AHV

a) Grundsatz

Für in der Schweiz wohnhafte Altersrentenbezüger, die bereits vor Erreichen des AHV-Alters Anspruch auf ein **Hilfsmittel der IV** hatten, bleibt der Anspruch in Art und Umfang bestehen, solange die Voraussetzungen weiter erfüllt sind.

Für Personen, die jedoch **erst im AHV-Alter** erstmals ein Hilfsmittel benötigen, besteht ein Anspruch nur im Rahmen der «Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung» (HVA) sowie der zugehörigen Hilfsmittel-Liste im Anhang.

→ Art. 43^{ter} AHVG; HVA

b) Die Hilfsmittel im Einzelnen

Die **HVA-Liste** umfasst insgesamt 4 Hilfsmittelkategorien: Schuhwerk, Hilfsmittel für Defekte im Kopfbereich (Gesichtsepithesen, Perücken, Hörgeräte, Sprechhilfegeräte), Rollstühle und Lupenbrillen. Im Anhang wird im Einzelnen angeführt, unter welchen Voraussetzungen diese Hilfsmittel abgegeben werden und nach wie vielen Jahren eine Erneuerung jeweils möglich ist. Die AHV übernimmt allerdings immer nur 75 % der Hilfsmittelkosten; den Versicherten bleibt ein Selbstbehalt von 25 %.

4. Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen der EL

Anspruch auf Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen der EL haben:

- die Bezüger einer jährlichen Ergänzungsleistung;
- Personen, welche eine jährliche Ergänzungsleistung nur deshalb nicht beziehen, weil ihre anrechenbaren Einnahmen ihre anerkannten Ausgaben übersteigen. Sie erhalten Hilfsmittel zugesprochen, soweit deren Kosten den Betrag des Einnahmenüberschusses übersteigen.

Seit dem 1.1.2008 (Inkrafttreten des **NFA**) ist es Sache der **Kantone**, im Einzelnen festzulegen, welche **Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte** unter welchen Voraussetzungen von den Ergänzungsleistungen vergütet werden. Die Kantone bestimmen auch, ob die Hilfsmittel und Pflegehilfsgeräte leihweise oder zu Eigentum abgegeben werden und ob auch die Kosten für das Gebrauchstraining sowie die Reparatur-, Anpassungs- und Betriebskosten ersetzt werden.

→ *Art. 14 ELG*

5. Die Leistungen der Krankenversicherung

Die **Übernahme von Hilfsmitteln** gehört an sich **nicht** zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen im Rahmen der **obligatorischen Krankenpflegeversicherung**. Allerdings figurieren in der Liste der von den Krankenkassen zu übernehmenden «Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen» (Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung) auch einzelne Hilfsmittel (wie z.B. Krücken, Orthesen, Prothesen der Extremitäten, Brust-Exoprothesen, Augenprothesen sowie Brillengläser und Kontaktlinsen). Die Krankenkassen haben für diese Hilfsmittel nur aufzukommen, wenn die IV nicht leistungspflichtig ist.



Ein Beitrag an **Brillen und Kontaktgläser** wird nur in Spezialfällen (z.B. bei krankheitsbedingten Refraktionsänderungen im Falle eines Katarakts, bei Diabetes, Makulaerkrankungen, Augenmuskelerkrankungen oder Amblyopie) sowie bei Minderjährigen gewährt. Er variiert je nach Augenerkrankung zwischen Fr. 180.– und Fr. 630.–.

Verschiedene Kassen übernehmen Beiträge an Hilfsmittel im Rahmen von Zusatzversicherungen: Wer eine solche **Zusatzversicherung** abgeschlossen hat, tut gut daran, das **Reglement** einlässlich zu studieren.

→ *Anhang 2 KLV (MiGeL)*

4.3 Einzelne Hilfsmittel

1. Prothesen

a) Definitive Fuss-, Bein-, Hand- und Armprothesen

Diese Prothesen werden von der **IV** inkl. unerlässliches Zubehör (wie z.B. Prothesenstrumpf) sowie notwendige Kleideränderungen übernommen. Die Abgabe erstreckt sich auf eine Prothese. Eine zweite Garnitur (in einfacher Ausführung) kann nur abgegeben werden, wenn deren Notwendigkeit glaubhaft gemacht wird.

Wer keinen Leistungsanspruch gegenüber der IV hat, erhält die Kosten von Fuss-, Bein-, Hand- und Armprothesen von der **Krankenkasse** vergütet, wobei in diesem Fall der Selbstbehalt von 10 % zulasten der versicherten Person geht.

b) Definitive Brust-Exoprothesen

Diese Prothesen werden von der **IV** in folgendem Rahmen finanziert: **Jährlich** kann ein Betrag von maximal Fr. 500.– (Fr. 900.– bei beidseitiger Versorgung) vergütet werden. Die Berechnung der Beitragslimite basiert auf folgenden Eckwerten: Fr. 400.– für die Prothese, Fr. 100.– für notwendiges Zubehör. Die IV-Stellen entscheiden, ob zum Erwerb einer teureren (Gummi-)Prothese der Höchstbetrag bis auf 3 Jahre im Voraus bezogen werden kann. Das Bundesgericht hat entschieden, dass auch Anspruch auf eine Brust-Teilprothese besteht, wenn es im Rahmen einer Behandlung nicht zur vollständigen Amputation gekommen ist, wohl aber ein augenfälliges Brustvolumendefizit resultiert (Urteil vom 17.1.2011; 137 V 13). Betreffend Brust-Endoprothesen vgl. Kap. 4.1, Ziff. 2a.

Wer keinen Leistungsanspruch gegenüber der IV hat, erhält die Kosten von Brust-Exoprothesen bis zum Betrag von Fr. 190.– pro Seite und Kalenderjahr von der **Krankenkasse** vergütet, wobei in diesem Fall der Selbstbehalt von 10 % zulasten der versicherten Person geht.

Für die Beratung im Fachgeschäft werden beim Kauf der ersten Prothese pro Seite von der Krankenkasse Fr. 150.– vergütet (Erstberatungspauschale). Beim Kauf der weiteren Prothesen beträgt der Beitrag noch Fr. 37.50 pro Seite (Folgeberatungspauschale).

Für Zubehör und spezielle Büstenhalter zur definitiven Brust-Exoprothese vergütet die Krankenkasse zusätzlich pro Jahr Fr. 100.–.

c) Augenprothesen

Die **IV** vergütet Augenprothesen aus Glas sowie Kunstaugenprothesen. Der Ansatz ist in einer Vereinbarung mit den Lieferanten geregelt.

Besteht kein Anspruch gegenüber der IV, so hat die **Krankenkasse** die Kosten (maximal Fr. 775.45 bei Augenprothesen aus Glas, Fr. 3615.50 bei Kunstaugenprothesen) zu übernehmen, wobei in diesem Fall ein Selbstbehalt von 10 % zulasten der versicherten Person geht.

d) Gesichtsepithesen

Die **IV** übernimmt individuell modellierte Ersatzstücke zum Bedecken von Gesichtsdefekten oder als Ersatz für fehlende Gesichtspartien wie Ohrmuschel-, Nasen- und Kieferersatzstücke, Augenepithesen, Gaumenplatten u.ä.

Kieferersatzstücke, die ohne Operation oder Veränderung abnehmbar sind, werden von der IV nach chirurgischer Entfernung des Oberkiefer- und Unterkieferknochens voll übernommen.

Auch die **AHV** übernimmt Gesichtsepithesen (Kostenbeitrag 75 %).

2. Perücken

Perücken werden von der **IV** übernommen, wenn die Haare als Folge eines akuten Gesundheitsschadens oder dessen Behandlung, z.B. durch Bestrahlung oder Chemotherapie, ausgefallen sind.

Die versicherte Person kann **Art und Anzahl** der anzuschaffenden Perücken selber bestimmen, wobei eine **Preislimite** von Fr. 1500.– als Höchstbetrag pro Kalenderjahr einschliesslich Färben, Reinigen und Reparaturen gilt. In diesem Kostenrahmen wird unter Umständen auch

ein anderer Haar-Ersatz (z.B. Hair-Weaving) vergütet. Es können schliesslich auch die Kosten von Kopftüchern anstelle einer Perücke vergütet werden.

Die **AHV** übernimmt ebenfalls die Kosten von Perücken, maximal aber Fr. 1000.– pro Jahr.

3. Stützkorsetts (Rumpforthesen)

Die **IV** übernimmt die Kosten von orthopädischen Stützkorsetts, sofern eine funktionelle Insuffizienz der Wirbelsäule mit erheblichen Rückenbeschwerden sowie klinisch und radiologisch nachweisbaren Veränderungen der Wirbelsäule vorliegt, die durch andere medizinische Massnahmen nur ungenügend zu beeinflussen ist.

Wer keinen Leistungsanspruch gegenüber der **IV** hat, erhält die Kosten der Rumpforthesen von der Krankenkasse vergütet, wobei in diesem Fall der Selbstbehalt von 10% zulasten der versicherten Person geht.

4. Sprechhilfegeräte

Die **IV** gibt Sprechhilfegeräte auf ärztliche Anordnung hin nach **Kehlkopfoperationen** zu Eigentum ab. Gebrauchstraining und Reparaturen gehen zulasten der **IV**.

Auch die **AHV** gibt solche Sprechhilfegeräte ab (Kostenbeitrag 75%), wobei die Kosten für Reparaturen, den Betrieb und ein allfälliges Gebrauchstraining nicht zulasten der Versicherung gehen. Die erneute Abgabe eines derartigen Geräts kann frühestens nach 5 Jahren erfolgen.

5. Rollstühle

a) Rollstühle ohne motorisierten Antrieb

Die **IV** gibt solche Rollstühle an nur beschränkt gehfähige Personen ab. Sie übernimmt die behinderungsbedingten Anpassungen und finanziert auch das notwendige Zubehör. Die **IV**

finanziert in der Regel nur einen Rollstuhl. Ein Zweitrollstuhl kann jedoch abgegeben werden, wenn er für die behinderte Person eine unbedingte Notwendigkeit darstellt.

Auch die **AHV** finanziert die Abgabe von Rollstühlen bei Personen, die für die Fortbewegung voraussichtlich dauernd darauf angewiesen sind. Der Beitrag der AHV beträgt Fr. 900.– und kann höchstens alle 5 Jahre beansprucht werden. Bei invaliditätsbedingt notwendiger Spezialversorgung beträgt die Kostenbeteiligung Fr. 1840.–, bei zusätzlicher Notwendigkeit eines Antidekubituskissens Fr. 2200.–.

b) Elektrorollstühle

Die **IV** (nicht aber die AHV) übernimmt auch die Kosten von Elektrorollstühlen für Personen, die einen gewöhnlichen Fahrstuhl nicht bedienen und sich nur dank elektromotorischem Antrieb **selbstständig** fortbewegen können. Übernommen werden ebenfalls die Reparaturkosten inkl. Ersatz von Batterien. **Zwei** Elektrorollstühle werden in der Regel nur abgegeben, wenn der eine am Arbeitsplatz und der andere im Wohnbereich benötigt wird; ansonsten wird zusätzlich zu einem Elektrofahrstuhl bloss ein gewöhnlicher Rollstuhl abgegeben.

6. Elektrobetten

Elektrobetten (inkl. Aufziehbügel) werden von der **IV** nur an Personen abgegeben, die darauf angewiesen sind, um zu Bett zu gehen und aufzustehen (nicht jedoch an dauernd Bettlägerige). Vergütet wird der Kaufpreis eines Bettes bis zum Höchstbeitrag von Fr. 2500.–. Zusätzlich wird ein Beitrag von Fr. 250.– an die Kosten der Auslieferung gewährt.

Allenfalls wird auch ein gewisser Betrag an ein Elektrobett über die Krankenkassen-Zusatzversicherung gewährt. Bei Bedarf muss dies individuell abgeklärt werden.

Keine Finanzierung von Elektrobetten kennt die **AHV**. Eine Finanzierung ist bei Altersrentnern allenfalls über die **EL** möglich (vgl. Kap. 4.2, Ziff. 4b).

7. Hilfsmittel zur Durchführung der Körperhygiene

Die **IV** übernimmt **WC-Dusch- und -Trockenanlagen** sowie **Zusätze zu bestehenden Sanitärseinrichtungen**, falls eine Person ohne einen solchen Behelf nicht zur Durchführung der betreffenden Körperpflege fähig ist. Unter diese Hilfsmittel fallen auch **Badelifte**, die den Einstieg in die Badewanne ermöglichen: Diese werden von der IV auch dann finanziert, wenn die betroffene Person nur unwesentlich zur eigenen Körperhygiene beitragen kann und der Badelift vorwiegend zur Erleichterung der Hilfe von Drittpersonen dient.

4

Keine Finanzierung solcher Hilfsmittel kennt die **AHV**. Eine Finanzierung ist bei den Altersrentnern allenfalls über die **EL** möglich (vgl. Kap. 4.2, Ziff. 4b).

8. Arbeits- und Haushaltgeräte

Die **IV** übernimmt die Kosten von invaliditätsbedingt notwendigen Arbeits- und Haushaltgeräten sowie Zusatzeinrichtungen, Zusatzgeräte und Anpassungen für die Bedienung von Apparaten und Maschinen, falls die **Kosten erheblich** sind (d.h. Fr. 400.– übersteigen). Geräte für die **Haushaltführung** werden nur für Personen finanziert, die im Haushalt regelmässig (d.h. nicht nur punktuell) Verantwortung übernehmen, und nur dann, wenn die Arbeitsfähigkeit im Haushalt erheblich verbessert werden kann.

Werden Geräte von der IV abgegeben, die auch eine gesunde Person in gewöhnlicher Ausführung benötigt, so muss sich die versicherte Person bis zu einem gewissen Grad an den Kosten beteiligen.

Weder die **AHV** noch die **EL** zahlen etwas an die Kosten von Arbeits- und Haushaltgeräten.

5. Übrige Rehabilitationsmassnahmen

5.1 Nicht medizinische Therapien

5.2 Berufliche Eingliederung

5.1 Nicht medizinische Therapien

1. Abgrenzung

In diesem Kapitel soll kurz dargestellt werden, in welchem Rahmen Therapien, die nicht medizinischer Art sind, von einer Sozialversicherung gedeckt werden können.

Unter den Begriff der medizinischen Therapien fallen all jene, die in der Regel entweder von einem Arzt selber oder auf dessen Anordnung von einer sog. medizinischen Hilfsperson erbracht werden (z.B. Physiotherapie, Psychotherapie).

Für die nicht medizinischen Therapien (z.B. Musiktherapie, Kunsttherapie, Heileurythmie) gibt es keine einheitliche begriffliche Umschreibung. In der IV ist früher von pädagogisch-therapeutischen Massnahmen gesprochen worden.

2. Die Leistungen der Kantone

Die IV ist bis Ende 2007 unter gewissen Voraussetzungen für die Kosten von **pädagogisch-therapeutischen Massnahmen** (z.B. heilpädagogische Früherziehung, Sprachheilbehandlung, Hörtraining und Ableseunterricht) bei Minderjährigen aufgekommen, und zwar unabhängig davon, ob ein Kind an einer Geburts- oder Krankheitsbehinderung leidet. Seit dem 1.1.2008 (Inkrafttreten des NFA) ist es Sache der **Kantone**, für die Finanzierung dieser Massnahmen zu sorgen.

3. Die Leistungen der Krankenversicherung

Die Krankenkassen dürfen die Kosten **ambulanter** nicht medizinischer Therapien im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernehmen. Eine Übernahme im Rahmen von Zusatzversicherungen aufgrund reglementarischer Bestimmungen ist hingegen denkbar.

Werden nicht medizinische Therapien **im Rahmen eines Spitalaufenthaltes** durchgeführt, so findet eine indirekte Übernahme durch die Krankenkassen dann statt, wenn das Spital aufgrund eines Tarifvertrages für die Gesamtbehandlung eine **Pauschale** in Rechnung stellt.

Werden jedoch Therapien vom Spital gesondert in Rechnung gestellt (was etwa bei Privatspitälern vorkommt), so müssen die Krankenkassen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Leistungen erbringen. Denkbar ist demgegenüber, dass sie aus einer Spitalzusatzversicherung einen Beitrag leisten. Massgebend sind die reglementarischen Bestimmungen.

5.2 Berufliche Eingliederung

1. Grundsatz

a) Leistungspflicht der IV

Wenn infolge einer Krankheit, eines Unfalls oder einer Geburtsbehinderung berufliche Massnahmen notwendig werden, so kommt für deren Finanzierung als einzige Versicherung die **IV** infrage. Sie bietet eine breite Palette von Leistungen an, die in den letzten Jahren sukzessive ausgebaut worden sind. Es sind dies insbesondere die eingliederungsorientierte Beratung, Frühinterventionsmassnahmen, Beratung und Begleitung, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Personalverleih sowie finanzielle Anreize für Arbeitgeber. Der Fokus liegt darauf, Jugendliche beim Übergang ins Berufsleben sowie Personen mit psychischen Beeinträchtigungen gezielter zu unterstützen.

b) Ausländerinnen und Ausländer

Ob auch Ausländerinnen und Ausländer Anspruch auf berufliche Massnahmen der IV haben, hängt davon ab, wann diese Massnahmen **erstmalig** objektiv notwendig geworden sind. In diesem Zeitpunkt muss die betreffende Person **Wohnsitz** in der Schweiz gehabt haben. Bei Ausländerinnen und Ausländern aus einer Reihe von Staaten, mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, genügt dies bereits, um einen Anspruch gegenüber der IV zu begründen. Bürger und Bürgerinnen anderer Vertragsstaaten müssen im massgebenden Zeitpunkt bereits mindestens **1 Jahr Beiträge** an die IV entrichtet haben oder **ununterbrochen 1 Jahr Aufenthalt** in der Schweiz gehabt haben. Dies gilt auch für anerkannte Flüchtlinge. Bei Bürgern und Bürgerinnen von Nichtvertragsstaaten gilt, dass sie im massgebenden Zeitpunkt bereits während **eines vollen Jahres Beiträge** an die IV entrichtet oder **10 Jahre ununterbrochen Aufenthalt in der Schweiz** gehabt haben müssen.

Zu den Staaten mit einem Sozialversicherungsabkommen vgl. Kap. 7.2, Ziff. 4a.

Hinweis: Die Versicherungsklausel darf den **Bürgern aus EU-Staaten und EFTA-Staaten**, welche in der Schweiz Wohnsitz genommen haben, nicht mehr entgegengehalten werden: Diese haben unter den gleichen Voraussetzungen Anspruch auf berufliche Massnahmen der IV wie Schweizer Bürger und Bürgerinnen.

→ Art. 3a, Art. 3a^{bis}, Art. 6 Abs. 2, Art. 9 Abs. 3, Art. 14^{quater}, Art. 14a IVG

2. Berufsberatung und Arbeitsvermittlung

a) Zuständigkeit

Für die Berufsberatung und Arbeitsvermittlung sind die Berufsberater und Berufsberaterinnen der **IV-Stellen** verantwortlich.

Wer sich für berufliche Massnahmen interessiert, sollte sich möglichst **frühzeitig bei der IV-Stelle anmelden**, damit die nötigen Schritte rechtzeitig eingeleitet werden können. Ist eine IV-Anmeldung erfolgt, so prüft die IV-Stelle rasch und ohne umfassende Vorabklärung der medizinischen und versicherungsmässigen Voraussetzungen, welche beruflichen Massnahmen, insbesondere auch im Hinblick auf die Aufrechterhaltung eines gefährdeten Arbeitsplatzes, nötig sind (sog. **Frühintervention**). Diese Massnahmen werden in der Regel aufgrund eines Assessments mit Zielvereinbarungen festgelegt. Die Frühinterventionsphase endet, sobald die üblichen Abklärungen erfolgt sind und eigentliche Eingliederungsmassnahmen verfügt werden können.

→ Art. 7d IVG; Art. 1^{sexies}–1^{octies} IVV

b) Berufsberatung

Es besteht einerseits Anspruch auf berufliche Beratung durch die Berufsberater und Berufsberaterinnen der IV. Andererseits finanziert die IV im Rahmen der Berufsberatung auch **Abklärungsaufenthalte** in spezialisierten Eingliederungsstätten. Während dieser stationären Abklärungen besteht Anspruch auf ein **IV-Taggeld** (vgl. Kap. 6.6).

→ Art. 15 IVG

c) Arbeitsvermittlung

Personen mit einer Behinderung, denen die Fortsetzung ihrer beruflichen Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr im bisherigen Rahmen möglich ist, haben Anspruch auf **aktive Unterstützung bei der Arbeitssuche** durch die Berufsfachleute der IV. Sie können von diesen auch **begleitende Beratung** im Hinblick auf die **Aufrechterhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes** beanspruchen.

Im Rahmen dieser Arbeitsvermittlung kann die IV-Stelle auch einen bis zu 6 Monate langen **Arbeitsversuch** in einem Betrieb anordnen, um die Leistungsfähigkeit einer Person im Arbeitsmarkt abzuklären. Während dieses Arbeitsversuchs entsteht kein eigentliches Arbeitsverhältnis, es sind aber eine Reihe von Rechten und Pflichten des Arbeitsvertragsrechts sinngemäss anwendbar. Arbeitsversuche werden jeweils in einer Vereinbarung geregelt, in der Rahmenbedingungen, Dauer und Ziele festgelegt werden. Die versicherte Person erhält anstelle eines Lohnes ein **Taggeld der IV** (vgl. dazu Kap. 6.6).

Kann eine Stelle vermittelt werden, so kann die IV während der Einarbeitungszeit im neuen Betrieb während maximal 6 Monaten einen **Einarbeitungszuschuss** gewähren, falls die Person während der Einarbeitungszeit noch nicht die volle Leistung erbringen kann. Der Einarbeitungszuschuss wird an den **Arbeitgeber** überwiesen, der seinerseits von Beginn weg den vollen Lohn entrichtet und die Sozialversicherungsbeiträge abrechnet.

Sind am neuen Arbeitsplatz behinderungsbedingt **Hilfsmittel** nötig, so übernimmt die IV diese Kosten ebenfalls (vgl. hierzu Kap. 4.2).

d) Personalverleih

Wer Anspruch auf Arbeitsvermittlung hat, kommt auch für die Massnahme des Personalverleihs infrage. Dabei wird die versicherte Person von einem Personalverleiher angestellt und arbeitet verleihweise in einem Einsatzbetrieb im ersten Arbeitsmarkt. Der Personalverleiher muss über spezialisiertes Fachwissen bezüglich der Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen verfügen. Für die Suche und Vermittlung eines passenden Arbeitseinsatzes in einem Einsatzbetrieb und die Durchführung des Personalverleihs wird der Personalverleiher von der IV entschädigt.

