



Merkblatt über die Vergütung von Krankheitskosten Für Personen, die zu Hause leben

(Ausgabe 01.2023)

Allgemeines

1 Dieses Merkblatt erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Massgebend im Einzelfall sind die Gesetzesbestimmungen.

Personen mit Ergänzungsleistungen zur AHV/IV-Rente, die zu Hause leben, erhalten Beiträge an die Kosten, die ihnen durch Krankheit und Behinderung entstehen. Für eine Einzelperson mit Ergänzungsleistungen können Krankheitskosten von bis zu 25'000 Franken pro Jahr vergütet werden. Für Personen mit einer mittleren Hilflosenentschädigung der Invaliden- oder der Unfallversicherung erhöht sich dieser Betrag für Pflege- und Betreuungskosten auf maximal 60'000 Franken pro Jahr, für Personen mit einer schweren Hilflosenentschädigung der Invaliden- oder der Unfallversicherung auf 90'000 Franken pro Jahr.

Folgende Krankheitskosten können Ihnen zurückerstattet werden: Franchise und Selbstbehalt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG), Zahnarzt, Spitex, Haushaltshilfe, Pflege und Betreuung, Transporte in der Schweiz sowie gewisse Erholungskuren und Hilfsmittel usw. Arztrechnungen können nicht vergütet werden. Weiter unten finden Sie Informationen zu den Bedingungen, die für die Vergütung der verschiedenen Kosten gelten.

Die Krankheitskosten müssen grundsätzlich in der Schweiz entstanden sein, ärztlich verordnet sowie wirtschaftlich und zweckmässig erbracht worden sein.

*Die Kosten für Zahnbehandlungen im Ausland werden ausnahmsweise vergütet, wenn sie während eines Auslandsaufenthaltes notwendig wurden. Weitere Zahnbehandlungen im Ausland können durch die Krankheitskosten **nicht** vergütet werden.*

Es werden nur die Krankheitskosten jener Familienmitglieder übernommen, die in der Berechnung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV-Rente eingeschlossen sind.

Bitte beachten Sie, dass Sie die Rechnungen selber bezahlen müssen, die anerkannten Kosten werden Ihnen anschliessend von uns vergütet. Trennen Sie deshalb bitte die Einzahlungsscheine ab, bevor Sie uns die Unterlagen zustellen. Die Vergütung wird auf Ihr Konto überwiesen.

Senden Sie uns die Belege (ohne Einzahlungsschein) und Leistungsabrechnungen der Krankenkasse innerhalb von 15 Monaten nach Rechnungsdatum zu. **Nach Ablauf dieser Frist erlischt der Anspruch auf Vergütung.** Bei mehrseitigen Belegen benötigen wir alle Seiten. Bitte senden Sie uns nur Kopien (Originale werden nicht zurückgeschickt).

Senden Sie uns keine Arztrechnungen, Mahnungen, Bank-/Postquittungen ein. Anhand dieser Belege können keine Kosten vergütet werden.

Die Zahlung erfolgt in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Eingang der vollständigen Unterlagen.

Bitte geben Sie Ihre Versichertennummer auf allen Zuschriften an.

Kostenbeteiligungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG)

2 Die Jahresfranchise und der Selbstbehalt (Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten gemäss KVG) können bis zum Betrag von insgesamt jährlich 1'000 Franken vergütet werden.

Senden Sie uns den **Steuernachweis der selbst bezahlten Krankheitskosten** des Vorjahres zu, den Sie anfangs Jahr von der Krankenkasse erhalten. Sollten Sie diesen Nachweis nicht automatisch erhalten, verlangen Sie bei der Krankenkasse eine Bestätigung über die selbstbezahlten Krankheitskosten KVG.

Nach Erhalt des Steuernachweises erstellen wir für das abgelaufene Jahr die Schlussabrechnung. Für das laufende Jahr wird Ihnen die Pauschale von 1'000 Franken als Vorschuss für die kommenden Krankheitskosten überwiesen, sofern Sie im letzten Jahr die ganze Kostenbeteiligung von 1'000 Franken aufgebraucht haben. Haben Sie nur einen Teil der Kostenbeteiligung vom letzten Jahr aufgebraucht, so wird Ihnen dieser Teil für das laufende Jahr vergütet. Bitte beachten Sie dazu auch die Abrechnung, die wir vom Fachbereich Krankheitskosten Ihnen jährlich zustellen.

Für Kinder benötigen wir immer die Leistungsabrechnungen. Sie erhalten keine Akontozahlung.

Spitalbeiträge von 15 Franken pro Tag bei einem stationären Aufenthalt im Spital können wir nicht vergüten. Dieser Beitrag ist bereits in den Ergänzungsleistungen enthalten.

Zahnarzt

3 Bitte informieren Sie Ihre Zahnärztin / Ihren Zahnarzt vor Behandlungsbeginn, dass die Kosten von einer Sozialversicherung zurückerstattet werden. Wir können nur Behandlungen vergüten, die nach dem Sozialversicherungstarif und «einfach, wirtschaftlich und zweckmässig» ausgeführt werden (Taxpunkt: 1 Franken). Rechnungen, die nicht nach diesem Tarif abgerechnet sind, müssen wir Ihnen zur Korrektur zurücksenden.

Übersteigen die Kosten 3'000 Franken, ist uns **vor der Behandlung zwingend ein Kostenvorschlag** einzureichen.

Sollten externe Laborkosten entstehen, benötigen wir zusätzlich auch die detaillierte Laborrechnung.

Verlorene Zahnprothesen werden nur einmal durch die Krankheitskosten vergütet. Der Ersatz einer weiteren Zahnprothese wird frühestens nach 5 Jahren neu geprüft.