→ Art. 18, 18a, 18a^{bis}, 18b IVG; Art. 6^{bis}, 6^{ter}, 6^{quinquies} IVV

3. Erstmalige Ausbildung und Umschulung

a) Grundsatz

Die IV übernimmt grundsätzlich die **behinderungsbedingten Mehrkosten** im Rahmen der beruflichen Eingliederung. Es werden dabei zwei Fälle unterschieden:

- Im Rahmen der **erstmaligen beruflichen Ausbildung** von Frühbehinderten übernimmt die IV bloss die **Mehrkosten** (weil auch Nichtbehinderte hier gewisse Kosten haben).
- Ist jedoch eine berufliche **Umschulung** einer bereits erwerbstätigen Person nötig, so übernimmt die IV die **gesamten Kosten** (weil die gesamten Kosten behinderungsbedingt sind).

b) Erstmalige berufliche Ausbildung

Die IV übernimmt die invaliditätsbedingten **Mehrkosten** (z.B. Transportkosten; Unterkunft und Verpflegung, wenn die Ausbildung in einer Eingliederungsstätte erfolgen muss; besondere Schulkosten, wenn eine gewöhnliche Lehre nicht möglich ist). Die Ausbildung soll sich, wenn immer möglich, am ersten Arbeitsmarkt orientieren und ganz oder teilweise dort durchgeführt werden.

Als erstmalige berufliche Ausbildung gilt jede Art von Anlehre, Berufslehre, Besuch einer Mittel-, Fach- oder Hochschule inkl. notwendige Vorbereitungskurse. Nicht darunter fällt der Besuch von Berufswahlschulen.

Die IV übernimmt auch die invaliditätsbedingten Mehrkosten bei einer **beruflichen Weiterbildung** im bisherigen oder in einem anderen Berufsfeld, sofern diese geeignet und angemessen ist und dadurch die Erwerbsmöglichkeiten voraussichtlich erhalten oder verbessert werden können. Eine solche Kostenübernahme ist auch dann möglich, wenn an sich eine berufliche Tätigkeit im erlernten Beruf nach wie vor aus gesundheitlichen Gründen möglich wäre.

Wird eine erstmalige berufliche Ausbildung in einer

- Schule (Gymnasium) absolviert, so besteht ab 1.1.2022 kein Taggeldanspruch mehr.
- Für Studierende an einer Hochschule wird nur dann ein Taggeld ausgerichtet, wenn sie aufgrund ihrer Behinderung nicht in der Lage sind, eine Teilzeiterwerbstätigkeit auszuüben.
- Lehrlinge (Auszahlung durch den Arbeitgeber) erhalten neu ein Taggeld in der Höhe des Lohnes gemäss Lehrvertrag (bei nicht durchschnittlichem Lehrlingslohn kann ein statistischer Wert herangezogen werden; bei fehlendem Lehrvertrag wird ein nach Alter abgestuftes mittleres Einkommen von Personen in vergleichbarer Ausbildungssituation herangezogen). Kein Taggeldanspruch besteht während der beruflichen Weiterbildung.

→ Art. 16 IVG; Art. 5, Art. 5^{bis} und 5^{ter} IVV

c) Umschulung

Die IV übernimmt die **gesamten Kosten** einer invaliditätsbedingten Umschulung: Schulgelder und Schulmaterialien, Transportkosten, Kosten für auswärtige Verpflegung und Unterkunft u.a.m.

Eine Umschulung wird übernommen, wenn

- die bisherige oder eine andere Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen **nicht mehr möglich oder zumutbar** ist. Praxisgemäss werden Verdiensteinbussen bis zu 20% in den meisten Fällen noch als zumutbar betrachtet;
- die vorgesehene Umschulung **geeignet** ist, die Erwerbsfähigkeit längerfristig wieder teilweise oder ganz herzustellen;
- die Massnahme als **verhältnismässig** erscheint (vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis). Es besteht dabei grundsätzlich Anspruch auf Umschulung auf einen Beruf, der dieselben Verdienstmöglichkeiten wie der bisherige eröffnet.

Eine Umschulung wird von der IV nur finanziert, wenn die IV-Stelle die Massnahme vorgängig gutgeheissen hat. Das Vorgehen sollte deshalb unbedingt in **Absprache mit den Berufsberatern und Berufsberaterinnen der IV** festgelegt werden.

Während einer Umschulung besteht nicht nur Anspruch auf Kostenersatz, sondern auch auf ein **IV-Taggeld** (vgl. dazu Kap. 6.6).

→ Art. 17 IVG; Art. 6 IVV

4. Massnahmen der Wiedereingliederung

a) Grundsatz

In der IV gilt der allgemeine Grundsatz «Eingliederung vor Rente». Deshalb wird bei jedem Rentengesuch als erstes geprüft, ob die Erwerbsfähigkeit mit Eingliederungsmassnahmen der IV verbessert werden kann. Erst wenn dies nicht mehr der Fall ist, kann eine Rente zugesprochen werden. Aber auch wenn eine Rente einmal gewährt worden ist, klären die IV-Stellen periodisch ab, ob nicht aufgrund der gesundheitlichen und persönlichen Entwicklung ein **Eingliederungspotenzial** besteht, welches mit medizinischer Behandlung oder gezielten beruflichen Eingliederungsmassnahmen genutzt werden könnte. Bejaht sie dies, so kann die IV-Stelle Massnahmen der Wiedereingliederung gewähren. Die Rentner und Rentnerinnen haben sich diesen zu unterziehen (**Mitwirkungspflicht**), ansonsten sie riskieren, dass ihre Rente eingestellt oder reduziert wird.

b) Die einzelnen Massnahmen

Als Massnahmen der Wiedereingliederung fallen sowohl **Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung** (Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation wie Arbeitstraining und Aufbautraining) wie auch eigentliche **berufliche Massnahmen** (Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuche, Umschulung) oder die Abgabe von Hilfsmitteln in Betracht. Die IV-Stelle kann auch ein Coaching unter dem Titel **«Beratung und Begleitung»** zusprechen, von dem sowohl die Versicherten wie ihre Arbeitgeber profitieren können.

Während der Massnahmen zur Wiedereingliederung **läuft die Rente weiter**. Es besteht kein Anspruch auf ein Taggeld. Nach Abschluss der Massnahmen prüft dann die IV-Stelle, ob dank der Massnahmen zur Wiedereingliederung die Erwerbsfähigkeit verbessert werden konnte. Bejaht sie dies, so kann sie die Rente herabsetzen oder aufheben (vgl. hierzu auch Kap. 7.2, Ziff. 2c).

→ Art. 8a, Art. 22 Abs. 5 IVG

6. Erwerbsausfall/Taggelder

6.1 Arbeitsrecht: Kündigung

6.2 Arbeitsrecht: Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit

6.3 Arbeitsrecht: Informationspflicht

6.4 Krankentaggeld: Versicherungsdeckung

6.5 Krankentaggeld: Voraussetzungen, Höhe und Dauer des Anspruchs

6.6 IV-Taggeld

6.1 Arbeitsrecht: Kündigung

1. Kündigungsfristen

Für Arbeitgeber und Arbeitnehmer dürfen keine verschiedenen Kündigungsfristen festgesetzt werden; ist dies geschehen, gilt für beide Parteien die längere Frist.

Falls nichts anderes schriftlich vereinbart worden ist, kann ein Arbeitsverhältnis laut **Obligationenrecht (OR)** nach Ablauf der Probezeit wie folgt gekündigt werden:

- im 1. Dienstjahr mit einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Monats,
- im 2. bis 9. Dienstjahr mit einer Frist von zwei Monaten auf das Ende eines Monats,
- ab 10. Dienstjahr mit einer Frist von drei Monaten auf das Ende eines Monats.

Längere Kündigungsfristen gelten, falls dies von den Parteien **schriftlich vereinbart** worden ist oder falls ein anwendbarer **Gesamtarbeitsvertrag** oder **Normalarbeitsvertrag** längere Fristen vorsieht.

Eine Kündigung muss spätestens am letzten Tag des Monats bei der **Gegenpartei eingetroffen** sein, damit die Frist am ersten Tag des darauffolgenden Monats zu laufen beginnt.

→ Art. 335–335c OR

2. Kündigungs-Sperrfristen

Eine Kündigung ist nicht zulässig, wenn ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin ohne eigenes Verschulden durch Krankheit oder Unfall **ganz oder teilweise arbeitsunfähig** ist, und zwar während der folgenden Sperrfristen:

- im 1. Dienstjahr während 30 Tagen,
- im 2. bis 5. Dienstjahr während 90 Tagen,
- ab 6. Dienstjahr während 180 Tagen.

Liegen verschiedene Unfälle oder Krankheiten vor, so beginnt die Kündigungs-Sperrfrist für jede Arbeitsunfähigkeit neu zu laufen. Dies gilt jedoch nicht, wenn dieselbe Krankheit oder derselbe Unfall im Sinne eines Rückfalls zu erneuter Arbeitsunfähigkeit führt.

Alle Kündigungen, die **während** dieser Sperrfrist durch einen Arbeitgeber ausgesprochen werden, sind **ungültig**: Sie haben keine Wirkung und müssen nach Ablauf der Sperrfrist wiederholt werden.

Ist eine Kündigung **vor Beginn einer Sperrfrist** (d.h. vor Beginn einer Arbeitsunfähigkeit) ausgesprochen worden, reicht aber das Ende der Kündigungsfrist noch in die Sperrfrist, so bleibt die Kündigung zwar gültig, aber die Kündigungsfrist **verlängert** sich um die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (max. um die Dauer der Sperrfrist). Dies gilt allerdings nur, falls das Arbeitsverhältnis vom **Arbeitgeber** gekündigt worden ist.

Hinweis: Einzelne **Gesamtarbeitsverträge** sehen vor, dass bei Arbeitsunfähigkeit so lange nicht gekündigt werden darf, als der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin von der Kollektivversicherung ein Taggeld zugute hat.

Achtung: Die Kündigungs-Sperrfristen bei Krankheit sagen noch nichts darüber aus, ob während dieser Zeit auch Anspruch auf Lohn besteht (vgl. hierzu Kap. 6.2).

→ *Art. 336c OR*

3. Kündigung durch Arbeitnehmer

Arbeitgeber legen immer wieder Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen, deren Leistung aus gesundheitlichen Gründen nachlässt, nahe, das Arbeitsverhältnis **selber zu kündigen**. Es wird dafür ein besonders günstiges Arbeitszeugnis in Aussicht gestellt.

Eine solche Kündigung kann nur dann empfohlen werden, wenn eine neue Stelle bereits **schriftlich zugesichert** ist. Sonst resultieren nur Nachteile, und zwar in Bezug auf

- die **Arbeitslosenversicherung**: Mögliche Einstellung in der Anspruchsberechtigung wegen selbstverschuldeter Arbeitslosigkeit,
- die **Krankentaggeld-Versicherung**: Frühzeitige Beendigung des kollektiven Versicherungsschutzes (vgl. hierzu Kap. 6.4),
- die **Invalidenversicherung** und die **Pensionskasse**: Unklarheiten, ob die Beendigung des Arbeitsverhältnisses aus gesundheitlichen Gründen zwingend war.
- Die Sperrfristen bzw. die Schutzbestimmungen, die bei einer Arbeitgeberkündigung gelten, entfallen bei einer Arbeitnehmerkündigung.

4. Fristlose Entlassung

Unverschuldete Arbeitsunfähigkeit oder nachlassende Leistungen eines Arbeitnehmers oder einer Arbeitnehmerin infolge einer Krankheit sind niemals ein Grund für eine fristlose Entlassung: In diesem Fall muss unverzüglich schriftlich gegen die Entlassung protestiert und Schadenersatz geltend gemacht werden.

Gerechtfertigt ist eine fristlose Entlassung hingegen, wenn das Vertrauensverhältnis derart verletzt ist, dass dem Arbeitgeber die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses **nicht mehr zugemutet werden darf**. Dies ist z.B. der Fall, wenn ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin wiederholt unentschuldig vom Arbeitsplatz fernbleibt und dieses Verhalten auch nach entsprechender Verwarnung fortsetzt.

→ Art. 337 OR

6.2 Arbeitsrecht: Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit

1. Grundsatz

Wenn im Einzelarbeitsvertrag oder im Gesamtarbeitsvertrag keine längere Lohnfortzahlung vorgesehen ist und der Arbeitgeber auch keine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen (und mindestens zur Hälfte finanziert) hat, welche ein Taggeld von mindestens 80 % für eine längere Dauer vorsieht, ist die gesetzliche Regelung von Art. 324a OR anwendbar.

→ Art. 324a OR

2. Die gesetzliche Regelung

a) Der Gesetzeswortlaut

Sofern das Arbeitsverhältnis mehr als 3 Monate gedauert hat oder für mehr als 3 Monate eingegangen worden ist, ist der Arbeitgeber verpflichtet, bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit den Lohn im 1. Jahr für 3 Wochen und nachher für eine «angemessene längere Zeit» zu entrichten. Die Gerichte haben diese Bestimmung in unterschiedlichen Skalen präzisiert, welche in den einzelnen Kantonen der Schweiz zur Anwendung gelangen. Diese unterschiedliche Praxis ist zwar mehrfach kritisiert worden, gilt aber bis auf weiteres nach wie vor.

→ Art. 324a OR

b) Basler, Berner und Zürcher Skala

«Basler Skala»

Dienstdauer:	Lohnauszahlung:
im 1. Jahr	3 Wochen
über 1 bis 3 Jahre	2 Monate
über 3 bis 10 Jahre	3 Monate
über 10 bis 15 Jahre	4 Monate

über 15 bis 20 Jahre	5 Monate
über 20 Jahre	6 Monate

«Berner Skala»

Dienstdauer:	Lohnauszahlung:
im 1. Jahr	3 Wochen
im 2. Jahr	1 Monat
im 3. und 4. Jahr	2 Monate
im 5. bis 9. Jahr	3 Monate
im 10. bis 14. Jahr	4 Monate
im 15. bis 19. Jahr	5 Monate
im 20. bis 24. Jahr	6 Monate
im 25. bis 29. Jahr	7 Monate
im 30. bis 34. Jahr	8 Monate
im 35. bis 39. Jahr	9 Monate

«Zürcher Skala»

Dienstdauer:	Lohnauszahlung:
während des 1. Jahres	3 Wochen
während des 2. Jahres	8 Wochen
während des 3. Jahres	9 Wochen
während des 4. Jahres	10 Wochen
während des 5. Jahres	11 Wochen
während des 6. Jahres	12 Wochen
während des 7. Jahres	13 Wochen
während des 8. Jahres	14 Wochen
während des 9. Jahres	15 Wochen
während des 10. Jahres	16 Wochen
während des 11. Jahres	17 Wochen

während des 12. Jahres	18 Wochen
während des 13. Jahres	19 Wochen
während des 14. Jahres	20 Wochen
während des 15. Jahres	21 Wochen

Welche dieser 3 Skalen am jeweiligen Arbeitsort massgebend ist, erfährt man beim örtlich zuständigen Arbeits- oder Zivilgericht.

c) Anwendungsfragen

Sämtliche Absenzen im selben Dienstjahr werden **zusammengezählt**. Im nächsten Dienstjahr beginnt der Anspruch auf Lohnfortzahlung von neuem.

Ob sich der Anspruch auf Lohnfortzahlung bei **teilweiser Arbeitsunfähigkeit** verlängert (z.B. bei 50%-Arbeitsunfähigkeit verdoppelt), ist in der Praxis umstritten. Die herrschende Lehre bejaht dies, das Bundesgericht hat sich aber noch nicht dazu geäußert.

Die Lohnfortzahlung umfasst den **gesamten** Lohn inkl. regelmässiger Nacht- und Dienstzulagen, Trinkgelder, Provisionen.

6

3. Schadenersatzpflicht des Arbeitgebers

In Arbeitsverträgen und vor allem in Gesamtarbeitsverträgen wird der Arbeitgeber häufig verpflichtet, eine **Krankentaggeldversicherung abzuschliessen**. Tut er dies nicht und wird ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin für längere Zeit arbeitsunfähig, so kann vom Arbeitgeber Schadenersatz in der Höhe des entgangenen Taggeldes verlangt werden.

Dasselbe gilt, wenn der Arbeitgeber zwar eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen hat, diese jedoch einen Vorbehalt wegen vorbestehender Leiden errichtet, und der Arbeitgeber in keiner Weise über die Möglichkeit des eingeschränkten Versicherungsschutzes informiert hat.

6.3 Arbeitsrecht: Informationspflicht

Verliert eine Person ihre bisherige Stelle, so wird sie sich in aller Regel um eine neue Anstellung bewerben, soweit dies die gesundheitlichen Verhältnisse zulassen. Es stellt sich dabei die Frage, wieweit eine solche Person **verpflichtet** ist, im Anstellungsgespräch sowie bei Vertragsabschluss über bestehende oder vergangene gesundheitliche Beeinträchtigungen zu **informieren**.

1. Fragen des Arbeitgebers

Ein Arbeitgeber darf nur Fragen nach früheren oder bestehenden Krankheiten oder Behinderungen stellen, die im Zusammenhang mit den Aufgaben stehen, welche der Arbeitnehmer bei der Arbeitsstelle erfüllen muss. Über zurückliegende Krankheiten, bei denen keine ernsthafte Rückfallgefahr besteht, braucht nicht Auskunft gegeben zu werden.

Wer eine Krankheit trotz einer zulässigen Frage verschweigt, begeht eine Täuschung. Er bzw. sie muss, wenn die Sache später auskommt, damit rechnen, dass der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis kündigt oder (in krassen Fällen) den Vertrag sofort auflöst.

Bei gewissen Berufen darf der Arbeitgeber die Anstellung vom Ergebnis einer **ärztlichen Untersuchung** abhängig machen.

→ *Art. 28, 320 OR*

2. Information ohne entsprechende Fragen

Von sich aus müssen Bewerber im Anstellungsgespräch nur **ernsthafte** Beschwerden nennen, die geeignet sind, die Erfüllung des Arbeitsvertrages in wesentlichen Teilen zu beeinträchtigen.



Eine Informationspflicht besteht dann, wenn sich eine Krebskrankheit in einem akuten Zustand befindet und kurzfristig mit einer (erneuten) Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden muss; nicht aber dann, wenn die letzte Operation 6 Monate zurückliegt und gute Hoffnung besteht, dass es zu keinem Rückfall kommt.



Personen mit einem insulinbehandelten Diabetes dürfen gewisse Berufe nicht ausüben, bei der eine Fremdgefährdung durch eine Hypoglykämie (Unterzuckerung) sehr gross ist (z.B. Buschauffeur, Kranführer, Ambulanzfahrer). Wer solche Arbeiten nicht verrichten darf, von welchen er annehmen muss, dass sie Bestandteil des Arbeitsvertrags sind, hat beim Anstellungsgespräch auf seine gesundheitlichen Einschränkungen hinzuweisen. Keine Informationspflicht besteht demgegenüber, wenn sich ein Diabetes-Betroffener, der seine Arbeit mehrmals täglich zur Blutzuckermessung kurz unterbrechen muss, um eine Bürostelle bewirbt; dennoch empfiehlt es sich, den Arbeitgeber darüber zu informieren, allerspätestens beim Arbeitsantritt.

Verschweigt jemand trotz bestehender Auskunftspflicht eine Krankheit, so muss, falls die Sache später auskommt, mit einer **Kündigung** oder gar einer einseitigen **sofortigen Vertragsauflösung** wegen Irrtums oder Täuschung gerechnet werden.

→ Art. 20, 28, 320 OR

6.4 Krankentaggeld: Versicherungsdeckung

1. Die Versicherer

Für die Rechtsstellung der versicherten Person ist entscheidend, ob eine Taggeldversicherung den Regeln des Sozialversicherungs- oder des Privatversicherungsrechts untersteht. Es ist deshalb in jedem Einzelfall zu prüfen, welche rechtlichen Bestimmungen (KVG oder Versicherungsvertragsgesetz VVG) massgebend sind.

a) Die freiwillige Taggeldversicherung im Sinne des KVG

Die **Krankenkassen**, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreiben, haben auch eine freiwillige Taggeldversicherung im Sinne von Art. 67–77 KVG anzubieten. Das Gesetz sagt allerdings nicht, bis zu welcher Höhe ein Taggeld unter diesem Titel versichert zu werden braucht: Die meisten Krankenkassen bieten bloss ein beschränktes Taggeld (z.B. bis Fr. 35.– pro Tag) im Rahmen des KVG an.

Freiwillig ist die Taggeldversicherung insofern, als niemand gesetzlich verpflichtet ist, sich gegen die Folgen eines Erwerbsausfalls bei Krankheit zu versichern. **Nicht freiwillig** ist die Versicherung jedoch insofern, als alle Personen mit Wohnsitz oder einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz das Recht haben, zu gleichen Bedingungen eine solche Taggeldversicherung abzuschliessen.

→ Art. 13 Abs. 2, 67 und 68 KVG; Art. 109 KVV

b) Die privatrechtliche Taggeldversicherung

Wenn **private Versicherungsgesellschaften** eine Taggeldversicherung durchführen, so untersteht diese den Regeln des Versicherungsvertragsrechts: Es steht den Versicherern grundsätzlich frei, ob sie mit einer bestimmten Person einen solchen Versicherungsvertrag abschliessen wollen oder nicht (Grundsatz der Privatautonomie); sie können (mit wenigen Ausnahmen) die Modalitäten der Versicherung im Rahmen der Police und der allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Belieben gestalten.

Aber auch den **Krankenkassen** steht es frei, zusätzlich zur freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG eine Taggeldversicherung nach dem Versicherungsvertragsrecht (sog. **Zusatzversicherung**) anzubieten. Freiwillige Taggeldversicherungen nach KVG sind in der Praxis selten.

→ Art. 12 Abs. 2 KVG; Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

2. Abschluss der Versicherung

a) Einzelversicherung

Jede Person, die bei einer **Krankenkasse** im Rahmen des **KVG** (vgl. Ziff. 1a) eine Einzel-Taggeldversicherung abschliessen will, hat ein Recht auf den Beitritt zur Versicherung im Rahmen des durch das Reglement umschriebenen Angebots.

Die Krankenkasse kann den Beitritt nicht wegen erhöhten gesundheitlichen Risikos verweigern (ausser eine Person habe bereits das 65. Altersjahr zurückgelegt); sie kann jedoch

- Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen (oder frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können), durch einen **5-jährigen Vorbehalt** von der Versicherung ausschliessen: Der Vorbehalt ist nur gültig, wenn er von der Kasse schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit präzise bezeichnet;
- die Prämien nach dem **Eintrittsalter** (nicht aber nach dem Geschlecht) abstufen.

Wer bei einer **Versicherungsgesellschaft** oder einer Krankenkasse im Rahmen des **Privatversicherungsrechts** (vgl. Ziff. 1b) eine Einzel-Taggeldversicherung abschliessen will, muss damit rechnen, dass der Versicherer sich umfassend nach dem Gesundheitszustand erkundigt und je nach Ergebnis der Abklärungen den **Versicherungsabschluss verweigert** oder vorbestehende Krankheiten mit einem zeitlich unbegrenzten **Vorbehalt** von der Versicherung ausschliesst (vgl. Kap. 2.3, Ziff. 1c). Die Prämien werden nach dem Risiko (Alter, Geschlecht) abgestuft.

Der Abschluss einer Einzel-Taggeldversicherung empfiehlt sich für alle Personen, die nicht im Rahmen einer Kollektiv-Versicherung über einen genügenden Versicherungsschutz verfügen: Es sind dies insbesondere **Selbstständigerwerbende**, vereinzelt aber auch Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, vorab in Kleinbetrieben.

→ Art. 68–69 KVG; Art. 4 ff. VVG

b) Kollektivversicherung

Die Taggeldversicherung ist in der Schweiz auch für **Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen** vom Gesetz her **nicht obligatorisch**: Viele Arbeitgeber werden jedoch im Rahmen von **Gesamtarbeitsverträgen** verpflichtet, ein Krankentaggeld zu versichern; andere Firmen verpflichten sich wiederum im Rahmen von Einzelarbeitsverträgen hierzu, wobei die Prämie in der Regel von Arbeitgebern und Arbeitnehmern hälftig getragen wird.

Das Versicherungsverhältnis wird in diesen Fällen durch einen **Kollektivversicherungsvertrag** zwischen dem Arbeitgeber einerseits und einer Krankenkasse oder einer Versicherungsgesellschaft andererseits begründet. In diesen Kollektivversicherungsverträgen wird in aller Regel festgehalten, dass die Arbeitnehmer versichert sind, solange das Arbeitsverhältnis andauert. Mit der **Beendigung des Arbeitsverhältnisses endet in der Regel der Versicherungsschutz**.

Hinweis: Handelt es sich um eine Taggeldversicherung nach den Regeln des KVG, so endet selbst bei bestehender Arbeitsunfähigkeit die Leistungspflicht des Versicherers mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses (zur Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes vgl. Ziff. 3 und 4). Anders verhält es sich bei Taggeldversicherungen, welche den Regeln des VVG unterstellt sind (was heute üblich ist): Enthalten die Versicherungsbedingungen nichts Gegenteiliges, so muss das Taggeld für eine bestehende Arbeitsunfähigkeit auch nach Ende des Arbeitsverhältnisses weiter aus der Kollektivversicherung entrichtet werden.

Die Versicherung von Personen mit einer **vorbestehenden Krankheit** ist im Rahmen der Kollektivversicherungsverträge sehr unterschiedlich geregelt: Einzelne Verträge verzichten

generell auf Vorbehalte, andere wiederum sehen individuelle Vorbehalte für einzelne Arbeitnehmer nach entsprechender gesundheitlicher Abklärung vor oder gewähren bloss reduzierte Leistungen, wenn eine Person infolge einer bei Versicherungseintritt vorbestehenden Krankheit arbeitsunfähig wird.

Hinweis: Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen haben ein Interesse sowie ein Recht zu erfahren, bei welchem Versicherer die Firma die Kollektivversicherung abgeschlossen hat, ob es sich hierbei um eine **Krankenkasse** oder eine **Versicherungsgesellschaft** handelt und welches die Versicherungskonditionen sind. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die entsprechenden Informationen zu liefern und auf Wunsch ein Exemplar des massgebenden **Reglementes** oder der massgebenden **allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)** abzugeben.

3. Übertritt in die Einzelversicherung

Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die einen Betrieb verlassen, ohne eine neue Erwerbstätigkeit aufzunehmen, oder die zu einer Firma wechseln, welche keine (oder eine wesentlich schlechtere) Kollektiv-Taggeldversicherung abgeschlossen hat, können grundsätzlich das Gesuch um **Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung** stellen. Die rechtlichen Grundlagen für das Übertrittsrecht sind allerdings nicht überall dieselben; entscheidend ist, ob die Kollektiv-Taggeldversicherung nach den Bestimmungen des KVG betrieben oder (in der Praxis häufiger) nach den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes durchgeführt wird.

a) Übertrittsrecht nach KVG

Krankenkassen, die die Taggeldversicherung nach den Regeln des KVG (vgl. Ziff. 1a) betreiben, sind verpflichtet, aus der Kollektivversicherung austretende Versicherte über die Möglichkeit des Übertritts in die Einzelversicherung **schriftlich aufzuklären**. Das Übertrittsrecht ist dann innert 3 Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen. Kommt eine Kasse ihrer Aufklärungspflicht nicht nach, so bleibt der Kollektivversicherungsschutz aufrechterhalten.

Wer in die Einzelversicherung übertritt, muss von der Kasse zu denselben Bedingungen versichert werden, die bereits in der Kollektivversicherung bestanden. Die Kasse darf dabei **keine neuen Vorbehalte** gesundheitlicher Art anbringen; sie kann höchstens bereits bestehende Vorbehalte bis zu deren Ablauf weiterführen.

Wünscht die übertretende Person allerdings den Versicherungsschutz zu verbessern (z.B. Versicherung eines **höheren Taggeldes**, Verzicht auf einen in der Kollektivversicherung vorgesehenen Aufschub der Taggeldleistungen), so kann die Kasse frei entscheiden, ob sie der Erhöhung zustimmen oder allenfalls einen Vorbehalt anbringen will.

Die Voraussetzungen für einen Übertritt in die Einzelversicherung sind somit optimal geregelt. Die **Prämien** muss nun allerdings die übertretende Person selber berappen, und die sind bisweilen recht hoch. Dennoch: Wer gesundheitlich beeinträchtigt ist und mit der Möglichkeit einer Arbeitsunfähigkeit rechnen muss, tut gut daran, die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes zu prüfen; für Arbeitsunfähige gilt dies ohnehin.

→ Art. 71 KVG

b) Übertrittsrecht nach Versicherungsvertragsrecht

Diejenigen Versicherer, die die Taggeldversicherung nach den Regeln des VWG (vgl. Ziff. 1b) durchführen, sind von Gesetzes wegen ebenfalls verpflichtet, **arbeitslos** gewordenen Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen den Übertritt in die Einzelversicherung zu **ermöglichen**. Sie haben auch die Pflicht, dafür zu sorgen, dass die versicherte Person über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird, wobei in diesen Fällen ebenfalls eine 3-monatige Frist zur Geltendmachung des Übertritts besteht.

Die Taggeldversicherer gewähren im Übrigen dieses Übertrittsrecht auch aufgrund ihrer Versicherungsbedingungen, wobei der Antrag dann in der Regel innert 30 Tagen gestellt werden muss. Die privaten Versicherer unterstehen allerdings nicht generell einer Aufklärungspflicht: Ist die

Übertrittsfrist einmal verpasst, so kann die betroffene Person nur noch auf den Goodwill der Versicherungsgesellschaft hoffen oder versuchen, ihren bisherigen Arbeitgeber wegen mangelnder Information zu belangen. Auch die privaten Versicherungsgesellschaften gewährleisten in aller Regel die Weiterversicherung im bisherigen Umfang und verzichten auf die Möglichkeit, neue **gesundheitliche Vorbehalte** anzubringen. Von diesem Prinzip finden sich allerdings im «Kleingedruckten» (AVB) einzelner weniger Gesellschaften bedauerlicherweise immer noch Ausnahmen, welche es der Gesellschaft beispielsweise erlauben, bei Übertritt für gewisse Krankheiten Vorbehalte anzubringen, welche schon bei der Aufnahme in die Kollektivversicherung bestanden, für die damals aber mangels Gesundheitsprüfung auf einen Vorbehalt verzichtet worden ist.

Hinweis: Ist eine Person während der Dauer des Kollektiv-Versicherungsverhältnisses arbeitsunfähig geworden, so kann sie häufig das Taggeld auch nach Ende des Arbeitsverhältnisses weiter beziehen (vgl. Ziff. 2b). In diesem Fall macht ein Übertritt in die Einzelversicherung keinen Sinn. Ob eine Fortsetzung der Leistungspflicht auch ohne Übertritt in die Einzelversicherung besteht, sollte rechtzeitig (d.h. vor Ende des Arbeitsverhältnisses) abgeklärt werden!

→ *Art. 100 Abs. 2 VVG*

c) Übertritt bei Wohnsitzverlegung ins Ausland

Unbefriedigend ist die Rechtslage für jene Versicherten, die nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen wollen: Sie haben in aller Regel **keine Möglichkeit**, ihren Versicherungsschutz gegen einen krankheitsbedingten Erwerbsausfall durch Übertritt in die Einzelversicherung aufrechtzuerhalten: Bei den **Krankenkassen** gilt das Territorialprinzip, d.h., die Leistungen werden grundsätzlich nicht ins Ausland transferiert; und auch in den allgemeinen Versicherungsbedingungen der **privaten Versicherer** findet sich regelmässig die Einschränkung des Übertrittsrechts auf Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.

4. Übertritt in andere Kollektivversicherung

Es gibt Situationen, bei denen eine Person im Grunde kein Interesse an einem Übertritt in die Einzelversicherung hat: Dies ist der Fall, wenn sie ohne wesentlichen Unterbruch in eine neue Firma eintritt, welche für ihre Arbeitnehmer ebenfalls in ähnlichem Umfang eine Kollektiv-Taggeldversicherung abgeschlossen hat. Die Frage stellt sich dann, ob die Person, die bisher vorbehaltlos versichert gewesen ist, riskieren muss, dass ihr wegen eines in der Zwischenzeit eingetretenen Gesundheitsschadens bei der neuen Versicherung wieder ein Vorbehalt angebracht wird.

a) Wechsel des Versicherers gemäss KVG

In jenen Fällen, in denen die Taggeldversicherung nach den Regeln des KVG betrieben wird (vgl. Ziff. 1a), verbietet es das Gesetz dem neuen Versicherer, beim Wechsel neue Vorbehalte anzubringen; einzig bisherige Vorbehalte können bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weitergeführt werden. Sind beim bisherigen Versicherer bereits Taggelder bezogen worden, so können sie vom neuen Versicherer auf die Dauer der Bezugsberechtigung angerechnet werden.

→ Art. 70 KVG

b) Freizügigkeitsabkommen

In jenen Fällen, in denen die Regeln des KVG nicht anwendbar sind, ist das Prinzip der **vollen Freizügigkeit** nur bedingt gewährleistet. Wohl gibt es ein **Freizügigkeitsabkommen**, welches der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) und Santésuisse abgeschlossen haben und welchem die meisten Versicherer und Krankenkassen beigetreten sind: Dieses Abkommen verpflichtet den neuen Kollektivversicherer, Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nach einem Stellenwechsel ohne neue Berücksichtigung des Gesundheitszustandes zu versichern; einzig bestehende Vorbehalte dürfen bis zu deren Ablauf weitergeführt werden. Im Einzelfall wird dieses Abkommen jedoch häufig nicht befolgt. Dann ist den betroffenen Versicherten zu empfehlen, nicht nur den neuen Kollektivversicherer an seine Verpflichtungen gemäss Abkommen

zu erinnern, sondern gleichzeitig auch den bisherigen Versicherer von den auftretenden Schwierigkeiten in Kenntnis zu setzen. Sollten sich die beiden Versicherer nicht einig werden, so kann die versicherte Person verlangen, dass der Streit durch den im Abkommen vorgesehenen Schiedsrichter entschieden wird.

Hinweis: Informationen darüber, welche Versicherer dem Freizügigkeitsabkommen beigetreten sind und in welchen Fällen das Abkommen zur Anwendung gelangt, finden sich auf der Website des Schweizerischen Versicherungsverbands (www.svv.ch).

6.5 Krankentaggeld: Voraussetzungen, Höhe und Dauer des Anspruchs

1. Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung

Der Anspruch auf ein Taggeld entsteht, wenn eine versicherte Person arbeitsunfähig geworden ist.

a) Begriff der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch einen Gesundheitsschaden bedingte **Unfähigkeit, zumutbare Arbeit** zu verrichten.

In der ersten Phase einer Krankheit wird Arbeitsunfähigkeit angenommen, wenn einer Person ärztlich attestiert wird, dass sie ihre **bisherige berufliche Tätigkeit** nicht mehr ausüben kann. Dauert eine Krankheit länger (z.B. mehr als ein halbes Jahr) und ist zudem eine Rückkehr in den Beruf aus gesundheitlichen oder anderen Gründen unwahrscheinlich, so wird der versicherten Person im Sinne der **Schadenminderungspflicht** zugemutet, auch eine Arbeit ausserhalb des bisherigen Berufs zu suchen. Die Versicherung hat die betroffene Person darauf hinzuweisen und für einen Berufswechsel eine **angemessene Frist** (praxisgemäss 3 bis 5 Monate) einzuräumen. Danach kann die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der zumutbaren Tätigkeiten auf dem gesamten infrage kommenden Arbeitsmarkt beurteilt werden.

Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit darf die Krankenkasse verlangen, dass sich die versicherte Person bei der IV zum **Leistungsbezug anmeldet**. Sie darf zudem die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit durch ihren Vertrauensarzt überprüfen lassen.

→ Art. 6 ATSG

b) Grad der Arbeitsunfähigkeit

Die Krankenkassen, welche die Taggeldversicherung nach den Regeln des KVG («freiwillige Taggeldversicherung») durchführen, haben das Taggeld ab einer **Arbeitsunfähigkeit von 50%** zu gewähren. Auch die übrigen Versicherer gewähren das Taggeld entweder ab einer Arbeits-

unfähigkeit von 50 % oder bereits bei geringerer Arbeitsunfähigkeit (z.B. 25 %): Massgebend sind diesbezüglich das Reglement bzw. die Versicherungsbedingungen des Versicherers.

→ Art. 72 Abs. 2 KVG

2. Höhe des Taggeldes

a) Kollektivversicherung

In der Kollektivversicherung wird das versicherte Taggeld in aller Regel als Prozentsatz des Lohnes definiert: Üblicherweise beträgt es 80 % des Lohnes, eher selten sind 90 % oder 100 %.

b) Einzelversicherung

In der Einzelversicherung entspricht das Taggeld dem vereinbarten Frankenbetrag, der für jeden Tag Arbeitsunfähigkeit (im Gegensatz zur Arbeitslosenversicherung inkl. Samstag und Sonntag) geschuldet ist. Dies gilt auch, wenn jemand von einer Kollektiv- in eine Einzelversicherung übertritt: Das versicherte Taggeld entspricht dann in der Regel 80 % des letzten Monatslohnes geteilt durch 30.

c) Kürzung wegen Überversicherung

Die **Krankenkassen**, welche die Taggeldversicherung nach den Regeln des KVG («freiwillige Taggeldversicherung») durchführen, haben das Taggeld so weit zu kürzen, als es allein oder zusammen mit den Leistungen anderer Versicherer (IV, Pensionskasse) den durch die Arbeitsunfähigkeit verursachten mutmasslich entgangenen Verdienst oder den Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung übersteigt (**Verbot des Versicherungsgewinns**).

Zu beachten ist im Zusammenhang mit der Überversicherungsberechnung, dass der Erwerbsausfall sich jährlich mindestens im Ausmass der teuerungsbedingten Lohnanpassung vergrössert. Wird das Taggeld einer Krankenkasse infolge Überversicherung gekürzt, so **verlängert** sich dafür die Bezugsdauer.

Versicherer, welche die Taggeldversicherung nach den Regeln des **Privatversicherungsrechts** betreiben, unterstehen keinen gesetzlichen Kürzungsvorschriften: Sie können das Taggeld ungekürzt gewähren; sie können aber auch kürzen, ohne dass sich deswegen die Bezugsdauer verlängert (was heute üblich ist). Massgebend sind das jeweilige Reglement bzw. die allgemeinen Versicherungsbedingungen.

→ Art. 72 Abs. 1 und 5, Art. 78 Abs. 2 KVG; Art. 122 KVV

3. Dauer des Anspruchs

a) Beginn des Anspruchs

Das Taggeld ist im Normalfall **ab dem 3. Tag** nach dem Tag der Erkrankung geschuldet.

Der Leistungsbeginn kann allerdings sowohl in der Einzelversicherung als auch in der Kollektivversicherung (gegen eine entsprechende Prämienermässigung) aufgeschoben werden (**«aufgeschobenes Taggeld»**). Die versicherte Person hat den Erwerbsausfall in der Einzelversicherung dann bis zum Anspruchsbeginn selber zu tragen, soweit er nicht anderweitig gedeckt ist (Arbeitslose erhalten z.B. das Arbeitslosentaggeld bei Arbeitsunfähigkeit während 30 Tagen weiter); in der Kollektivversicherung hat der Arbeitgeber den Lohn bis zum Beginn des Taggeldanspruchs in aller Regel zu übernehmen.

b) Dauer des Anspruchs

Die **Krankenkassen**, welche die Taggeldversicherung nach den Regeln des KVG («freiwillige Taggeldversicherung») durchführen, haben das vereinbarte Taggeld von Gesetzes wegen während **720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen** zu gewähren. Dies gilt auch im Falle von bloss **teilweiser Arbeitsunfähigkeit** mit entsprechend gekürztem Taggeld. In diesem Fall bleibt aber der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit auch nach dem Bezug von 720 Taggeldern erhalten.

Versicherer, welche die Taggeldversicherung nach den Regeln des **Privatversicherungsrechts** betreiben, sind demgegenüber frei, die Dauer des Taggeldanspruchs nach Belieben festzulegen. Massgebend sind die Police und die Versicherungsbedingungen bzw. das Reglement.

→ *Art. 72 Abs. 3 und 4 KVG*

c) Verlängerung der Bezugsdauer

Bei **Krankenkassen**, welche die Taggeldversicherung nach den Regeln des KVG («freiwillige Taggeldversicherung») durchführen, verlängert sich die Bezugsdauer, wenn die Kasse das Taggeld **infolge Überversicherung kürzt**. Der Anspruch dauert in diesem Fall fort, bis die Summe von 720 vollen versicherten Taggeldern bezogen ist.

Versicherer, welche die Taggeldversicherung nach den Regeln des **Privatversicherungsrechts** betreiben, sind demgegenüber von Gesetzes wegen nicht verpflichtet, den Taggeldanspruch bei bloss teilweiser Arbeitsunfähigkeit oder bei Kürzungen zu verlängern. Massgebend ist die Regelung im jeweiligen Reglement bzw. in den Versicherungsbedingungen: Üblicherweise ist keine Verlängerung des Anspruchs vorgesehen.

→ *Art. 72 Abs. 5 KVG*

6.6 IV-Taggeld

1. Wer hat Anspruch auf ein IV-Taggeld?

Grundsätzlich haben Personen, die infolge von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen der IV für eine gewisse Dauer verhindert sind, einer Arbeit nachzugehen, Anspruch auf ein Taggeld der IV: Im Einzelnen wird das Taggeld unter folgenden Voraussetzungen gewährt:

a) Während einer IV-Abklärung

Dauert eine IV-Abklärungsmassnahme (vgl. Kap. 5.2) mindestens 2 aufeinanderfolgende Tage lang, so besteht für die Dauer der Abklärung Anspruch auf ein IV-Taggeld.

→ Art. 17 IV

b) Während einer IV-Eingliederung

Während der Dauer einer IV-Eingliederungsmassnahme (Integrationsmassnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, erstmalige berufliche Ausbildung, Arbeitsversuch, Umschulung) besteht Anspruch auf ein IV-Taggeld, sofern die versicherte Person an mindestens 3 Tagen innerhalb eines Monats in Eingliederung steht.

Nicht nur für die **Eingliederungstage**, sondern auch für die **dazwischen liegenden Tage** werden IV-Taggelder gewährt, wenn die versicherte Person in ihrer gewohnten Tätigkeit mindestens 50 % arbeitsunfähig ist.

→ Art. 22 IVG; Art. 17^{bis} IV

c) Während Wartezeiten

Es besteht auch Anspruch auf ein IV-Taggeld für die Wartezeit bis zum Beginn einer **Umschulung**, sofern die versicherte Person während dieser Zeit zu **mindestens 50 %** arbeitsunfähig ist. Der Anspruch beginnt, sobald die IV-Stelle festgestellt hat, dass eine solche Eingliederungsmassnahme angezeigt ist und die versicherte Person eingliederungsfähig ist.

Das Wartezeit-Taggeld kann für all jene eine grosse Hilfe sein, die keinen Anspruch auf ein Krankentaggeld haben. Wenn eine Umschulung infrage kommt, sollte deshalb die IV-Anmeldung so rasch wie möglich erfolgen.

Kein Wartezeit-Taggeld wird allerdings entrichtet, wenn sich eine Umschulungsmassnahme einzig aus gesundheitlichen Gründen verzögert (z.B. Krankheits-Rückfall).

→ *Art. 18, 19 IVV*

d) Einarbeitung

Wird ein Arbeitsplatz im Rahmen einer **Arbeitsvermittlung** gefunden, so kann die IV für die Dauer der Einarbeitung (bis zu 6 Monate lang) einen **Einarbeitungszuschuss** an den Arbeitgeber entrichten (vgl. Kap. 5.2, Ziff. 2c). Es handelt sich beim Einarbeitungszuschuss allerdings nicht um ein Taggeld, weshalb auch die Bemessung unabhängig von den Regeln der Taggeldbemessung erfolgt. Der Einarbeitungszuschuss entspricht maximal dem Lohn (inkl. Sozialversicherungsbeiträge), welcher vom Arbeitgeber entrichtet wird.

→ *Art. 18b IVG; Art. 6^{ter} IVV*

2. Bemessung des IV-Taggeldes

a) Grundsatz

Ausgegangen wird vom Erwerbseinkommen, das die betreffende Person **zuletzt ohne Beeinträchtigung der Gesundheit** erzielt hat. Musste eine Person wegen zunehmender Erkrankung ihren erlernten Beruf aufgeben und eine schlechter entlohnte Erwerbstätigkeit aufnehmen, so wird das Taggeld aufgrund des Einkommens im erlernten Beruf bemessen. Das Taggeld wird wie folgt berechnet:

- Die **Grundentschädigung** beträgt 80% des obgenannten Einkommens, höchstens aber Fr. 326.– pro Tag.
- Zu dieser Grundentschädigung kommt ein **Zuschlag** von Fr. 9.– pro Tag für jedes **Kind**. Grundentschädigung und Kinderzuschläge dürfen jedoch zusammen den Betrag von Fr. 407.– pro Tag nicht übersteigen.
- Versicherte in einer erstmaligen beruflichen Ausbildung erhalten ein Taggeld. Die Höhe entspricht den Einkünften von gesunden Personen in derselben Ausbildung.

→ Art. 22^{bis}, Art. 23–24 IVG; Art. 21–21^{octies} IV

b) Kürzungen

Übt eine versicherte Person während der Eingliederung eine **Erwerbstätigkeit** aus, so wird das Taggeld gekürzt, soweit es zusammen mit dem erzielten Verdienst das «letzte» Erwerbseinkommen übersteigt. In der erstmaligen beruflichen Ausbildung wird das Taggeld nicht gekürzt.

Eine Kürzung erfolgt ebenfalls, wenn Grundentschädigung und Kinderzuschläge zusammen das entgangene Erwerbseinkommen übersteigen.

Schliesslich erfolgt auch eine Kürzung, wenn die IV während einer Eingliederung **vollständig für die Verpflegung aufkommt**, und zwar um 10 % des Taggeldes (höchstens aber um Fr. 10.– pro Tag) bei Versicherten mit Unterhaltspflichten gegenüber Kindern, und um 20 % des Taggeldes (höchstens aber um Fr. 20.– pro Tag) bei allen anderen Versicherten.

→ Art. 24 IVG; Art. 21^{septies}–21^{octies} IVV

c) In erstmaliger Ausbildung

Versicherte, die ab dem 1.1.2022 eine Berufslehre absolvieren, erhalten neu ein Taggeld in der Höhe eines Lehrlingslohnes (vgl. Kap. 5.2). Versicherte, die während der Berufslehre das 25. Altersjahr vollendet haben, erhalten monatlich max. CHF 2390.– (entsprechend der maximalen AHV-Rente).

Hinweis: Versicherte unter 20 Jahren (noch nicht erwerbstätig) und Versicherte in der erstmaligen beruflichen Ausbildung, denen bereits ein Taggeld nach bisherigem Recht für laufende Massnahmen zusteht, erhalten dieses bis zum Unterbruch oder Abschluss der Massnahmen weiter (Besitzstand).

→ Art. 24^{ter} IVG; Art. 22 IVV, *Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19.6.2022 (Besitzstandswahrung bei Taggeldern für laufende Eingliederungsmassnahmen)*



7. Invalidenrenten/ Ergänzungsleistungen

7.1 Invaliditätsbemessung

7.2 IV-Renten

7.3 Invalidenrenten der Pensionskassen

7.4 Ergänzungsleistungen

7.1 Invaliditätsbemessung

1. Invaliditätsbegriff

a) Gesetzliche Definition

In der IV wird unter «Invalidität» die durch einen **körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden** verursachte länger dauernde Erwerbsunfähigkeit verstanden.

Bei Personen, die auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung keiner Erwerbstätigkeit nachgehen würden (z.B. **Hausfrauen/Hausmänner**), entspricht die «Invalidität» der durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden verursachten länger dauernden Unfähigkeit, die gewohnte Tätigkeit weiter auszuüben.

→ Art. 7, 8 ATSG; Art. 4, 5 IVG

b) Welche Gesundheitsschäden sind relevant?

Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben sich vor allem bei **psychischen Krankheiten**, insbesondere bei depressiven Entwicklungen. In diesen Fällen hat ein Facharzt oder eine Fachärztin darzulegen, ob und allenfalls in welchem Ausmass der versicherten Person eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch zugemutet werden kann oder nicht. Eine Invalidität wird nicht anerkannt, wenn bloss soziokulturelle und psychosoziale Schwierigkeiten im Vordergrund stehen; haben diese jedoch zu einer eigenständigen fachärztlich diagnostizierten psychischen Krankheit geführt, so kann dieser gemäss gerichtlicher Praxis durchaus Invaliditätswert zukommen.



Das Bundesgericht hat in einem neueren Urteil (139 V 346) entschieden, dass im Fall der **tumorassoziierten Fatigue** keine generelle Vermutung besteht, dass das Leiden mit zumutbarer Willensanstrengung überwunden werden kann. Wie weit eine solche Fatigue die Arbeitsfähigkeit einschränkt, muss von den Ärzten und Ärztinnen aufgrund der konkreten Verhältnisse im Einzelfall beurteilt werden.



Das Bundesgericht hat in einem Urteil von 2015 (141 V 281) seine langjährige Praxis, wonach **somatoforme Schmerzstörungen, Fibromyalgie** und andere «pathologisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage» in der Regel aus objektiver Sicht überwindbar sind, aufgegeben. Es verlangt nun, dass die Frage, ob solche gesundheitlichen Beeinträchtigungen invalidisierend sind, anhand eines **«strukturierten normativen Prüfungsrasters mit Indikatoren»** ergebnisoffen abgeklärt wird: Geprüft werden soll dabei insbesondere, ob die nach dem Stand der Wissenschaft indizierten therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden und die betroffene Person bei der Behandlung kooperativ mitgewirkt hat. Weiter muss abgeklärt werden, ob die geklagten Schmerzen konsistent sind und sich im Privatleben in gleichem Ausmass manifestieren wie im Berufsleben. Und schliesslich verlangt das Bundesgericht, dass einerseits die persönlichen Ressourcen zur Überwindung des Leidens vermehrt berücksichtigt werden, andererseits aber auch der Erschwerung des Heilungsprozesses durch das Vorliegen weiterer somatischer und psychiatrischer Diagnosen Rechnung getragen wird. Diese neue Praxis kommt seit Juni 2015 bei allen laufenden Verfahren zur Anwendung, bildet aber keinen Grund, die Neuüberprüfung eines rechtskräftig abgeschlossenen Falls zu verlangen.

In einem Urteil vom November 2017 (8C_130/2017) hat das Bundesgericht die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelte Praxis für die Beurteilung aller psychischen Erkrankungen, insbesondere auch der **depressiven Erkrankungen**, als massgebend erklärt.

In einem Urteil vom Juli 2019 (9C_724/2018) hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zum Anspruch auf IV-Leistungen bei Suchterkrankungen geändert: Wie bei anderen psychischen Erkrankungen ist künftig auch bei Personen mit einer Suchterkrankung anhand des «strukturierten Beweisverfahrens» abzuklären, ob sich ihre Abhängigkeit auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt. Selbstverständlich besteht auch bei einer Suchterkrankung eine Pflicht zur Schadenminderung. Von einer betroffenen Person kann somit beispielsweise die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden.



Trotz des erfreulichen Wechsels der Rechtsprechung wird bei derartigen Diagnosen auch in Zukunft praktisch nie allein auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte abgestellt werden, sondern es werden in aller Regel **Gutachten** bei spezialisierten Gutachterstellen eingeholt.

c) Erwerbsunfähigkeit

Ein Gesundheitsschaden führt erst dann zu einer Invalidität, wenn er die **Erwerbsfähigkeit** (bzw. die Arbeitsfähigkeit im gewohnten Tätigkeitsbereich) während **längerer Dauer** (d.h. während mehr als einem Jahr) **beeinträchtigt**.

Zwischen Gesundheitsschaden und Erwerbsunfähigkeit muss ein **Kausalzusammenhang** bestehen: Es werden **ausschliesslich** die Folgen der **gesundheitlichen** Beeinträchtigung für die Annahme einer Erwerbsunfähigkeit berücksichtigt. Andere Faktoren wie wirtschaftliche Gründe (Arbeitslosigkeit) oder persönliche Gründe (mangelnde Bildung, Sprache, schlechte Arbeitsmoral) fallen ausser Betracht. Auch die reduzierten Vermittlungschancen als Folge **fortgeschrittenen Alters** werden in aller Regel nicht berücksichtigt. Einzig wenn eine Person unmittelbar vor Erreichen des AHV-Alters in ihrer langjährigen Tätigkeit arbeitsunfähig wird, muss die IV-Stelle prüfen, ob die Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten neuen Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt noch verwertet werden kann.

→ Art. 7, 8 ATSG

d) Invaliditätsbegriff in der 2. Säule

Der Invaliditätsbegriff ist im BVG **derselbe** wie im IVG: Im Bereich des BVG-Obligatoriums gelten somit die gleichen Grundsätze wie in der IV.

Die Pensionskassen können allerdings in ihren Statuten und Reglementen die «Invalidität» weniger streng definieren als im Gesetz, indem sie z.B. bereits die Unfähigkeit, den **bisherigen** Beruf auszuüben, als Invalidität bezeichnen, und nicht erst die Erwerbsunfähigkeit auf dem ganzen Arbeitsmarkt: Solche Definitionen finden sich z.B. bei öffentlichen Versicherungskassen.

Andererseits können die Pensionskassen dort, wo sie **überobligatorische** Leistungen anbieten, die «Invalidität» in ihren Reglementen noch strenger definieren.

→ Art. 23 BVG

2. Bemessung des Invaliditätsgrades

a) Die Wahl der Bemessungsmethode in der IV

Massgebend für die Wahl der Bemessungsmethode ist, was die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit tun würde:

- Wäre sie **voll erwerbstätig**, so kommt die Methode des Einkommensvergleichs zur Anwendung (vgl. unten b).
- Wäre sie **nicht erwerbstätig** (z.B. Haushalt führend), so kommt die Methode des Betätigungsvergleichs zur Anwendung (vgl. unten c).
- Wäre sie **teilweise erwerbstätig**, so kommt die gemischte Methode zur Anwendung (vgl. unten d).

b) Methode des Einkommensvergleichs

Der Invaliditätsgrad ergibt sich durch Gegenüberstellung des hypothetischen Einkommens ohne gesundheitliche Beeinträchtigung (sog. **Valideneinkommen**: was würde die versicherte Person ohne ihre Krankheit heute verdienen?) einerseits und des zumutbaren **Invalideneinkommens** (was kann sie nach Durchführung der möglichen Eingliederungsmassnahmen unter Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zumutbarerweise noch verdienen?) andererseits.

Beispiel:

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| ■ Valideneinkommen | Fr. 5000.– pro Monat |
| ■ Zumutbares Invalideneinkommen | Fr. 2000.– pro Monat |
| ■ Invaliditätsgrad | 60 % |
- (= Verminderung der Erwerbsfähigkeit)

Bei Frühbehinderten, die wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung gar keine genügenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten, wird als Valideneinkommen ein durchschnittliches statistisches Einkommen in der Schweiz eingesetzt. Dies entspricht rund Fr. 78 000.– im Jahr (die bisherigen Altersstufen wurden gestrichen).

→ *Art. 28 Abs. 2 IVG; Art. 25, 26 Abs. 6 IVV*

c) Methode des Betätigungsvergleichs

Der Invaliditätsgrad entspricht der Beeinträchtigung der versicherten Person in ihrem Tätigkeitsbereich (Haushaltführung, Kindererziehung, Pflege von Angehörigen). Die Bemessung erfolgt aufgrund einer Erhebung durch eine Abklärungsperson der IV unter Benützung eines Standard-Fragebogens. Es wird dabei den im gleichen Haushalt lebenden Familienmitgliedern im Rahmen der Schadenminderungspflicht zugemutet, die versicherte Person nach Möglichkeit im Haushalt zu entlasten.

→ *Art. 27 IVV*

d) Gemischte Methode

Bei Personen, die ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilweise erwerbstätig wären, werden beide Methoden kombiniert. Neu wird immer ein komplementärer Aufgabenbereich (20 % Erwerb/80 % Haushalt; 60 % Erwerb/40 % Haushalt) dazugerechnet. Im Erwerbsbereich wird dabei das zumutbare Valideneinkommen mit dem auf eine 100 %-Tätigkeit hochgerechneten Erwerbseinkommen verglichen. Der sich daraus ergebende Invaliditätsgrad wird mit dem Prozentsatz der Teilerwerbstätigkeit gewichtet. Die Einschränkungen im Haushalt werden (gewichtet) dazugerechnet.

Beispiel:

- Frau X wäre als Gesunde 60 % erwerbstätig und würde Fr. 30 000.– jährlich verdienen. In der übrigen Zeit würde sie den Haushalt besorgen.
Aus gesundheitlichen Gründen ist Frau X nur noch ein Erwerbseinkommen von Fr. 15 000.– jährlich möglich (zumutbares Invalideneinkommen). Verglichen mit dem auf ein 100 %-Pensum hochgerechneten hypothetischen Einkommen (Valideneinkommen) ohne Invalidität (Fr. 50 000.–) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 70 %. Gewichtet mit dem Faktor der früheren Teilerwerbstätigkeit (60 %) resultiert daraus ein Invaliditätsgrad von 42 % (70 % von 60 %) im Erwerbsbereich.
- Frau X ist im Haushalt zu 25 % eingeschränkt; das ergibt 10 % Invalidität (25 % von 40 %).
- Der Invaliditätsgrad beträgt somit gesamt 52 % (42 % + 10 %).

→ Art. 27^{bis} IV

e) Invaliditätsbemessung in der beruflichen Vorsorge

Dort, wo die Invalidität aufgrund des BVG oder des Reglements der Pensionskasse **gleich wie in der IV** definiert ist (vgl. vorne Ziff. 1d), ist die Pensionskasse an die Bemessung des Invaliditätsgrades durch die IV **gebunden**, ausser sie könne nachweisen, dass die IV einen offensichtlichen Fehlentscheid gefällt hat. Die Bindung entfällt allerdings dann, wenn die IV-Verfügung der Pensionskasse nicht rechtzeitig zugestellt worden ist und diese deshalb keine Möglichkeit zur Anfechtung erhalten hat.

Für die Pensionskasse ist im Übrigen immer nur die Beeinträchtigung in der **Erwerbsfähigkeit** massgebend; der Invaliditätsgrad bemisst sich somit allein nach der Methode des Einkommensvergleichs. Im Gegensatz zur IV erfolgt keine Aufrechnung des Einkommens auf 100 %.

Hat die Pensionskasse im **überobligatorischen** Bereich die Invalidität **anders als im BVG definiert**, so erfolgt die Invaliditätsbemessung aufgrund der entsprechenden reglementarischen Bestimmungen.

7.2 IV-Renten

1. Rentenstufen und Rentenhöhe

a) Rentenstufen

Das bis 31.12.2021 geltende Rentenstufensystem

- **ganze Invalidenrente** bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 %;
- **Dreiviertelsrente** bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 %;
- **halbe Invalidenrente** bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %;
- **Viertelsrente** bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 %

wird per 1.1.2022 durch ein neues, «stufenloses» Rentensystem abgelöst und zwar sowohl im IVG als auch im BVG:

- **IV-Grad zwischen 40 % und 49 %:** Die Rente erhöht sich pro IV-Grad um 2,5 %
(Beispiel: IV-Grad 40 % = 25 %-Rente, IV-Grad 45 % = 37,5 %-Rente)
- **IV-Grad zwischen 50 % und 69 %:** Die Rente entspricht dem IV-Grad
(Beispiel: IV-Grad 53 % = 53 %-Rente, IV-Grad 62 % = 62 %-Rente)
- **IV-Grad ab 70 % bis 100 %:** Die Rente entspricht unverändert einer ganzen Rente (100 %)

Für wen gilt das neue Rentensystem?

- Das neue Rentensystem gilt für alle Neurentnerinnen und Neurentner mit einem Rentenanspruch ab 1.1.2022.
- Für Rentenbeziehende über 55 Jahre bleibt das bisherige Recht massgebend (Besitzstand).
- Für Rentenbeziehende zwischen 30 und 54 Jahren gilt das neue Rentensystem, wenn sich der IV-Grad im Rahmen einer Rentenrevision um mindestens 5 % verändert.
Ausnahme: Keine Anpassung bei einer «Verzerrung» (tiefere Rente trotz höherem IV-Grad oder höhere Rente trotz tieferem IV-Grad).
- Für Rentenbeziehende unter 30 Jahren gilt das neue Rentensystem ebenfalls, wenn sich der IV-Grad im Rahmen einer Rentenrevision um mindestens 5 % verändert, spätestens aber nach 10 Jahren (also ab 2032).

Ausnahme: Keine Anpassung bei einer «Verzerrung» (tiefere Rente trotz höherem IV-Grad oder höhere Rente trotz tieferem IV-Grad).

Zur Bemessung des Invaliditätsgrades vgl. Kap. 7.1.

→ Art. 28 Abs. 2, Art. 28b IVG; Art. 24a BVG

b) Vollrente oder Teilrente?

Generell entsteht ein Rentenanspruch nur, wenn die versicherte Person **beim Eintritt der Invalidität** (d.h. beim Ablauf der 1-jährigen Wartezeit, vgl. Ziff. 2a) bereits während **mindestens 3 Jahren AHV/IV-Beiträge** entrichtet hat. Ist diese Mindestbeitragszeit nicht erfüllt, so entfällt der Anspruch trotz Invalidität.

Hinweis: Beitragszeiten, welche von Schweizer Bürgern und Bürgerinnen oder von Staatsangehörigen der EU oder EFTA in einem EU- oder EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, werden an die Mindestbeitragszeit angerechnet. Auch in diesen Fällen müssen aber mindestens während eines Jahres Beiträge an die AHV/IV vor Eintritt der Invalidität entrichtet worden sein.

Hat eine versicherte Person seit ihrem 20. Altersjahr ohne Unterbruch jährlich Beiträge an die AHV/IV geleistet, so steht ihr im Invaliditätsfall eine **Vollrente** zu. Dasselbe gilt für Ehegatten, die als Nichterwerbstätige während der Ehedauer von der Beitragspflicht befreit gewesen sind: Ihnen werden die entsprechenden Jahre wie Beitragsjahre angerechnet.

Weist eine versicherte Person jedoch **Beitragslücken** auf, so erhält sie bloss eine Teilrente. Entsprechend dem Verhältnis der effektiven Beitragsjahre zur vollen Beitragszeit bemisst sich die Teilrente im Verhältnis zur Vollrente.

Beitragslücken finden sich bei Personen, welche vorübergehend im Ausland gewohnt haben und sich dabei nicht freiwillig bei der AHV/IV weiterversichert haben, sowie bei Ausländerinnen

und Ausländern, die erst nach dem 20. Altersjahr in die Schweiz eingereist sind (vgl. hierzu weiter hinten Ziff. 4c).

→ Art. 36 IVG; Art. 29^{bis} AHVG

c) Höhe der ordentlichen Renten

Die ordentlichen einfachen Vollrenten liegen in folgenden Bereichen (Minimum/Maximum):

- **100 % Invalidenrente** Fr. 1195.– bis Fr. 2390.–
- **50 % Invalidenrente** Fr. 598.– bis Fr. 1195.–
- **25 % Invalidenrente** Fr. 299.– bis Fr. 598.–
- Alle anderen Rentenansprüche berechnen sich nach den ermittelten Prozenten (mit Ausnahme IV-Grad 40–49%: Die Rente erhöht sich pro IV-Grad um 2,5 % [vgl. Buchstabe a]).

Ob eine versicherte Person die Minimal- oder Maximalrente oder eine solche im Zwischenbereich erhält, hängt von ihrem **durchschnittlichen Jahreseinkommen** ab, das sie seit dem 20. Altersjahr erzielt hat und auf dem sie Beiträge entrichtet hat, sowie von allfälligen Erziehungs- und Betreuungsgutschriften.

→ Art. 37 IVG; Art. 30 ff. AHVG; Art. 34 AHVG

d) Kinderrenten, Plafonierung der Renten von Eheleuten

Frauen und Männer mit einer Invalidität haben Anspruch auf eine **Kinderrente** für jedes Kind im Betrag von 40 % ihrer Rente. Diese Kinderrente wird mindestens bis zum 18. Altersjahr des Kindes ausgerichtet. Steht das Kind dann noch in Ausbildung, so wird sie bis zum Ausbildungsabschluss bezahlt, längstens aber bis zum 25. Altersjahr des Kindes.

Verheiratete Personen haben grundsätzlich je einen individuellen Rentenanspruch. Die Summe der Renten eines Ehepaars darf allerdings den Betrag von Fr. 3585.– nicht überschreiten (sog. «**Plafonierung**»).

→ Art. 35 IVG; Art. 35 AHVG

e) Ausserordentliche Renten

Anspruch auf eine ausserordentliche Invalidenrente haben **Frühbehinderte**, die vor dem 20. Altersjahr invalid geworden sind. Ihre Rente beträgt fix Fr. 1593.– (bei einer ganzen Rente). Die ausserordentliche Rente gelangt in den meisten Fällen nur bei Wohnsitz und Aufenthalt in der Schweiz zur Auszahlung.

→ Art. 42 AHVG; Art. 39–40 IVG

2. Beginn des Rentenanspruchs

a) Erstmöglicher Rentenanspruch

Der Rentenanspruch beginnt frühestens mit der Vollendung des **18. Altersjahres**.

Der Rentenanspruch entsteht **frühestens 6 Monate nach der IV-Anmeldung**.

Er entsteht zudem erst, wenn die versicherte Person **während eines Jahres** ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen ist (sog. Wartezeit). Diese Wartezeit wird unterbrochen (und beginnt wieder von vorne zu laufen), sobald eine Person für mindestens 30 Tage voll arbeitsfähig ist.

Hinweis 1: Damit die Wartezeit bei wechselndem Krankheitsverlauf nicht immer von Neuem unterbrochen wird (und der Rentenbeginn dadurch in weite Ferne rückt), muss den Ärzten und Ärztinnen empfohlen werden, unsichere Arbeitsaufnahmen als «**Arbeitsversuche**» zu bezeichnen oder bloss eine teilweise Arbeitsfähigkeit (z.B. 80 %) zu attestieren.

Hinweis 2: Selbst wenn der Rentenanspruch frühestens nach einem Jahr beginnt, sollte die IV-Anmeldung bereits früher erfolgen, damit allfällige berufliche Eingliederungsmassnahmen vorher abgeklärt werden können (vgl. hierzu Kap. 5.2 und Kap. 6.6). Sie sollte, auch wenn keine beruflichen Massnahmen in Betracht fallen, in jedem Fall allerspätestens im sechsten Monat einer Arbeitsunfähigkeit erfolgen, da der Rentenanspruch, wie oben beschrieben, erst 6 Monate nach der Anmeldung entstehen kann.

→ Art. 28 Abs. 1, 29 IVG

b) Erhöhung des Invaliditätsgrades

Erhöht sich der IV-Grad in rentenrelevantem Ausmass, so wird die Rente erhöht, sobald die betreffende Veränderung des Invaliditätsgrades 3 Monate gedauert hat. Das Revisionsgesuch muss in diesem Fall möglichst rasch bei der IV-Stelle eingereicht werden.

→ Art. 87–88^{bis} IVV

c) Verringerung des Invaliditätsgrades

Verringert sich der Invaliditätsgrad während mehr als 3 Monaten in rentenrelevantem Ausmass, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben. Die Herabsetzung oder Aufhebung erfolgt frühestens auf den **zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monat**. Einzig wenn der Rentner oder die Rentnerin eine Meldepflichtverletzung begangen hat (z.B. indem er oder sie ein höheres Erwerbseinkommen nicht gemeldet hat), kann eine Herabsetzung oder Aufhebung rückwirkend erfolgen.

Wird eine Rente aufgehoben oder herabgesetzt, weil eine Person von sich aus eine Erwerbstätigkeit aufnimmt, ihr Erwerbseinkommen erhöht oder weil die Erwerbsfähigkeit nach Massnahmen zur Wiedereingliederung verbessert werden konnte, so gilt während einer **3-jährigen Übergangszeit** folgende Regelung:

- Kommt es in der Übergangszeit zu einer neuen gesundheitlichen Verschlechterung und attestiert der behandelnde Arzt während mehr als 30 Tagen eine erneute Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, so richtet die IV ohne Verzug eine **Übergangsleistung** aus, welche der weggefallenen Rente entspricht. Danach überprüft sie, ob sich der Gesundheitszustand rentenrelevant verschlechtert hat, und fällt gestützt auf diese Abklärung einen neuen Rentenentscheid.
- Während der Übergangszeit **bleibt die versicherte Person bei ihrer bisherigen Pensionskasse versichert**. Diese darf die Rente nur so weit kürzen, als tatsächlich ein neues Erwerbseinkommen erzielt werden kann. Während der Übergangszeit entsteht bei einem allfälligen neuen Arbeitgeber kein neues Vorsorgeverhältnis.

→ Art. 32–34 IVG; Art. 30–31, 87–88^{bis} IVV

3. Rentenkürzungen

In früheren Jahren sind die IV-Renten des Öfters gekürzt worden, wenn eine Person die Invalidität **grobfahrlässig** verursacht oder verschlimmert hat (z.B. bei Lungen- oder Kehlkopfkrebs im Zusammenhang mit jahrelangem **Nikotinkonsum**).

Solche Kürzungen sind nicht mehr zulässig. Hingegen kann die Rente nach wie vor gekürzt werden, wenn die Invalidität durch ein Vergehen (wie Fahren in angetrunkenem Zustand) verursacht worden ist.

→ Art. 21 Abs. 1 ATSG

4. Ausländerinnen und Ausländer

a) Allgemeines

Die rechtliche Situation von Ausländerinnen und Ausländern unterscheidet sich, je nachdem zu welcher der folgenden Gruppen diese Personen gehören:

■ Angehörige von EU- oder EFTA-Staaten.

■ Angehörige von Staaten, mit denen die Schweiz ein **Sozialversicherungsabkommen** abgeschlossen hat: Solche Abkommen bestehen mit Australien, Bosnien und Herzegowina, Brasilien, Chile, China, Indien, Israel, Japan, Kanada, Kosovo, Mazedonien, Montenegro, den Philippinen, Serbien, Südkorea, der Türkei, Uruguay, dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland (vorläufige Anwendung ab 1.11.2021) und den USA.

Hinweis: Bei den IV-Stellen liegen Merkblätter auf, in denen die wichtigsten Punkte der Abkommen für die einzelnen Länder aufgeführt sind.

■ Angehörige der **übrigen Staaten**.

■ **Flüchtlinge und Staatenlose:** Für sie ist der Bundesbeschluss über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und Staatenlosen in der AHV und IV massgebend.

b) Anspruch auf ordentliche IV-Renten

Angehörige von EU- und EFTA-Staaten haben nach denselben Bedingungen wie Schweizer Bürger und Bürgerinnen Anspruch auf eine ordentliche Rente. Sie erhalten auch dann eine Invalidenrente (entsprechend der Dauer ihrer Beitragszeit in der Schweiz), wenn ihre Invalidität in einem Zeitpunkt eintritt, in dem sie nicht mehr Wohnsitz in der Schweiz haben. Die Renten werden auch ins Ausland ausbezahlt, selbst bei einem Invaliditätsgrad unter 50 %.

Angehörige von Vertragsstaaten sowie Flüchtlinge und Staatenlose haben ebenfalls gleich wie Schweizer Bürger und Bürgerinnen Anspruch auf eine ordentliche IV-Rente, wenn sie bei Ablauf der einjährigen Wartezeit (vgl. vorne Ziff. 2) die Mindestbeitragsdauer von 3 Jahren erfüllt haben. In gewissen Abkommen wird allerdings verlangt, dass die Betroffenen bei Eintritt der Invalidität Wohnsitz in der Schweiz haben und hier Beiträge entrichten. In diesen Fällen muss

den Versicherten geraten werden, bis zum Ablauf der 1-jährigen Wartezeit in der Schweiz zu verbleiben, ansonsten der Rentenanspruch verloren gehen kann.

Steht den Angehörigen von Vertragsstaaten eine ordentliche IV-Rente zu, so wird diese auch bei Wohnsitzverlegung ins Ausland weiter ausgerichtet. Einzig bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % ist dies nicht der Fall.

Angehörige von Nichtvertragsstaaten erhalten eine ordentliche IV-Rente, wenn sie bei Eintritt der Invalidität in der Schweiz versichert sind und bereits während mindestens 3 vollen Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet haben. Die Rente wird allerdings nur ausbezahlt, solange diese Personen zivilrechtlich Wohnsitz in der Schweiz haben.

→ *Art. 6 IVG; Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG; Bundesbeschluss über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und Staatenlosen in der AHV und IV*

c) Anspruch auf ausserordentliche IV-Renten

Aufgrund des Gesetzes haben nur jene Ausländer und Staatenlose Anspruch auf eine ausserordentliche IV-Rente, die als Kinder aufgrund von Art. 9 Abs. 3 IVG Eingliederungsmassnahmen der IV bezogen haben.

Aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU und dem entsprechenden Abkommen mit der EFTA haben Angehörige der EU- und EFTA-Staaten jedoch Anspruch auf eine ausserordentliche Rente für Frühbehinderte nach denselben Bedingungen wie Schweizer Bürger und Bürgerinnen. Diese Gleichbehandlung wird auch in anderen Sozialversicherungsabkommen garantiert, meist jedoch erst nach einem ununterbrochenen Aufenthalt in der Schweiz von 5 Jahren. Letzteres gilt auch für die anerkannten Flüchtlinge.

→ *Art. 39 IVG*

7.3 Invalidenrenten der Pensionskassen

1. Versicherungsschutz

a) Obligatorische Versicherung

Alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die einen Jahreslohn von mindestens **Fr. 21 510.–** erzielen, müssen aufgrund des BVG von ihren Arbeitgebern obligatorisch versichert werden.

Ausnahmen:

- Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit einem zum Voraus **befristeten** Arbeitsvertrag von höchstens 3 Monaten sind nicht obligatorisch versichert.
- Erfolgte die Kürzung der Grenzbeträge bisher nach Viertelsbruchteilen, also um $\frac{1}{4}$ bei einer Viertelsrente, um $\frac{1}{2}$ bei einer halben Rente oder um $\frac{3}{4}$ bei einer Dreiviertelsrente, so führt die Übernahme des stufenlosen Rentensystems in der obligatorischen beruflichen Vorsorge neu zu einer Kürzung der Grenzwerte nach prozentualem Anteil. Die Kürzung der Grenzbeträge entspricht also weiterhin dem jeweiligen Teilrentenanspruch. Da dieser jedoch neu als prozentualer Anteil einer ganzen Rente festgelegt wird, erfolgt auch die Kürzung der Grenzbeträge inskünftig prozentgenau (bei einem IV-Grad zwischen 40 % und 49 % vgl. Kapitel 7.2, Rentenstufen). Wer eine **ganze IV-Rente** bezieht, untersteht demgegenüber nicht dem Versicherungsobligatorium.

Ebenfalls obligatorisch versichert sind die **Bezüger und Bezügerinnen von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung**, falls das Taggeld den Betrag von jährlich Fr. 21 510.– übersteigt. Sie sind allerdings nur für die Risiken Tod und Invalidität versichert.

→ Art. 2 BVG; Art. 1, 4 BVV 2

b) Überobligatorischer Versicherungsschutz

Es steht den Pensionskassen frei, den Versicherungsschutz über das gesetzliche Obligatorium hinaus auszudehnen. Massgebend sind hierfür die Bestimmungen in den **Reglementen**. Verschiedene Pensionskassen sehen einen Versicherungsschutz bereits bei tieferen Löhnen vor, z.B. für Personen mit einem Teilzeitpensum.

c) Vorbehalte

Gesundheitliche Vorbehalte dürfen die Pensionskassen nur anbringen, soweit sie den Versicherungsschutz über das gesetzliche Obligatorium hinaus vorsehen (und soweit ihre Leistungen bei Alter, Tod und Invalidität über das gesetzliche Minimum hinausgehen). Das Gesetz sieht die Möglichkeit vor, einen Vorbehalt von maximal 5 Jahren anzubringen, die Reglemente der Pensionskassen können aber abweichende Regelungen treffen. Gemäss dem Freizügigkeitsgesetz ist es zudem unzulässig, beim Stellenwechsel den bisher erworbenen Risikoverschutz durch neue Vorbehalte einzuschränken.

Im Bereich der **obligatorischen beruflichen Vorsorge** sind Vorbehalte **ungültig!**

→ *Art. 331c OR; Art. 14 Freizügigkeitsgesetz*

d) Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz **beginnt** an dem Tag, an dem ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin aufgrund der Anstellung die Arbeit antritt.

Der Versicherungsschutz **endet** an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis endet oder der Mindestlohn unterschritten wird. Für die Risiken Tod und Invalidität bleibt die betreffende Person noch **während eines Monats** nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert, falls sie nicht bei einem neuen Arbeitgeber oder als Arbeitslose neu versichert ist.

→ *Art. 10 BVG*

e) Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes

Arbeitsfähige Personen, die nach Auflösung ihres bisherigen Arbeitsverhältnisses kein neues Arbeitsverhältnis antreten, sollten prüfen, ob sie die **Risiken Tod** und **Invalidität** nicht **weiter-versichern** können. Denkbar ist:

- Weiterversicherung bei der **bisherigen Pensionskasse**, falls deren Reglement eine solche Möglichkeit vorsieht.
- Weiterversicherung im Rahmen einer **Freizügigkeitspolice** (oder einer Zusatzversicherung zu einem Freizügigkeitskonto): Es ist allerdings nicht einfach, eine Versicherung zu finden, welche im Falle von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu einer vorbehaltlosen Weiterversicherung bereit ist.
- Weiterversicherung bei der **Auffangeinrichtung** (nur obligatorische BVG-Leistungen), wobei in diesem Fall auch für die Altersvorsorge Beiträge geleistet werden müssen.

Seit dem 1.1.2021 haben Personen, die kurz vor Erreichen des Rentenalters (nach Vollendung des 58. Altersjahres) ihre Stelle verlieren, das Recht, ihre berufliche Vorsorge weiterzuführen, und können so den Anspruch auf den Rentenbezug behalten.

→ Art. 47a BVG; Art. 10, 11 Freizügigkeitsverordnung

2. Wann besteht Anspruch auf eine Invalidenrente der Pensionskasse?

a) Grundsatz

Anspruch auf eine Invalidenrente der Pensionskasse haben versicherte Personen, die **während der Versicherungsdauer arbeitsunfähig** geworden sind, sofern die Arbeitsunfähigkeit ohne wesentlichen Unterbruch fort dauert und schliesslich zu einer Invalidität führt.

Hinweis: Oft ist es schwierig festzustellen, wann die massgebende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist und welche Pensionskasse damit leistungspflichtig ist. Ist diese

Frage unter den in Frage kommenden Pensionskassen strittig, so ist jene Vorsorgeeinrichtung **vorleistungspflichtig**, bei welcher die betreffende Person als letztes versichert gewesen ist.

→ *Art. 23, Art. 26 Abs. 4 BVG*

b) Invalidität

Zum **Invaliditätsbegriff** in der 2. Säule vgl. Kap. 7.1, Ziff. 1d.

Zur **Invaliditätsbemessung** in der 2. Säule vgl. Kap. 7.1, Ziff. 2e.

Mit der 1. BVG-Revision sind auch für die obligatorische BVG-Versicherung die **4 Rentenstufen** der IV eingeführt worden: Ganze Rente ab 70 %-Invalidität, Dreiviertelsrente ab 60 %-Invalidität, halbe Rente ab 50 %-Invalidität und Viertelsrente ab 40 %-Invalidität. Dieses Rentenstufensystem gilt jedoch erst für Fälle, bei denen die Invalidität nach dem 1.1.2005 eingetreten ist. Bei einem früheren Eintritt der Invalidität bestand nach den früheren Bestimmungen des BVG ein gesetzlicher Anspruch auf Invalidenleistungen aus beruflicher Vorsorge erst ab einem Invaliditätsgrad von 50 %.

Ab dem 1.1.2022 wird, analog der IV, ein stufenloses Rentensystem eingeführt (vgl. Kapitel 7.2, Ziff. 1, Buchstabe a).

Viele Pensionskassen gehen in ihren **Reglementen** weiter und gewähren z.B. bereits bei einem Invaliditätsgrad von 25 % eine Invalidenrente. Im Einzelfall ist das Reglement zu konsultieren!

→ *Art. 24 BVG*

c) Beginn des Rentenanspruchs

Der Anspruch auf eine Invalidenrente entsteht gemäss BVG wie in der IV erst, wenn die versicherte Person **während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch** arbeitsunfähig gewesen ist. Ein wesentlicher Unterbruch wird angenommen, wenn eine Person für längere Zeit (in der Regel mindestens 3 Monate) wieder voll arbeitsfähig geschrieben wird, sei es für die

bisherige Tätigkeit oder auch für eine andere angepasste Tätigkeit. Die Gerichtspraxis hat festgehalten, dass für die Pensionskassen grundsätzlich der Entscheid der IV über den Beginn des Rentenanspruchs massgebend ist, ausser die IV-Verfügung sei der Pensionskasse nicht eröffnet worden oder die Pensionskasse könne nachweisen, dass der Entscheid der IV offensichtlich unrichtig ist.

Hinweis: Ein Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit hat für den Versicherungsschutz unter Umständen schwerwiegende Konsequenzen: Ist nämlich im Zeitpunkt des erneuten Beginns der Arbeitsunfähigkeit die betreffende Person nicht mehr versichert (weil z.B. das frühere Arbeitsverhältnis in der Zwischenzeit aufgelöst worden ist), so geht der Anspruch auf eine Invalidenrente gegenüber der Pensionskasse des früheren Arbeitgebers verloren. Es muss deshalb den Ärzten und Ärztinnen empfohlen werden, unsichere Arbeitsaufnahmen als «Arbeitsversuche» zu bezeichnen oder vorsichtigerweise bloss eine teilweise Arbeitsfähigkeit (z.B. 80%) zu attestieren.

Die Pensionskassen können in ihren **Reglementen** die Wartezeit bis zum Beginn des Rentenanspruchs auch **verkürzen** (ist eher selten der Fall). Sie dürfen andererseits in ihren **Reglementen** den Anspruch auf Invalidenleistungen bis zur Erschöpfung des Krankentaggeldanspruchs **aufschieben**, allerdings nur, wenn die versicherte Person ein Taggeld von mindestens 80 % des entgangenen Lohnes bezieht und die Taggeldversicherung vom Arbeitgeber weiter zu mindestens 50 % finanziert wird; Letzteres ist nicht der Fall, wenn die versicherte Person in die Einzel-Taggeldversicherung übertreten musste.

→ Art. 26 BVG; Art. 27 BVV 2

d) Ausländerinnen und Ausländer

Ausländerinnen und Ausländer haben gegenüber den Pensionskassen dieselben Ansprüche wie Schweizer und Schweizerinnen. Die Renten werden unabhängig von der Staatsbürgerschaft auch ohne weiteres ins Ausland ausbezahlt.

3. Höhe der Invalidenrenten

a) Obligatorischer Anspruch nach BVG

Gewährt eine Pensionskasse bloss die minimalen gesetzlichen Leistungen, so berechnet sich die Invalidenrente wie folgt: Es wird vorerst das bisher erworbene Altersguthaben der versicherten Person ermittelt und nun zu diesem die Summe der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgutschriften für die bis zum AHV-Alter fehlenden Jahre (ohne Zins) hinzugezählt. Dies ergibt das für die Berechnung der Invalidenrente massgebende **Altersguthaben**. Die jährliche Rente entspricht 6,8% des Altersguthabens.

Es besteht zusätzlich Anspruch auf eine **Kinderrente** von 20% der eigenen Rente für jedes Kind, welches im Todesfall eine Waisenrente beanspruchen könnte.

→ Art. 24 Abs. 2 BVG; Art. 25 BVG

b) Überobligatorischer Anspruch

Häufig gewähren die Pensionskassen im Invaliditätsfall Renten, die über das gesetzliche Minimum hinausgehen: So entspricht die Invalidenrente bei gewissen Pensionskassen (sog. Leistungsprimatskassen) einem Prozentsatz des versicherten Lohnes der betreffenden Person. Massgebend ist das **Reglement**.

Die Leistungen sind in der Regel aus dem **Versicherungsausweis** ersichtlich, den die meisten Pensionskassen jährlich ausstellen. Arbeitgeber und Pensionskassen unterstehen beide einer umfassenden Informationspflicht: Sie müssen auf Verlangen sowohl das Reglement wie auch den Versicherungsausweis ausstellen. Tun sie es nicht, so empfiehlt es sich, an die kantonale Aufsichtsbehörde zu gelangen.

c) Kürzung der Rente

Die Pensionskassen dürfen in ihren Reglementen festhalten, dass die Invalidenrenten (bis zum Erreichen des AHV-Alters) gekürzt werden, soweit sie zusammen mit anderen anrechenbaren Einkünften 90 % des mutmasslich durch die Invalidität entgangenen Verdienstes übersteigen. Als anrechenbar gelten Renten und Abfindungen sowie das effektiv erzielte oder zumutbarerweise noch erzielbare Erwerbseinkommen, nicht jedoch Hilflosenentschädigungen.

→ *Art. 34a BVG; Art. 24 und 24a BVV 2*

7.4 Ergänzungsleistungen

1. Persönliche Voraussetzungen

a) Wer kann überhaupt Ergänzungsleistungen beziehen?

EL-berechtigt sind:

- **Bezüger und Bezügerinnen einer AHV/IV-Rente** oder Personen, welche Anspruch auf eine solche Rente hätten, wenn sie die Mindestbeitragszeit erfüllt hätten (z.B. Schweizer Bürger und Bürgerinnen mit einem Invaliditätsgrad von 50 %, welche nie Beiträge in der Schweiz entrichtet haben, als Invalide nun aber in ihre Heimat zurückkehren). EL-berechtigt sind auch Ehefrauen, denen eine Zusatzrente zur AHV für die Ehefrau ausgerichtet wird.
- **Bezüger und Bezügerinnen einer IV-Hilflosenentschädigung.**
- **Bezüger und Bezügerinnen eines IV-Taggeldes**, sofern dieses während mindestens 6 Monaten bezogen wird.
- **Minderjährige mit einem IV-Taggeld** (darunter fällt auch das an den Arbeitgeber ausbezahlte Taggeld für Lehrlinge).

→ Art. 4 Abs. 1 ELG

b) Wohnsitz und Aufenthalt in der Schweiz

Nur wer Wohnsitz und Aufenthalt in der Schweiz hat, kann Ergänzungsleistungen beziehen.

Wohnsitz kann von jedem Ehegatten selbstständig begründet werden. Bei getrennt lebenden Eltern haben Kinder Wohnsitz bei jenem Elternteil, unter dessen Obhut sie stehen.

Der «**Aufenthalt**» in der Schweiz wird bei Auslandsaufenthalt bis zu 3 Monaten nicht unterbrochen.

c) Ausländerinnen und Ausländer

Sie haben nur dann Anspruch auf Ergänzungsleistungen, wenn sie unmittelbar vor der Anmeldung **während 10 Jahren** (Karenzfrist) ununterbrochen tatsächlichen Aufenthalt in der Schweiz nachweisen (Flüchtlinge: 5 Jahre). Unterbrechungen bis zu 3 Monaten bleiben unberücksichtigt.

Zudem erhalten Ausländer und Ausländerinnen nur dann Ergänzungsleistungen, wenn sie tatsächlich eine AHV/IV-Rente, eine Hilflosenentschädigung der IV oder ein IV-Taggeld beziehen.

Hinweis: Aufgrund des Personenverkehrsabkommens zwischen der Schweiz und der EU entfällt die 10-jährige Karenzfrist für Bürger und Bürgerinnen von EU-Staaten mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz.

Ausländerinnen und Ausländer, die aufgrund eines **Sozialversicherungsabkommens** Anspruch auf eine ausserordentliche AHV/IV-Rente hätten, haben, solange die Karenzfrist dauert, höchstens Anspruch auf Ergänzungsleistungen in der Höhe des Mindestbetrages der entsprechenden ordentlichen Vollrente.

Minderjährige mit einem IV-Taggeld (darunter fällt auch das an den Arbeitgeber ausbezahlte Taggeld für Lehrlinge).

→ Art. 5 ELG

2. Die Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistung

a) Das Berechnungsprinzip

Ergänzungsleistungen sind **Bedarfsleistungen**: Anspruch haben Versicherte, deren anrechenbares Einkommen (vgl. unten Buchst. b) die nach Gesetz anerkannten Auslagen (vgl. unten Buchst. c) nicht zu decken vermag. Die Höhe der Ergänzungsleistungen entspricht der **Differenz** von anrechenbarem Einkommen und anerkannten Auslagen. Mit der EL-Reform vom 1.1.2021 wurde eine Vermögensschwelle eingeführt. Ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen besteht somit nur, wenn eine Vermögensschwelle unterschritten wird (Einzelperson Fr. 100 000.–, Ehepaar Fr. 200 000.–, Kinder je Fr. 50 000.–). Das Vermögen wird bei der EL-Berechnung zudem weiterhin berücksichtigt. Der Wert selbstbewohnter Liegenschaften wird bei der Vermögensschwelle nicht berücksichtigt, bei der Berücksichtigung des Vermögens hingegen schon.

Ehepaare werden bei der Berechnung als wirtschaftliche Einheit betrachtet, d.h., es werden Einkommen und Auslagen beider Eheleute berücksichtigt. Nur wenn eine Ehe gerichtlich getrennt ist oder die Eheleute offensichtlich während längerer Zeit getrennt leben, werden verheiratete Personen als alleinstehend betrachtet.

Bei Ehepaaren, von denen ein Ehegatte oder beide **in einem Heim oder Spital** leben, wird die jährliche Ergänzungsleistung für jede Person gesondert berechnet. Dabei werden die anrechenbaren Einnahmen und das Vermögen je zur Hälfte den Eheleuten zugerechnet. Hat ein Ehepaar oder einer der Ehegatten Eigentum an einer Liegenschaft, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt, so werden dem im Heim oder Spital lebenden Ehegatten drei Viertel, dem zu Hause lebenden Ehegatten ein Viertel des Vermögens zugerechnet.

Die anerkannten Ausgaben und anrechenbaren Einnahmen von **Kindern**, für welche die Eltern eine Kinderrente erhalten, werden mit den Ausgaben und Einnahmen der Eltern zusammengerechnet.

→ Art. 9 Abs. 1–4 ELG; Art. 1a–1d ELV, Art. 9a ELG

b) Die anrechenbaren Einnahmen

Voll angerechnet werden:

- sämtliche Renten und Taggelder;
- der Vermögensertrag (z.B. Eigenmietwert der eigenen Wohnung, Zinsen auf Sparguthaben);
- ein Anteil am Vermögen ($\frac{1}{15}$ bei IV-Rentnern, $\frac{1}{10}$ bei AHV-Rentnern, bei Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen je nach Kanton bis zu $\frac{1}{5}$) nach Abzug eines «Freibetrags» von Fr. 30 000.– bei Alleinstehenden, Fr. 50 000.– bei Ehepaaren sowie Fr. 15 000.– zusätzlich pro Kind. Bei selbst bewohnten **Liegenschaften** ist zudem nur der Fr. 112 500.– übersteigende Wert der Liegenschaft beim Vermögen zu berücksichtigen. Dieser Freibetrag erhöht sich gar auf Fr. 300 000.–, wenn eine Person eine Hilflosenentschädigung bezieht oder wenn bei einem Ehepaar ein Ehegatte im Heim lebt;

- Familien- und Kinderzulagen;
- Alimente.

Nur teilweise angerechnet wird das Erwerbseinkommen der Rentenbezüger und ihrer Ehegatten: Vom Erwerbseinkommen des Rentenbezügers werden vorerst die Gewinnungskosten, dann ein «Freibetrag» (Fr. 1000.– pro Jahr bei Alleinstehenden, Fr. 1500.– bei Verheirateten) abgezogen. Vom Rest werden $\frac{2}{3}$ angerechnet. Das Erwerbseinkommen des Ehegatten wird zu 80 % angerechnet.

Bezügern und Bezügerinnen einer IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad von 40–69 % wird ein **zumutbares Erwerbseinkommen** (ebenfalls zu $\frac{2}{3}$) angerechnet, wenn sie nicht den Nachweis erbringen können, dass sie trotz intensiven Bemühungen keine Stelle finden konnten:

- jährlich Fr. 26 147.– bei einem Invaliditätsgrad von 40–49 %
- jährlich Fr. 19 610.– bei einem Invaliditätsgrad von 50–59 %
- jährlich Fr. 13 073.– bei einem Invaliditätsgrad von 60–69 %

Auch für **nicht invalide Ehegatten** wird ein zumutbares Erwerbseinkommen angerechnet, wenn sie nicht in zumutbarem Ausmass erwerbstätig sind. Auch sie können den Entlastungsnachweis erbringen, dass sie trotz intensiven Bemühungen keine Stelle finden konnten.

Nicht angerechnet werden Verwandtenunterstützungen, Fürsorgeleistungen, Stipendien und Hilflosenentschädigungen.

→ Art. 11 ELG; Art. 11–15, 17–18 ELV

c) Die anerkannten Ausgaben

Folgende Auslagen können angerechnet werden:

■ **Ein Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf.** Dieser beträgt bei Alleinstehenden Fr. 19610.– pro Jahr und bei Verheirateten Fr. 29415.– pro Jahr. Dieser Betrag erhöht sich für jedes Kind, für welches die Eltern eine Kinderrente der AHV/IV erhalten. Die Beträge für die Kinder werden abgestuft nach dem Alter und der Anzahl der Kinder:

bis 11 Jahre: 1. Kind: Fr. 7200.–; 2. Kind: Fr. 6000.–; 3. Kind: Fr. 5000.–; 4. Kind: Fr. 4165.–; ab 5. Kind je Fr. 3475.–.

ab 11 Jahre: 1. und 2. Kind: je Fr. 10260.–; 3. und 4. Kind: je Fr. 6800.–; ab 5. Kind: je Fr. 3420.–.

Diese Ansätze sind auch massgebend für die Ergänzungsleistungen von Waisen. Neu werden die sog. Institutionellen Kinderbetreuungskosten berücksichtigt.

■ **Der maximal anrechenbare Bruttomietzins** (Zins inkl. Nebenkosten) der Wohnung hängt von der Haushaltgrösse (Anzahl Personen, Verhältnis der Personen untereinander) und der Wohnregion (Grosszentrum, Stadt, Land) ab (sog. Mietzinsmaxima). Die grösste Veränderung ist für Personen in gemeinschaftlichen Wohnformen eingetreten: Je nach Region beläuft sich der maximal anrechenbare Bruttomietzinsanteil auf Fr. 810.–, Fr. 787.50 oder Fr. 730.–. Auf der Webseite des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) wird für jede Gemeinde die Zugehörigkeit zur betreffenden Wohnregion angegeben (<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/ergaenzungsleistungen/grundlagen-und-gesetze/grundlagen/faq-ergl-reform.html#1897550447>).

Eigentümer einer selbst bewohnten Liegenschaft können sich den Eigenmietwert sowie eine jährliche Nebenkostenpauschale von Fr. 2520.– anrechnen lassen, jedoch höchstens bis zur Höhe des Mietzinsmaximums.

Ist die Miete einer rollstuhlgängigen Wohnung notwendig, erhöht sich der Höchstbetrag für Mietzinsausgaben neu um Fr. 6000.– pro Jahr.

■ Übernommen werden die tatsächlichen Kosten der Prämie, maximal aber die **Durchschnittsprämie** für die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Wohnkanton (inkl. Unfalldeckung).

■ Die Beiträge an die **Sozialversicherungen** des Bundes.

- Die **Gebäudeunterhaltskosten** und **Hypothekarzinsen** bis zur Höhe des Bruttoertrags (Zinsen, Eigenmietwert) der Liegenschaft.
- Die geleisteten **familienrechtlichen Unterhaltsbeiträge**.

Hinweis: Für die per 1.1.2021 eingeführten Änderungen besteht eine Übergangsfrist: Für Personen, die bereits im Jahr 2020 Ergänzungsleistungen bezogen haben, gilt während dreier Jahre (bis am 31.12.2023) das bisherige Recht (Besitzstand), falls die Änderungen zu einem tieferen Betrag oder zu einem Verlust des Anspruchs führen würden.

→ *Art. 10 Abs. 1 und 3 ELG; Art. 16 ELV*

d) Sonderberechnung bei Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen

Bei Personen, die nicht bloss vorübergehend in einem Heim oder Spital wohnen, kommen folgende Sonderregeln zur Anwendung: Anstelle des Mietzinses und des Betrags für den allgemeinen Lebensunterhalt sind die **Heim-/Spitaltaxe** und ein **Betrag für die persönlichen Auslagen** anrechenbar. Die Kantone dürfen bestimmen, welche Heim-/Spitaltaxe maximal anrechenbar ist. Die Kantone bestimmen ferner die Höhe des anrechenbaren Betrags für die persönlichen Auslagen: Dieser variiert von Kanton zu Kanton und liegt zwischen rund Fr. 200.– und Fr. 550.– pro Monat.

→ *Art. 10 Abs. 2 ELG*

3. Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

a) Grundsatz

Bezüger und Bezügerinnen einer jährlichen Ergänzungsleistung haben zusätzlich Anspruch auf Vergütung der (unregelmässig) anfallenden Krankheits- und Behinderungskosten, die nicht anderweitig über eine Versicherung gedeckt sind.

Vergütet werden können Kosten von jährlich maximal Fr. 25 000.– (Alleinstehende, Ehepartner von in Heimen lebenden Personen) bzw. Fr. 50 000.– (Ehepaare). Heimbewohnern können solche Kosten bis zu maximal Fr. 6000.– pro Jahr vergütet werden.

Wer eine **Entschädigung für Hilflosigkeit mittleren oder schweren Grades** bezieht, kann für Kosten der Pflege und Betreuung sogar eine Vergütung von maximal Fr. 60 000.– (bei mittlerer Hilflosigkeit) bzw. Fr. 90 000.– (bei schwerer Hilflosigkeit) beanspruchen. Diese Ansätze erhöhen sich entsprechend, wenn bei einem Ehepaar beide Eheleute in mittlerem oder schwerem Grade hilflos sind.

→ Art. 14 Abs. 3–6 ELG

b) Die Kosten im Einzelnen

Vergütet werden können die Kosten für:

- **zahnärztliche Behandlungen**
- **Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause** sowie in **Tagesstrukturen** (vgl. im Einzelnen Kap. 3.5);
- ärztlich angeordnete **Erholungs- und Badekuren**;
- **Diät**;
- **Transporte** zur nächstgelegenen Behandlungsstelle;
- **Hilfsmittel** (vgl. im Einzelnen Kap. 4.2, Ziff. 4);
- die **Kostenbeteiligung** (Franchise, Selbstbehalte), die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anfällt.

Welche Kosten im Einzelnen unter welchen Voraussetzungen vergütet werden, legen die **Kantone** fest.

→ Art. 14 Abs. 1 ELG

4. Verfahren

a) Anmeldung

Wer Ergänzungsleistungen beansprucht, muss sich bei der zuständigen **Gemeindestelle** hierfür anmelden (in den meisten Kantonen ist dies die AHV-Gemeindezweigstelle, Auskunft erteilt die jeweilige Gemeindeverwaltung).

Die Anmeldung sollte rechtzeitig erfolgen, da eine **rückwirkende Auszahlung** von Ergänzungsleistungen im Regelfall nicht möglich ist. **Ausnahme:** Wenn die EL-Anmeldung innert 6 Monaten seit der Zustellung der Verfügung betreffend die AHV/IV-Rente erfolgt, werden die Ergänzungsleistungen rückwirkend ab Beginn des Rentenanspruchs ausgerichtet (frühestens jedoch ab Beginn der Anmeldung für die Rente).

→ Art. 20–22 ELV

b) Festlegung der Ergänzungsleistungen

Die jährliche Ergänzungsleistung wird unter Berücksichtigung der **voraussehbaren Auslagen** berechnet und monatlich ausbezahlt.

Die nicht voraussehbaren Auslagen (Krankheits- und Behinderungskosten) müssen dann unter Beilage der Belege periodisch geltend gemacht werden (spätestens 15 Monate nach Rechnungsstellung).

c) Anpassung der Ergänzungsleistungen

Von Amtes wegen werden die Ergänzungsleistungen in aller Regel jeweils auf Beginn eines Jahres neu berechnet. Bezüger und Bezügerinnen von EL müssen allfällige wesentliche Veränderungen bei ihren persönlichen Verhältnissen, ihrem Einkommen oder ihren Auslagen im Laufe des Jahres unverzüglich **melden**, worauf die Ergänzungsleistungen angepasst werden.

Wer diese Meldepflicht verletzt, muss mit einer **Rückforderung** rechnen, sofern zu viele EL bezogen worden sind.

→ Art. 25, 27 ELV

Hinweis: Es besteht neu in bestimmten Fällen eine Rückerstattungspflicht aus dem Nachlass der EL-beziehenden Person.

5. Kantonale und kommunale Zusatzleistungen

Einzelne Kantone gewähren zusätzliche Leistungen, welche über das Mass der bundesrechtlichen Ergänzungsleistungen hinausgehen. Einzelne Gemeinden ergänzen diese Leistungen zusätzlich mit kommunalen Zusatzleistungen.

Es ist nicht möglich, im Rahmen dieser Broschüre auf die einzelnen kantonalen und kommunalen Regelungen einzugehen. Auskunft erteilen die **kantonale Ausgleichskasse** oder die **zuständige Gemeindestelle** (in der Regel die AHV-Gemeindezweigstelle).

8. Ansprüche der Hinterlassenen

8.1 Witwen-, Witwer- und Waisenrenten der AHV

8.2 Hinterbliebenenrenten der Pensionskassen

8.3 Ergänzungsleistungen

8.1 Witwen-, Witwer- und Waisenrenten der AHV

1. Witwenrenten

a) Grundsatz

Witwen haben Anspruch auf eine Witwenrente der AHV, wenn sie im Zeitpunkt der Verwitwung

- entweder **eines oder mehrere Kinder haben** (oder wenn Pflegekinder im gemeinsamen Haushalt leben, die unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung aufgenommen worden sind),
- oder wenn sie das **45. Altersjahr zurückgelegt** haben und mindestens **5 Jahre verheiratet** gewesen sind (war eine Witwe mehrmals verheiratet, so wird auf die Gesamtdauer der Ehen abgestellt).

→ *Art. 23–24 AHVG; Art. 46 AHV*

b) Geschiedene Frauen

Die **geschiedene Frau** ist nach dem Tod ihres geschiedenen Ehemannes der Witwe gleichgestellt, wenn sie entweder

- eines oder mehrere Kinder hat und die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat oder
- die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat und die Scheidung nach Vollendung des 45. Altersjahres erfolgte oder
- das jüngste Kind sein 18. Altersjahr vollendet hat, nachdem die geschiedene Person ihr 45. Altersjahr zurückgelegt hat.

Ist keine dieser Voraussetzungen erfüllt, so erhält die geschiedene Frau nur eine Witwenrente, wenn und solange sie Kinder unter 18 Jahren hat.

→ *Art. 24a AHVG*

c) Höhe der Witwenrente

Die Witwenrente beträgt 80 % der einfachen Altersrente. Sie liegt somit, falls der Versicherte keine Beitragslücken aufwies, je nach durchschnittlichem Jahreseinkommen zwischen Fr. 956.– und Fr. 1912.–. Für die Berechnung der Witwenrente sind einzig das (ungeteilte) Einkommen der verstorbenen Person sowie deren Erziehungs- und Betreuungsgutschriften massgebend.

→ *Art. 33 AHVG*

d) Erlöschen des Anspruchs

Bei Erreichen des 64. Altersjahres wird die Witwenrente durch eine einfache Altersrente **abgelöst**, falls diese höher ist.

Die Witwenrente **erlischt** bei Wiederverheiratung, lebt aber bei einer allfälligen Scheidung wieder auf, falls die Ehe weniger als 10 Jahre gedauert hat.

→ *Art. 23 Abs. 4–5, 24b AHVG; Art. 46 AHV*

2. Witwerrenten

Witwer haben Anspruch auf eine Witwerrente, sofern sie im Zeitpunkt der Verwitwung Kinder haben.

Der **geschiedene Mann** ist dem Witwer gleichgestellt.

Der Anspruch auf die Witwerrente **endet** (anders als bei der Witwenrente) in jedem Fall, wenn das letzte Kind des Witwers das 18. Altersjahr vollendet hat.

→ *Art. 23–24 AHVG*

3. Waisenrenten

a) Grundsatz

Waisen erhalten beim Tode ihres **Vaters** oder ihrer **Mutter** eine **Waisenrente**. Der Anspruch erlischt mit der Vollendung des 18. Altersjahres; für Kinder, die noch in Ausbildung stehen, dauert der Rentenanspruch bis zum Abschluss der Ausbildung, längstens aber bis zur Vollendung des 25. Altersjahres.

Kinder, deren beide Eltern gestorben sind, erhalten **zwei Waisenrenten**.

→ *Art. 25 AHVG*

b) Höhe der Waisenrente

Die Waisenrente beträgt 40% der Altersrente. Sie liegt somit, falls der verstorbene Elternteil keine Beitragslücken aufwies, je nach anrechenbarem durchschnittlichem Jahreseinkommen zwischen Fr. 478.– und Fr. 956.–. Massgebend ist das durchschnittliche Einkommen des verstorbenen Elternteils.

Die Waisenrente von Kindern, die **nur zum verstorbenen Elternteil** in einem Kindsverhältnis standen, beträgt 60% der dem massgebenden durchschnittlichen Einkommen entsprechenden Altersrente (Fr. 717.– bis Fr. 1434.–).

→ *Art. 37 AHVG*

8.2 Hinterbliebenenrenten der Pensionskassen

1. Generelles

a) Versicherungsschutz

Die Hinterbliebenen können grundsätzlich dann Ansprüche geltend machen, wenn

- die verstorbene Person im Zeitpunkt des Todes als Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin bei einer Pensionskasse versichert gewesen ist (vgl. hierzu Kap. 7.3, Ziff. 1) oder wenn
- die verstorbene Person im Zeitpunkt des Todes bereits von einer Pensionskasse eine Alters- oder Invalidenrente bezogen hat.

→ Art. 18 BVG

b) Versicherungsleistungen

Die Pensionskassen sind grundsätzlich frei, ob sie in ihren Reglementen bloss die minimalen gesetzlichen Leistungen gewähren wollen (sog. **BVG-Vorsorge**) oder ob sie in ihren Reglementen über das gesetzlich vorgeschriebene Minimum hinaus zusätzliche Leistungen vorsehen (**überobligatorische Vorsorge**).

Massgebend ist somit das im Zeitpunkt des Todes gültige **Reglement**. Die Leistungen sind zudem aus dem **Versicherungsausweis** ersichtlich, der in der Regel jährlich ausgestellt wird. Arbeitgeber und Pensionskassen unterstehen beide einer umfassenden **Informationspflicht**: Sie müssen auf Verlangen sowohl das Reglement wie auch den Versicherungsausweis zustellen. Tun sie es nicht, so empfiehlt es sich, an die kantonale Aufsichtsbehörde zu gelangen.

2. Witwenrenten

a) Anspruch gemäss BVG

Witwen haben aufgrund des BVG Anspruch auf eine Witwenrente, wenn sie im Zeitpunkt der Verwitwung

- entweder für den Unterhalt eines oder mehrerer Kinder aufkommen müssen
- oder das 45. Altersjahr zurückgelegt haben und mindestens 5 Jahre verheiratet gewesen sind.

Die **geschiedene Frau** ist nach dem Tode ihres geschiedenen Ehemannes der Witwe gleichgestellt, sofern die Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat und der geschiedenen Frau im Scheidungsurteil eine Rente (oder Kapitalabfindung für eine lebenslängliche Rente) zugesprochen wurde. Wenn die Witwenrente zusammen mit den AHV-Leistungen den Anspruch aus dem Scheidungsurteil übersteigt, kann sie um den entsprechenden Betrag **gekürzt** werden.

Die Witwenrente nach BVG beträgt **60 % der Invalidenrente**, auf die der Verstorbene im Falle einer Invalidität Anspruch gehabt hätte (vgl. Kap. 7.3, Ziff. 2).

Der Anspruch auf eine Witwenrente nach BVG **erlischt** mit der **Wiederverheiratung** oder dem **Tod** der Witwe.

→ Art. 19, 22 BVG; Art. 20 BVV 2

b) Überobligatorischer Anspruch

Geht eine Pensionskasse über das BVG-Minimum hinaus, so ist sie grundsätzlich frei, die Bedingungen für den Anspruch auf eine Witwenrente nach eigenem Belieben festzulegen. Dasselbe gilt für die Höhe der Witwenrente: Sie entspricht z.B. bei sog. Leistungsprimatskassen einem Prozentsatz des versicherten Lohnes des Verstorbenen. Massgebend ist das Reglement der Kasse.

3. Witwenabfindung

a) Anspruch gemäss BVG

Erfüllt eine Witwe die Voraussetzungen für den Bezug einer Witwenrente nicht (z.B. unter 45-jährige Witwe ohne Kinder), so hat sie Anspruch auf eine einmalige Abfindung in Höhe von **drei Jahresrenten**.

→ *Art. 19 Abs. 2 BVG*

b) Überobligatorischer Anspruch

Die Kassen sind frei, über das BVG-Obligatorium hinaus Ansprüche auf Witwenabfindungen zu gewähren. Massgebend ist das Reglement.

4. Witwerrenten

a) Anspruch gemäss BVG

Mit dem Inkrafttreten der 1. BVG-Revision haben **Witwer**, die nach dem 1.1.2005 verwitwen, unter denselben Voraussetzungen Anspruch auf BVG-Leistungen wie die Witwen.

b) Überobligatorischer Anspruch

Viele Pensionskassen gehen heute weiter und gewähren Witvern (gleich wie den Witwen) höhere Leistungen als jene, die im BVG vorgeschrieben sind. Massgebend sind die Reglemente.

5. Waisenrenten

a) Anspruch gemäss BVG

Waisen erhalten beim Tod des **Vaters** oder der **Mutter** eine Waisenrente. Der Anspruch erlischt mit der Vollendung des **18. Altersjahres**. Er besteht jedoch bei Kindern in Ausbildung maximal bis zur Vollendung des **25. Altersjahres**.

Die Höhe der Waisenrente entspricht 20 % der Invalidenrente, auf die der verstorbene Vater oder die verstorbene Mutter im Falle einer Invalidität Anspruch gehabt hätte (vgl. Kap.7.3, Ziff. 2).

→ *Art. 20–22 BVG*

b) Überobligatorischer Anspruch

Viele Pensionskassen gehen über das gesetzliche Minimum hinaus und gewähren **höhere Waisenrenten**: Bei Leistungsprimatskassen entsprechen diese einem Prozentsatz des versicherten Lohnes der verstorbenen Person. Massgebend ist das Reglement der Kasse.

Die Pensionskassen können andererseits auch festlegen, dass die gesamten Hinterlassenenleistungen **gekürzt** werden dürfen, soweit sie zusammen mit anderen anrechenbaren Einkünften 90 % des mutmasslich als Folge des Todes entgangenen Verdienstes übersteigen.

→ *Art. 34a BVG; Art. 24 BVV 2*

6. Todesfallentschädigung

a) Anspruch gemäss BVG

Verstirbt eine Person, ohne eine Witwe oder Waisen zu hinterlassen, so verfällt nach BVG ihr ganzes Guthaben. Das Gesetz sieht **keine** Todesfallentschädigung vor.

b) Überobligatorischer Anspruch

Viele Kassen sehen in ihren Reglementen vor, dass bei Fehlen einer Witwe, eines Witwers oder von Waisen eine Todesfallentschädigung ausgerichtet wird.

Das BVG hält in Art. 20a fest, welche Personen **reglementarisch** im Todesfall **begünstigt** werden dürfen, falls kein Anspruch auf eine Witwen-, Witwer- oder Waisenrente entsteht: Es sind dies in erster Linie Personen, die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, Konkubinatspartnerinnen und -partner (bei mindestens 5-jähriger Lebensgemeinschaft) oder Personen, die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen müssen. Beim Fehlen solcher Personen dürfen die erwachsenen Kinder der verstorbenen Person, die Eltern und die Geschwister begünstigt werden, beim Fehlen solcher Personen schliesslich die übrigen gesetzlichen Erben, allerdings nur in reduziertem Ausmass.

→ *Art. 20a BVG*

8.3 Ergänzungsleistungen

1. Anspruch

Witwen, Witwer und **Waisen**, die eine Hinterlassenenrente der AHV beziehen, haben Anspruch auf Ergänzungsleistungen, sofern die AHV-Rente, die Rente der 2. Säule sowie ihr übriges Einkommen nicht ausreichen, um den im Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen umschriebenen Existenzbedarf zu decken.

Zu den weiteren persönlichen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, vgl. Kap. 7.4.

→ *Art. 2, 2b ELG; Art. 4 ELV*

2. Berechnung

Für die Berechnung gelten dieselben Regeln wie beim Bezug einer Invalidenrente (vgl. Kap. 7.4).

Nicht invaliden Witwen ohne minderjährige Kinder wird allerdings als **Erwerbseinkommen** mindestens Fr. 39 220.– (bis 40. Altersjahr) bzw. Fr. 19 610.– (41. bis 50. Altersjahr) bzw. Fr. 13 073.– (51. bis 60. Altersjahr) angerechnet. Verdient eine Witwe weniger als diese Beträge, so muss sie den Nachweis erbringen, dass sie einen solchen Verdienst trotz aller zumutbaren Bemühungen nicht erzielen kann; nur dann wird von einer Anrechnung abgesehen.

→ *Art. 14b ELV*

9. Anhang

9.1 Adressen

9.2 AHV/IV/EL-Organe

9.3 Gesetze, Wegleitungen, Merkblätter

9.1 Adressen

Rechtsberatungsstellen

Rechtsdienst Inclusion Handicap

Inclusion Handicap – Rechtsdienst Zürich

Grütlistrasse 20, 8002 Zürich, Tel. 044 201 58 28

Inclusion Handicap – Rechtsdienst Bern

Mühlemattstrasse 14a, 3007 Bern, Tel. 031 370 08 35

Inclusion Handicap – Service Juridique Lausanne

Place Grand-St-Jean 1, 1003 Lausanne, Tel. 021 323 33 52

Consulenza Giuridica Andicap

Via Linoleum 7, Postfach 834, 6512 Giubiasco, Tel. 091 850 90 20

Diabetesgesellschaften

diabetesschweiz

Rütistrasse 3a, 5400 Baden, Tel. 056 200 17 90

E-Mail: sekretariat@diabetesschweiz.ch, www.diabetesschweiz.ch

IBAN CH79 0900 0000 8000 9730 7

diabetesaargau

Herzogstrasse 1, 5000 Aarau, Tel. 062 824 72 01

E-Mail: info@diabetesaargau.ch

IBAN CH33 0900 0000 5000 8217 9

diabetesregionbasel

Marktplatz 5, 4001 Basel, Tel. 061 261 03 87

E-Mail: info@diabetesbasel.ch

IBAN CH95 0900 0000 4002 5186 4

diabetesbern

Swiss Post Box: 101565, Postfach, 8010 Zürich

E-Mail: info@diabetesbern.ch

IBAN CH35 0900 0000 3002 0559 2

diabetesbiel-bienne

Bahnhofstrasse 7, 2502 Biel-Bienne, Tel. 032 365 00 80

E-Mail: info@diabetesbiel-bienne.ch

IBAN CH73 0027 2272 1030 7201 P

diabètefribourg

Route St-Nicolas-de-Flüe 2, Postfach, 1701 Freiburg, Tel. 026 426 02 80

E-Mail: info@diabetefribourg.ch

IBAN CH89 0900 0000 1700 8998 4

diabète-genève

36, av. du Cardinal-Mermillod, 1227 Carouge, Tel. 022 329 17 77

E-Mail: info@diabete-geneve.ch

IBAN CH45 0900 0000 1201 2704 6

diabetes GL - GR - FL

Steinbockstrasse 2, 7000 Chur, Tel. 081 253 50 40

E-Mail: info@diabetesgl-gr-fl.ch

IBAN CH44 0077 4110 1008 1530 0

Association Jurassienne des Diabétiques

Rue de l'Église 9, 2943 Vendlincourt, Tel. 032 422 72 07

E-Mail: assojuradiabete@bluewin.ch

IBAN CH51 0630 0016 0610 8441 0

diabètejurabernois

Postfach 4, 2610 St-Imier, Tel. 079 739 15 13

E-Mail: admin@diabetejurabernois.ch

IBAN CH31 0900 0000 2300 0162 3

diabetesoberwallis

Kantonsstrasse 4, Postfach 129, 3930 Visp, Tel. 027 946 24 52

E-Mail: info@diabetesoberwallis.ch

IBAN CH95 0076 5000 E083 1659 2

diabèteneuchâtel

Rue de la Paix 75, 2301 La Chaux-de-Fonds, Tel. 032 913 13 55

E-Mail: info@andd.ch

IBAN CH30 0900 0000 2300 5111 1

diabetesostschweiz

Neugasse 55, 9000 St. Gallen, Tel. 071 223 67 67

E-Mail: info@diabetesostschweiz.ch

IBAN CH22 0690 0016 0080 0340 1

diabetesschaffhausen

Mühlentalstrasse 84, Postfach 311, 8201 Schaffhausen, Tel. 052 625 01 45

E-Mail: info@diabetesschaffhausen.ch

IBAN CH41 0900 0000 8200 3866 9

diabetessolothurn

Solothurnerstrasse 7, 4600 Olten, Tel. 062 296 80 82

E-Mail: info@diabetessolothurn.ch

IBAN CH26 0900 0000 4600 0850 1

diabeteticino

Via al Ticino 30 B, 6514 Sementina

E-Mail: info@diabeteticino.ch

IBAN CH77 0900 0000 6500 1496 6

Association Valaisanne du Diabète

Rue des Condémines 16, 1950 Sion, Tel. 027 322 99 72

E-Mail: info@avsd.ch

IBAN CH31 8057 2000 0214 4058 6

diabètevaud

Av. de Provence 12, 1007 Lausanne, Tel. 021 657 19 20

E-Mail: info@diabetevaud.ch

IBAN CH88 0900 0000 1002 0353 9

diabeteszentralschweiz

Falkengasse 3, 6004 Luzern, Tel. 041 370 31 32

E-Mail: info@diabeteszentralschweiz.ch

IBAN CH65 0483 5093 8147 4100 0

diabeteszug

Aegeristrasse 52, 6300 Zug, Tel. 041 727 50 64

E-Mail: info@diabeteszug.ch

IBAN CH81 0078 7000 0711 9130 5

diabeteszürich

Hegarstrasse 18, Postfach 1009, 8032 Zürich, Tel. 044 383 00 60

E-Mail: info@zdg.ch

IBAN CH36 0900 0000 8004 9704 2

Weitere Adressen für Diabetes-Betroffene**Beratungssektion diabetesschweiz**

Rütistrasse 3a, 5400 Baden

Präsident: Dominik Jordi

E-Mail: beratungssektion@diabetesgesellschaft.ch

IBAN CH16 0078 2005 6436 3010 1

Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED)

Rütistrasse 3a, 5400 Baden, Tel. 056 552 02 60

E-Mail: office@sgedssed.ch

IBAN CH53 0028 8288 IL10 8338 1

Schweizerische Herzstiftung**Schweizerische Herzstiftung**

Dufourstrasse 30, Postfach, 3000 Bern 14, Tel. 031 388 80 80

E-Mail: info@swissheart.ch, www.swissheart.ch

PK 30-4356-3

Herzgruppen

Dufourstrasse 30, Postfach, 3000 Bern 14, Tel. 031 388 80 80
E-Mail: info@swissheartgroups.ch, www.swissheartgroups.ch
gefördert von der Schweizerischen Herzstiftung

Broschüren-Bestellung

www.swissheart.ch/shop, Tel. 031 388 80 80

Weitere Adressen für Personen mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder nach einem Hirnschlag

CUORE MATTO – Vereinigung für Jugendliche und Erwachsene mit angeborenem Herzfehler

Marktgasse 31, 3011 Bern, Tel. 079 838 49 66, E-Mail: info@cuorematto.ch
Sekretariat: Annemarie Grüter, Blumenweg 4, 5243 Mülligen, Tel. 055 260 24 52

Elternvereinigung für das herzkrankte Kind

Sekretariat: Annemarie Grüter, Blumenweg 4, 5243 Mülligen, Tel. 055 260 24 52
E-Mail: info@evhk.ch

Schweizerische Selbsthilfegruppe für ICD-Patienten

Kontaktperson: Roland Feer, Mozartstrasse 40, 6004 Luzern, Tel. 041 420 85 49, 079 886 41 39
E-Mail: info@icdselbsthilfegruppe.ch

Fragile Suisse für Hirnverletzte und Angehörige

Badenerstrasse 696, 8048 Zürich, Tel. 044 360 30 60. Gratis Helpline: 0800 256 256

Aphasie Suisse für Menschen mit Sprachstörungen als Folge eines Hirnschlags

Spitalstrasse 4, 6004 Luzern, Tel. 041 240 05 83
E-Mail: info@aphasie.org

Krebsligen

Krebsliga Schweiz

Effingerstrasse 40, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 389 91 00, Fax 031 389 91 60

E-Mail: info@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch

PK 30-4843-9, IBAN CH95 0900 0000 3000 4843 9

Krebstelefon

Tel. 0800 11 88 11 (Anruf kostenlos)

Montag bis Freitag: 09.00–19.00 Uhr

E-Mail: helpline@krebsliga.ch, www.krebsforum.ch

Broschüren-Bestellung

Tel. 0844 85 00 00, kundendienst@krebsliga.ch, <https://shop.krebsliga.ch>

Krebsliga Aargau

Kasernenstrasse 25, Postfach 3225, 5001 Aarau, Tel. 062 834 75 75, Fax 062 834 75 76

E-Mail: admin@krebsliga-aargau.ch, www.krebsliga-aargau.ch

PK 50-12121-7, IBAN CH47 0076 1639 9132 1200 1

Krebsliga beider Basel

Petersplatz 12, 4051 Basel, Tel. 061 319 99 88, Fax 061 319 99 89

E-Mail: info@klbb.ch, www.klbb.ch

PK 40-28150-6, IBAN CH11 0900 0000 4002 8150 6

Krebsliga Bern

Schwanengasse 5/7, Postfach, 3011 Bern, Tel. 031 313 24 24, Fax 031 313 24 20

E-Mail: info@bernischekrebsliga.ch, www.bern.krebsliga.ch

PK 30-22695-4, IBAN CH23 0900 0000 3002 2695 4

Krebsliga Freiburg

Route St-Nicolas-de-Flüe 2, Postfach 96, 1705 Freiburg, Tel. 026 426 02 90, Fax 026 426 02 88

E-Mail: info@liguecancer-fr.ch, www.liguecancer-fr.ch

PK 17-6131-3, IBAN CH49 0900 0000 1700 6131 3

Krebsliga Genf

11, rue Leschot, 1205 Genf, Tel. 022 322 13 33, Fax 022 322 13 39

E-Mail: ligue.cancer@mediane.ch, www.lgc.ch

IBAN CH80 0900 0000 1200 0380 8

Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1, Postfach 368, 7001 Chur, Tel. 081 300 50 90

E-Mail: info@krebssliga-gr.ch, www.krebssliga-gr.ch

PK 70-1442-0, IBAN CH97 0900 0000 7000 1442 0

Krebsliga Jura

Rue des Moulins 12, 2800 Delémont, Tel. 032 422 20 30, Fax 032 422 26 10

E-Mail: ligue.ju.cancer@bluewin.ch, www.liguecancer-ju.ch

PK 25-7881-3, IBAN CH13 0900 0000 2500 7881 3

Krebsliga Neuenburg

Faubourg du Lac 17, 2000 Neuenburg, Tel. 032 886 85 90

E-Mail: LNCC@ne.ch, www.liguecancer-ne.ch

PK 20-6717-9, IBAN CH23 0900 0000 2000 6717 9

Krebsliga Ostschweiz

Flurhofstrasse 7, 9000 St. Gallen, Tel. 071 242 70 00

E-Mail: info@krebssliga-ostschweiz.ch, www.krebssliga-ostschweiz.ch

PK 90-15390-1, IBAN CH29 0900 0000 9001 5390

Krebsliga Schaffhausen

Mühlentalstrasse 84, 8200 Schaffhausen, Tel. 052 741 45 45, Fax 052 741 45 57

E-Mail: info@krebssliga-sh.ch, www.krebssliga-sh.ch

PK 82-3096-2, IBAN CH65 0900 0000 8200 3096 2

Krebsliga Solothurn

Wengistrasse 16, 4500 Solothurn, Tel. 032 628 68 10, Fax 032 628 68 11

E-Mail: info@krebssliga-so.ch, www.krebssliga-so.ch

PK 45-1044-7, IBAN CH73 0900 0000 4500 1044 7

Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5, 8570 Weinfelden, Tel. 071 626 70 00, Fax 071 626 70 01

E-Mail: info@tgkl.ch, www.tgkl.ch

PK 85-4796-4, IBAN CH67 0900 0000 8500 4796 4

Krebsliga Tessin

Piazza Nosetto 3, 6500 Bellinzona, Tel. 091 820 64 20, Fax 091 820 64 60

E-Mail: info@legacancro-ti.ch, www.legacancro-ti.ch

PK 65-126-6, IBAN CH19 0900 0000 6500 0126 6

Krebsliga Wallis

Hauptsitz: Rue de la Dixence 19, 1950 Sion, Tel. 027 322 99 74, Fax 027 322 99 75

E-Mail: info@lvcc.ch, www.lvcc.ch

Beratungsbüro: Spitalzentrum Oberwallis, Überlandstrasse 14, 3900 Brig

Tel. 027 604 35 41, Mobil 079 644 80 18

E-Mail: info@krebssliga-wallis.ch, www.krebssliga-wallis.ch

PK 19-340-2, IBAN CH73 0900 0000 1900 0340 2

Krebsliga Waadt

Place Pépinet 1, 1003 Lausanne, Tel. 021 623 11 11

E-Mail: info@lvc.ch, www.lvc.ch

PK 10-22260-0, IBAN CH89 0024 3243 4832 0501 Y

Krebsliga Zentralschweiz

Löwenstrasse 3, 6004 Luzern, Tel. 041 210 25 50

E-Mail: info@krebssliga.info, www.krebssliga.info

PK 60-13232-5, IBAN CH61 0900 0000 6001 3232 5

Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71, 8032 Zürich, Tel. 044 388 55 00

E-Mail: info@krebssligazuerich.ch, www.krebssligazuerich.ch

PK 80-868-5, IBAN CH77 0900 0000 8000 0868 5

Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4, FL-9494 Schaan, Tel. 00423 233 18 45

E-Mail: admin@krebshilfe.li, www.krebshilfe.li

PK 90-4828-8, IBAN LI98 0880 0000 0239 3221 1

Weitere Adressen für Krebsbetroffene

GIST-Gruppe Schweiz, Verein zur Unterstützung von Betroffenen mit GIST (Gastrointestinale Stromatumoren) in der Schweiz

Helga Meier Schnorf, Sterenweg 7, 6300 Zug, Tel. 041 710 80 58

Kontakt: www.gist.ch

Lymphome.ch Patientennetz Schweiz (früher: ho/noho Schweizerische Patientenorganisation für Lymphombetroffene und Angehörige)

Weidenweg 39, 4147 Aesch BL, Tel. 061 421 09 27

E-Mail: info@lymphome.ch, www.lymphome.ch

ilco, Schweizerische Interessengemeinschaft der regionalen Gruppen von Stomaträgern

E-Mail: info@ilco.ch, www.ilco.ch

KKO, Kehlkopferierte Schweiz

Regionalgruppen: www.kehlkopferierte.ch

Kinderkrebshilfe Schweiz

Florastrasse 14, 4600 Olten, Tel. 062 297 00 11

E-Mail: info@kinderkrebshilfe.ch, www.kinderkrebshilfe.ch

Myelom Kontaktgruppe Schweiz – MKgS

c/o Florin Rupper, Wiggenrainstr. 14a, 9404 Rorschacherberg

www.multiples-myelom.ch, E-Mail: Kontaktformular

Schweizer Selbsthilfeorganisation Pankreaserkrankungen SSP

c/o Manuela Zulliger, Administration SSP, Niesenweg 20, 3507 Biglen

E-Mail: info@pancreas-help.ch, www.pancreas-help.ch

SFK, Stiftung zur Förderung der Knochenmarktransplantation

E-Mail: info@knochenmark.ch, www.knochenmark.ch

Lungenligen**Lungenliga Schweiz (Geschäftsstelle)**

Chutzenstrasse 10, 3007 Bern, Tel. 031 378 20 50, Fax 031 378 20 51

E-Mail: info@lung.ch, www.lungenliga.ch / www.liguepulmonaire.ch

PK 30-882-0

Lungenliga Aargau

Hintere Bahnhofstrasse 6, Postfach, 5001 Aarau, Tel. 062 832 40 00, Fax 062 832 40 01

E-Mail: lungenliga.aargau@llag.ch

PK 50-782-0

Lungenliga beider Basel

Mittlere Strasse 35, 4056 Basel, Tel. 061 269 99 66, Fax 061 269 99 60

E-Mail: info@llbb.ch

PK 40-1120-0

Lungenliga Bern

Chutzenstrasse 10, 3007 Bern, Tel. 031 300 26 26, Fax 031 300 26 25

E-Mail: info@lungenliga-be.ch

PK 30-7820-7

Lungenliga Freiburg

Rte St-Nicolas-de-Flüe 2, Postfach 96, 1701 Freiburg, Tel. 026 426 02 70, Fax 026 426 02 88

E-Mail: info@liguepulmonaire-fr.ch

PK 17-226-6

Lungenliga Genf

Bd de la Tour 6, 1205 Genève, Tel. 022 309 09 90, Fax 022 309 09 91

E-Mail: info@lpge.ch

PK 12-631-9

Lungenliga Glarus

Wiggispark, Molliserstrasse 41, Tel. 055 640 50 15, Fax 055 640 53 32

E-Mail: info@llgl.ch

PK 87-327229-3

Lungenliga Graubünden

Gürtelstrasse 80, 7000 Chur, Tel. 081 354 91 00, Fax 081 354 91 09

E-Mail: info@llgr.ch

PK 70-2285-7

Lungenliga Jura

Rte de la Raisse 3, 2855 Glovelier, Tel. 032 422 20 12, Fax 032 422 20 45

E-Mail: ligue.pulmonaire@liguepj.ch

PK 25-298-4

Lungenliga Zentralschweiz (für die Kantone LU, ZG, SZ, NW, OW)

Mooshüslistrasse 14, 6032 Emmen, Tel. 041 429 31 10, Fax 041 429 31 11

E-Mail: info@lungenliga-zentralschweiz.ch

PK 60-217-6

Lungenliga Neuenburg

Rue des Poudrières 135, 2000 Neuchâtel, Tel. 032 720 20 50, Fax 032 720 20 51

E-Mail: info@lpne.ch

PK 20-6848-1

Lungenliga Schaffhausen

Mühlentalstrasse 84, 8200 Schaffhausen, Tel. 052 625 28 03, Fax 052 625 37 74

E-Mail: info@lungenliga-sh.ch

PK 82-202-3

Lungenliga Solothurn

Dornacherstrasse 33, Postfach 519, 4502 Solothurn, Tel. 032 628 68 28, Fax 032 628 68 38

E-Mail: info@lungenliga-so.ch

PK 40-559740-3

Lungenliga St. Gallen-Appenzell

Kolumbanstrasse 2, 9008 St. Gallen, Tel. 071 228 47 47, Fax 071 228 47 48

E-Mail: info@lungenliga-sg.ch

PK 90-548-5

Lungenliga Tessin

Via alla Campagna 9, 6900 Lugano, Tel. 091 973 22 80, Fax 091 973 22 89

E-Mail: info@lpti.ch

PK 69-1343-4

Lungenliga Thurgau

Bahnhofstrasse 15, Postfach 251, 8570 Weinfelden, Tel. 071 626 98 98, Fax 071 626 98 99

E-Mail: info@lungenliga-tg.ch

PK 85-1805-0

Lungenliga Uri

Spitalstrasse 1A, 6460 Altdorf, Tel. 041 870 15 72, Fax 041 870 18 58

E-Mail: ruth.kappeler@lungenliga-uri.ch

PK 60-3658-7

Lungenliga Waadt

Avenue de Provence 4, 1007 Lausanne, Tel. 021 623 38 00, Fax 021 623 38 10

E-Mail: info@lpvd.ch

PK 10-2047-5

Lungenliga Wallis

Rue des Condémines 14, 1950 Sion, Tel. 027 329 04 29, Fax 027 329 04 30

E-Mail: info@psvalais.ch

PK 19-4690-5

Verein Lunge Zürich

The Circle 62, 8058 Zürich, Tel. 044 268 20 00, Fax 044 268 20 20

E-Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

PK 80-1535-7

Liechtenstein

Lungenliga St. Gallen-Appenzell

Kolumbanstrasse 2, 9008 St. Gallen, Tel. 071 228 47 47, Fax 071 228 47 48

E-Mail: info@lungenliga-sg.ch

PK 90-548-5

Weitere Adressen für Lungenkranke**Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP)**

Sekretariat, Peter Merian-Strasse 80, 4002 Basel, Tel. 061 686 77 47

E-Mail: info@pneumo.ch

Rheumaligen

Rheumaliga Schweiz

Josefstrasse 92, 8005 Zürich, Tel. 044 487 40 00
E-Mail: info@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch
PostFinance, IBAN CH07 0900 0000 8000 2042 1
UBS Zürich, IBAN CH83 0023 0230 5909 6001 F

Rheumaliga Bern und Oberwallis

Gurtengasse 6, 3011 Bern, Tel. 031 311 00 06, Fax 031 311 00 07
E-Mail: info.be@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/be
IBAN CH32 0900 0000 3000 8041 9

Rheumaliga beider Basel

Solothurnerstrasse 15, 4053 Basel, Tel. 061 269 99 50
E-Mail: info@rheumaliga-basel.ch, www.rheumaliga.ch/blbs
IBAN CH26 0900 0000 4002 0363 6

Rheumaliga Freiburg

1700 Freiburg, Tel. 026 322 90 00
E-Mail: info.fr@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/fr
IBAN CH27 0900 0000 1700 3590 7

Rheumaliga Genf

Rue Merle-d'Aubigné 22, 1207 Genf, Tel. 022 718 35 55, Fax 022 718 35 50
E-Mail: laligue@laligue.ch, www.laligue.ch
IBAN CH97 0900 0000 1200 4967 4

Rheumaliga Glarus

Federiweg 3, 8867 Niederurnen, Tel. 055 610 15 16 / 079 366 22 23

Neu ab 1.3.2022: Gwölb 1, 8752 Näfels, Tel. 076 385 59 06

E-Mail: rheumaliga.gl@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/gl

Glarner Kantonalbank, IBAN CH95 0077 3805 5347 6230 3

Rheumaliga Jura

Rue Thurmann 10d, 2900 Porrentruy, Tel. 032 466 63 61

E-Mail: info.ju@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/ju

IBAN CH08 0900 0000 2500 1032 4

Rheumaliga Luzern und Unterwalden

Dornacherstrasse 14, 6003 Luzern, Tel. 041 377 26 26

E-Mail: rheuma.luw@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/luownw

IBAN CH64 0900 0000 6002 2277 2

Rheumaliga Neuenburg

Combata 16, 2300 La Chaux-de-Fonds, Tel. 032 913 22 77

E-Mail: info.ne@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/ne

PK 20-7781-5, Raiffeisenbank, Neuenburg und Vallées, IBAN CH60 8080 8003 6945 5258 1

Rheumaliga Schaffhausen

Bleicheplatz 5, 8200 Schaffhausen, Tel. 052 643 44 47

Neu ab 1.9.2022: Mühlentalstrasse 88b, 8200 Schaffhausen

Rheumaliga Solothurn

Roamerstrasse 12, 4500 Solothurn, Tel. 032 623 51 71, Fax 032 623 51 72

E-Mail: rheumaliga.so@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/so

IBAN CH88 0900 0000 4500 5004 4

Rheumaliga St. Gallen, Graubünden, beide Appenzell und Fürstentum Liechtenstein

Geschäftsstelle und Bewegungskurse:

Bahnhofstrasse 15, 7310 Bad Ragaz, Tel. 081 302 47 80

Beratungsstellen: Bad Ragaz, Tel. 081 511 50 03; St. Gallen, Tel. 071 223 15 13

E-Mail: info.sgfl@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/sgfl

IBAN CH02 0078 1015 5030 0450 7

Rheumaliga Tessin

Via Gerretta 3, 6500 Bellinzona, Tel. 091 825 46 13

E-Mail: info.ti@rheumaliga.ch, www.reumatismo.ch/ti

PK 69-8589-1

Rheumaliga Thurgau

Holzäckerlistrasse 11b, 8280 Kreuzlingen, Tel. 071 688 53 67

E-Mail: info.tg@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/tg

IBAN CH33 0900 0000 8500 0104 6

Rheumaliga Uri und Schwyz

Allmendstrasse 15, 6468 Attinghausen, Tel. 041 870 40 10

E-Mail: info.ursz@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/ursz

IBAN CH58 0900 0000 6053 2963 9

Rheumaliga Waadt

Av. de Provence 10, 1007 Lausanne, Tel. 021 623 37 07

E-Mail: info@lvr.ch, www.lvr.ch

IBAN CH68 0900 0000 1001 9099 8

Rheumaliga Wallis (nur Unterwallis)

1951 Sitten, Tel. 027 322 59 14

E-Mail: info@livalais.ch, www.rheumaliga.ch/vs

IBAN CH10 0029 4294 7381 8507 N

Rheumaliga Zürich (Kantone ZH, ZG, AG)

Badenerstrasse 585, 8048 Zürich, Tel. 044 405 45 50

E-Mail: info.zh@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/zh

IBAN CH88 0900 0000 8003 3440 7

Weitere Adressen für Rheumabetroffene**SPV Schweizerische Polyarthritiker Vereinigung**

Josefstrasse 92, 8005 Zürich, Tel. 044 422 35 00

E-Mail: spv@arthritis.ch, www.arthritis.ch

Raiffeisenbank St. Gallen, IBAN CH86 8080 8008 3098 2016 4

lupus suisse – Schweizerische Lupus Vereinigung

Josefstrasse 92, 8005 Zürich, Tel. 044 487 40 67

E-Mail: info@lupus-suisse.ch, www.lupus-suisse.ch

PostFinance AG, 3030 Bern, IBAN CH09 0900 0000 8500 7180 3

bechterew.ch – SVMB Schweizerische Vereinigung Morbus Bechterew

Leutschenbachstrasse 45, 8050 Zürich, Tel. 044 272 78 66

E-Mail: mail@bechterew.ch, www.bechterew.ch

PK 80-63687-7

ASFM Association Suisse des Fibromyalgiques (Schweizerische Fibromyalgie-Vereinigung)

Avenue des Sports 28, 1400 Yverdon-les-Bains, Tel. 024 425 95 75

E-Mail: info@suisse-fibromyalgie.ch, www.suisse-fibromyalgie.ch

Raiffeisenbank, Yverdon-les-Bains, IBAN CH08 8047 2000 0051 3341 3

SVOI Schweizerische Vereinigung Osteogenesis Imperfecta

Leutschenbachstrasse 45, 8050 Zürich, Tel. 043 300 97 60

E-Mail: geschaeftsstelle@glasknochen.ch

PK 90-3031-2, Raiffeisenbank Mittelrheintal, 9443 Widnau, IBAN CH44 8131 9000 0088 7487 0

sclerodermie.ch – SVS Schweizerische Vereinigung der Sklerodermie-Betroffenen

3000 Bern, Tel. 077 502 18 68 (Deutsch), 077 503 51 42 (Français), 077 501 67 59 (Italiano)

E-Mail: info@sclerodermie.ch, www.sclerodermie.ch

PK 12-864923-6

Patientenstellen**Dachverband Schweizerischer Patientenstellen**

Hofwiesenstrasse 3, 8042 Zürich

E-Mail: dvsp@patientenstelle.ch, www.patientenstelle.ch

Patientenstelle Zürich

Postgebäude Schaffhauserplatz, Hofwiesenstrasse 3, Postfach, 8042 Zürich

Tel. 044 361 92 56 (für Mitglieder), 0900 104 123 (für Nichtmitglieder, Fr. 2.20/Min.)

E-Mail: info@patientenstelle.ch, www.zh.patientenstelle.ch

Patientenstelle Aargau/Solothurn

Bahnhofstrasse 18, Postfach, 3534, 5001 Aarau, Tel. 062 823 11 66

E-Mail: patientenstelle-ag-so@hin.ch; www.patientenstelle-aargau-solothurn.ch

Patientenstelle Basel

Dornacherstrasse 404, Postfach, 4002 Basel, Tel. 061 261 42 41

E-Mail: patientenstelle.basel@bluewin.ch, www.basel.patientenstelle.ch

Patientenstelle Ostschweiz

Bahnhofstrasse 56, 8500 Frauenfeld, Tel. 052 721 52 92

E-Mail: info@patientenstelle-ostschweiz.ch, www.patientenstelle-ostschweiz.ch

Patientenstelle Tessin

ACSI associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana,

Strada di Pregassona 33, 6963 Pregassona, Tel. 091 922 97 55, Fax 091 922 04 71

E-Mail: Kontaktformular auf der Homepage: www.acsi.ch

Patientenstelle Zentralschweiz

St. Karliquai 12, 6004 Luzern 5, Tel./Fax 041 410 10 14

E-Mail: patientenstelle.luzern@bluewin.ch, www.zentralschweiz.patientenstelle.ch

Patientenstelle Westschweiz

Postfach 1437, 1701 Freiburg, Tel. 079 197 21 15

E-Mail: info@federationdespatients.ch, www.federationdespatients.ch

Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisationen SPO

Geschäftsstelle SPO Patientenschutz

Häringstrasse 20, 8001 Zürich, Tel. 044 252 54 22

E-Mail: info@spo.ch, www.spo.ch

Hotline für Nichtmitglieder, Deutsch und Französisch: 0900 56 70 47 (Fr. 2.90/Min.)

Beratungsstelle Zürich

Häringstrasse 20, 8001 Zürich, Tel. 044 252 54 22

E-Mail: zh@spo.ch, www.spo.ch/ueber-uns/beratungsstellen/

Beratungsstelle Bern

Postgasse 15, Postfach, 3000 Bern 8, Tel. 031 372 13 11

E-Mail: be@spo.ch, www.spo.ch/ueber-uns/beratungsstellen/

Beratungsstelle St. Gallen

Rosenbergstrasse 72, 9000 St. Gallen, Tel. 071 278 42 40

E-Mail: sg@spo.ch, www.spo.ch/ueber-uns/beratungsstellen/

Beratungsstelle Olten

Im Spitalpark, Fährweg 8, 4600 Olten, Tel. 062 212 55 89

E-Mail: so@spo.ch, www.spo.ch/ueber-uns/beratungsstellen/

Beratungsstelle Lausanne

CHUV – Hôpital Nestlé, Av. Pierre-Decker 5, 1011 Lausanne, Tel. 021 314 73 88

E-Mail: vd@spo.ch, www.spo.ch/ueber-uns/beratungsstellen/

Beratungsstelle Bellinzona

Postfach 1077, 6501 Bellinzona, Tel. 091 826 11 28

E-Mail: ti@spo.ch, www.spo.ch/ueber-uns/beratungsstellen/

Weitere Adressen für Patienten und Patientinnen

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15, Tel. 031 359 11 11, Fax 031 359 11 12

E-Mail: info@fmh.ch, www.fmh.ch

Aussergerichtliche Gutachterstelle der FMH, Postfach 65, 3000 Bern 15

Tel. 031 359 12 10

www.fmh.ch/ueber-die-fmh/organisation/fmh-gutachterstelle.cfm

Ombudsstelle Krankenversicherung

Morgartenstrasse 9, Postfach 3565, 6002 Luzern, Tel. 041 226 10 10 (Deutsch),

Tel. 041 226 10 11 (Französisch), Tel. 041 226 10 12 (Italienisch)

Kontakt: www.om-kv.ch/anfrage, www.om-kv.ch

9.2 AHV/IV/EL-Organe

IV-Stellen

Unter www.ahv-iv.ch/de/Kontakte/IV-Stellen finden Sie Links zu **allen IV-Stellen der Kantone**.

Zürich

SVA Zürich, Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich

Tel. 044 448 50 00; weitere Telefonnummern nach Sachgebiet auf der Homepage

E-Mail: info@svazurich.ch, www.svazurich.ch

Bern

IV-Stelle Kanton Bern, Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Tel. 058 219 71 11, Fax 058 219 72 72

E-Mail: info@ivbe.ch, www.ivbe.ch

Luzern

IV-Stelle Luzern, Landenbergstrasse 35, Postfach, 6002 Luzern

Tel. 041 369 05 00

E-Mail: iv@was-luzern.ch, www.iv-luzern.ch

Uri

Sozialversicherungsstelle Uri, Dätwylerstrasse 11, Postfach 30, 6460 Altdorf

Tel. 041 874 50 10

E-Mail: info@svsuri.ch, www.sozialversicherungsstelleuri.ch

Schwyz

IV-Stelle Schwyz, Rubiswilstrasse 8, Postfach 53, 6431 Schwyz

Tel. 041 819 04 25

E-Mail: info@aksz.ch, www.aksz.ch

Obwalden

Ausgleichskasse IV-Stelle Obwalden, Brünigstrasse 144, 6060 Sarnen

Tel. 041 666 27 50, Fax 041 666 27 51

E-Mail: info@akow.ch, www.akow.ch

Nidwalden

IV-Stelle Nidwalden, Stansstaderstrasse 88, Postfach, 6371 Stans

Tel. 041 618 51 00, Fax 041 618 51 01

E-Mail: info@aknw.ch, www.aknw.ch

Glarus

Sozialversicherungen Glarus, Burgstrasse 6, 8750 Glarus

Tel. 055 648 11 11, Fax 055 648 11 99

E-Mail: info@svg1.ch, www.svg1.ch

Zug

IV-Stelle Zug, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug

Tel. 041 560 47 00

E-Mail: info@akzug.ch, www.akzug.ch

Solothurn

IV-Stelle Solothurn, Allmendweg 6, Postfach, 4528 Zuchwil

Tel. 032 686 24 00

E-Mail: info@ivso.ch, www.ivso.ch

Basel-Stadt

IV-Stelle Basel-Stadt, Aeschengraben 9, Postfach, 4002 Basel

Tel. 061 225 25 25

E-Mail: ivbasel@ivbs.ch, www.ivbs.ch

Basel-Landschaft

SVA Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen

Tel. 061 425 25 25

E-Mail: info@sva-bl.ch, www.sva-bl.ch

Schaffhausen

SVA Schaffhausen, Oberstadt 9, 8200 Schaffhausen

Tel. 052 632 61 50

E-Mail: Kontaktformular unter www.svash.ch

Appenzell Ausserrhoden

IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden, Neue Steig 15, Postfach, 9100 Herisau

Tel. 071 354 51 51, Fax 071 354 51 52

E-Mail: Kontaktformular unter

www.sovar.ch/de/Invalidenversicherung/Allgemeines/Kurzinfos

Appenzell Innerrhoden

IV-Stelle Appenzell Innerrhoden, Poststrasse 9, Postfach 62, 9050 Appenzell

Tel. 071 788 18 30, Fax 071 788 18 40

E-Mail: info@akai.ch, www.akai.ch

St. Gallen

SVA St. Gallen, Brauerstrasse 54, Postfach 368, 9016 St. Gallen

Tel. 071 282 66 33

E-Mail: Kontaktformular unter www.svasg.ch/kontakt, www.svasg.ch

Graubünden

SVA Graubünden, Ottostrasse 24, 7001 Chur

Tel. 081 257 41 11, Fax 081 257 42 22

E-Mail: info@sva.gr.ch, www.sva.gr.ch

Aargau

SVA Aargau, Bereich Invalidenversicherung, Bahnhofplatz 3C, 5001 Aarau

Tel. 062 836 81 81, Fax 062 837 85 09

E-Mail: info@sva-ag.ch, www.sva-ag.ch

Thurgau

Sozialversicherungszentrum Thurgau, St. Gallerstrasse 11, Postfach, 8501 Frauenfeld

Tel. 058 225 75 75, Fax 058 225 75 76

E-Mail: info@svztg.ch, www.svztg.ch

Freiburg

IV-Stelle des Kantons Freiburg, Impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez

Tel. 026 305 52 37

E-Mail: Kontaktformular unter www.aifr.ch

Tessin

Ufficio dell'assicurazione invalidità, Via dei Gaggini 3, 6501 Bellinzona

Tel. 091 821 91 11

E-Mail: ias@ias.ti.ch, www.iasticino.ch

Waadt

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, Avenue Général Guisan 8, 1800 Vevey

Tel. 021 925 24 24

E-Mail: Kontaktformular unter www.aivd.ch

Wallis

Kantonale IV-Stelle Wallis, Av. de la Gare 15, Postfach, 1951 Sion

Tel. 027 324 96 11

E-Mail: Kontaktformular unter www.aivs.ch

Neuenburg

L'office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel, Chandigarh 2, Postfach 1209,
2301 La Chaux-de-Fonds 1

Tel. 032 910 71 00, Fax 032 910 71 99

E-Mail: office.ai@ne.oai.ch, www.ai-ne.ch

Genf

Office cantonal des assurances sociales, Rue des Gares 12, Postfach 2096, 1211 Genf 2

Tel. 022 327 27 27

E-Mail: Kontaktformular unter www.ocas.ch

Jura

Office de l'assurance invalidité du Jura, Rue Bel-Air 3, Postfach 368, 2350 Saignelégier

Tel. 032 952 11 11, Fax 032 952 11 01

E-Mail: mail@ccju.ch, www.caisseavsjura.ch

IV-Stelle für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland IVST

Av. Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2

Tel. +41 (0)58 461 91 11

E-Mail: oaie@zas.admin.ch, www.zas.admin.ch/zas/de/home/particuliers.html

Für Versicherte im Fürstentum Liechtenstein

Liechtensteinische AHV-IV-FAK, Gerberweg 2, FL-9490 Vaduz

Tel. 00423 238 16 16, Fax 00423 238 16 00

E-Mail: ahv@ahv.li, www.ahv.li

Kantonale Stellen für Ergänzungsleistungen

Unter www.ahv-iv.ch/de finden Sie Links zu allen **Ausgleichskassen der Kantone** sowie zu zahlreichen Merkblättern und Formularen.

Zürich

SVA Zürich, Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
Tel. 044 448 50 00, weitere Telefonnummern nach Sachgebiet auf der Homepage
E-Mail: Kontaktformular unter www.svazurich.ch

Bern

Ausgleichskasse des Kantons Bern, Chutzenstrasse 10, 3007 Bern
Tel. 031 379 79 79, Fax 031 379 79 00
E-Mail: Kontaktformular auf der Homepage, www.akbern.ch

Luzern

Ausgleichskasse Luzern, Würzenbachstrasse 8, 6000 Luzern 15
Tel. 041 209 00 01
E-Mail: Kontaktformulare auf der Homepage, www.ahvluzern.ch

Uri

Sozialversicherungsstelle Uri, Dätwylerstrasse 11, Postfach 30, 6460 Altdorf
Tel. 041 874 50 10
E-Mail: info@svsuri.ch, www.sozialversicherungsstelleuri.ch

Schwyz

Ausgleichskasse Schwyz, Rubiswilstrasse 8, Postfach 53, 6431 Schwyz
Tel. 041 819 04 25
E-Mail: info@aksz.ch, www.aksz.ch

Obwalden

Ausgleichskasse IV-Stelle Obwalden, Brünigstrasse 144, Postfach 1161, 6060 Sarnen

Tel. 041 666 27 50, Fax 041 666 27 51

E-Mail: info@akow.ch, www.akow.ch

Nidwalden

Ausgleichskasse Nidwalden, Stansstaderstrasse 88, Postfach, 6371 Stans

Tel. 041 618 51 00, Fax 041 618 51 01

E-Mail: info@aknw.ch, www.aknw.ch

Glarus

Sozialversicherungen Glarus, Burgstrasse 6, 8750 Glarus

Tel. 055 648 11 11, Fax 055 648 11 99

E-Mail: info@svgl.ch, www.svg1.ch

Zug

Ausgleichskasse Zug, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug

Tel. 041 560 47 00

E-Mail: info@akzug.ch, www.akzug.ch

Freiburg

Ausgleichskasse des Kantons Freiburg, Imp. de la Colline 1, Postfach 176, 1762 Givisiez

Tel. 026 305 52 52, Fax 026 305 52 62

E-Mail: Kontaktformular unter www.caisseavsfr.ch

Solothurn

Ausgleichskasse des Kantons Solothurn, Allmendweg 6, Postfach 116, 4528 Zuchwil

Tel. 032 686 22 00

E-Mail: info@akso.ch, www.akso.ch

Basel-Stadt

Ausgleichskasse Basel-Stadt, Wettsteinplatz 1, Postfach, 4001 Basel

Tel. 061 685 22 22, Fax 061 685 23 23

E-Mail: info@ak-bs.ch, www.ak-bs.ch

Basel-Landschaft

SVA Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen

Tel. 061 425 25 25, Fax 061 425 25 00

E-Mail: info@sva-bl.ch, www.sva-bl.ch

Schaffhausen

SVA Schaffhausen, Oberstadt 9, 8200 Schaffhausen

Tel. 052 632 61 11, Fax 052 632 61 99

E-Mail: info@svash.ch, www.svash.ch

Appenzell Ausserrhoden

Ausgleichskasse Appenzell Ausserrhoden, Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau

Tel. 071 354 51 51, Fax 071 354 51 52

E-Mail: Kontaktformular auf der Homepage, www.ahv-iv-ar.ch

Appenzell Innerrhoden

Ausgleichskasse Appenzell Innerrhoden, Poststrasse 9, Postfach 62, 9050 Appenzell

Tel. 071 788 18 30, Fax 071 788 18 40

E-Mail: info@akai.ch, www.akai.ch

St. Gallen

SVA St. Gallen, Brauerstrasse 54, 9016 St. Gallen

Tel. 071 282 66 33

E-Mail: Kontaktformular auf der Homepage, www.svasg.ch

Graubünden

SVA Graubünden, Ottostrasse 24, 7000 Chur

Tel. 081 257 41 11, Fax 081 257 42 22

E-Mail: info@sva.gr.ch, www.sva.gr.ch

Aargau

SVA Aargau, Kyburgerstrasse 15, 5001 Aarau

Tel. 062 836 81 81, Fax 062 836 81 99

E-Mail: Kontaktformular auf der Homepage, www.sva-ag.ch

Thurgau

Sozialversicherungszentrum Thurgau, St. Gallerstrasse 11, Postfach, 8501 Frauenfeld

Tel. 058 225 75 75, Fax 058 225 75 76

E-Mail: info@svztg.ch, www.svztg.ch

Tessin

Istituto delle assicurazioni sociali, Via Ghiringhelli 15a, 6500 Bellinzona

Tel. 091 821 91 11

E-Mail: ias@ias.ti.ch, www.iasticino.ch

Waadt

Caisse cantonale vaudoise de compensation, Rue des Moulins 3, 1800 Vevey

Tel. 021 964 12 11, Fax 021 964 15 38

E-Mail: Kontaktformular auf der Homepage, www.caisseavsvaud.ch

Wallis

Ausgleichskasse des Kantons Wallis, Avenue Pratifori 22, 1950 Sitten

Tel. 027 324 91 11, Fax 027 324 01 51

E-Mail: info@avs.vs.ch, www.avs.vs.ch

Neuenburg

Ausgleichskasse des Kantons Neuenburg, Faubourg de l'Hôpital 28, Postfach 2116,
2001 Neuenburg
Tel. 032 889 65 01, Fax 032 889 65 02
E-Mail: ccnc@ne.ch, www.caisseavsne.ch

Genf

Service de prestations complémentaires (SPC), Rte de Chêne 54, Postfach 6375, 1211 Genf 6
Tel. 022 546 16 00
www.ge.ch/organisation/service-prestations-complementaires

Jura

Caisse de compensation du Canton du Jura, Rue Bel-Air 3, Postfach 368, 2350 Saignelégier
Tel. 032 952 11 11, Fax 032 952 11 01
E-Mail: mail@ccju.ch, www.caisseavsjura.ch

Fürstentum Liechtenstein

Liechtensteinische AHV-IV-FAK, Gerberweg 2, FL-9490 Vaduz
Tel. 00423 238 16 16, Fax 00423 238 16 00
E-Mail: ahv@ahv.li, www.ahv.li

9.3 Gesetze, Wegleitungen, Merkblätter

Gesetze, Verordnungen

Die im Anschluss an die einzelnen Kapitel erwähnten «rechtlichen Grundlagen» können beim Bundesamt für Bauten und Logistik, Abteilung Bundespublikationen, Feldeggweg 21, 3003 Bern, bestellt (www.admin.ch/gov/de/start/service/kontakt/publikationen-bestellen.html) oder unter www.admin.ch/gov/de/start/bundesrecht/systematische-sammlung.html abgerufen werden.

Wegleitungen, Kreisschreiben

Die informativen Verwaltungsweisungen (Kreisschreiben, Wegleitungen) können unter www.bspline.admin.ch/vollzug/documents/index/lang:deu abgerufen werden.

Merkblätter

Die gut verständlichen Merkblätter zur AHV/IV und zu den Ergänzungsleistungen können bei den AHV-Ausgleichskassen und den IV-Stellen (Adressen vgl. weiter vorne) gratis bezogen oder unter www.ahv-iv.ch/de/ abgerufen werden.