Diät

4 Ausgewiesene Mehrkosten für eine ärztlich verordnete lebensnotwendige Diät können Ihnen mit einer Pauschale von 175 Franken pro Monat vergütet werden. Dafür ist das Diätformular auszufüllen, das beim Amt für Sozialbeiträge bezogen werden kann ([link](#)).

Bei Personen, die im Heim wohnen oder im Spital sind, werden keine Diätkosten übernommen. Die Diätkosten sind dort mit der Tagestaxe abgegolten.

Personen, die an Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 erkrankt sind, haben in der Regel keinen Anspruch auf Vergütung der Pauschale.

Hilfe und Betreuung zu Hause

5 Wenn Sie Hilfe und Betreuung im Haushalt benötigen und die Kosten dafür erstattet haben möchten, muss der Arzt / die Ärztin Ihnen dafür in jedem Fall (egal, durch wen die Haushaltshilfe erbracht wird) eine Verordnung ausstellen. Für die Verordnung ist die Vorlage des Amts für Sozialbeiträge zu verwenden, sofern die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nicht über eine gleichwertige Vorlage verfügt (Musterverordnung unter www.asb.bs.ch → Alter und Behinderung). Die ärztliche Verordnung muss die Anzahl notwendiger Stunden Hilfe angeben und sie muss zeitlich befristet sein (für maximal ein Jahr). Je nachdem von wem die Hilfeleistung erbracht wird, werden unterschiedliche Kosten anerkannt. Zusätzliche Kosten wie Materialien, Schlüssel-pauschalen etc. werden nicht zurückerstattet. Detaillierte Informationen finden Sie hier anschliessend in den Kapiteln 5a, 5b und 5c. Darin wird erläutert, welche Kosten je nach Leistungserbringerin oder Leistungserbringer übernommen werden.

Hilfe und Betreuung zu Hause durch Organisationen mit kantonaler Pflegebewilligung

5a Kosten für Hilfe und Betreuung zu Hause von Spitex-Anbietern mit einer kantonalen Bewilligung im Haushalt werden mit maximal 50 Franken pro Stunde vergütet, wobei höchstens 800 Franken im Monat respektive 9'600 Franken pro Kalenderjahr und Haushalt übernommen werden. Auf der Website des Gesundheitsdepartements finden Sie die Liste der Organisationen und Einzelpersonen, die über eine kantonale Spitex-Bewilligung verfügen (www.gesundheitsversorgung.bs.ch). Spitex-Anbieter mit einer kantonalen Bewilligung müssen ihre hauswirtschaftlichen Leistungen grundsätzlich in Ihrer Anwesenheit und unter Ihrem Einbezug erbringen, da sie zusätzlich einen Auftrag für Früherkennung und Prävention haben.

Spitex-Rechnungen für hauswirtschaftliche und / oder betreuerische Leistungen sind uns immer **zusammen** mit der jeweiligen **Leistungsabrechnung** der Krankenkasse einzureichen. Bitte senden Sie uns nur Kopien zu; Originale werden nicht retourniert.

Leistet die Krankenkasse keinen Beitrag an hauswirtschaftliche und/oder betreuerische Leistungen, benötigen wir das Ablehnungsschreiben der Krankenkasse.

Bei pflegerischen Leistungen der Spitex, die über die Krankenkasse abgerechnet werden, wird die Patientenbeteiligung von maximal 7.65 Franken pro Tag vergütet.

Hilfe und Betreuung zu Hause durch andere Institutionen

5b Kosten von Anbietern ohne kantonale Spitex-Bewilligung (bspw. Reinigungsfirmen, Unterstützungsorganisationen) werden zu maximal 38 Franken pro Stunde vergütet, wobei höchstens 608 Franken pro Monat respektive 7'296 Franken pro Kalenderjahr und Haushalt übernommen werden.

Rechnungen für hauswirtschaftliche und / oder betreuerische Leistungen sind uns immer zusammen mit der jeweiligen Leistungsabrechnung der Krankenkasse einzureichen. Bitte senden Sie uns nur Kopien zu; Originale werden nicht zurückgeschickt. Leistet die Krankenkasse keinen Beitrag an hauswirtschaftliche und/oder betreuerische Leistungen, benötigen wir das Ablehnungsschreiben der Krankenkasse.

Hilfe im Haushalt durch Privatpersonen

5c Wenn Sie von einer privat angestellten Person im Haushalt Hilfe und Betreuung erhalten, müssen Sie für diese AHV-Beiträge entrichten und eine Unfallversicherung abschliessen (Auskünfte bei der Ausgleichskasse Basel-Stadt oder www.ak-bs.ch). Wir benötigen daher von der Ausgleichskasse Basel-Stadt eine Bestätigung, dass die Person, welche die hauswirtschaftlichen Leistungen erbringt, angemeldet wurde. Nach Eingang dieser Bestätigung stellen wir Ihnen das Abrechnungsformular für den Einsatz zu. Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt durch eine private Haushalthilfe werden bis maximal 30 Franken pro Stunde vergütet, wobei höchstens 480 Franken pro Monat respektive höchstens 5'760 Franken pro Kalenderjahr und Haushalt übernommen werden.

Übernimmt eine im gleichen Haushalt lebende Person diese Arbeiten, kann keine Vergütung erfolgen.

Pflege und Betreuung in Tages- und Nachtstrukturen

6 Damit die Kosten für die Betreuung von Betagten in Tagesheimen, Beschäftigungsstätten und ähnlichen Tagesstrukturen sowie in Heimen mit Nachtstrukturen vergütet werden können, benötigen wir ein Arztzeugnis. Es werden die Kosten zurückerstattet, die nach dem Abzug des Anteils der Krankenkasse und des Verpflegungsanteils übrigbleiben.

Pflege durch Familienangehörige und Dritte

7 Muss eine Person dauernd gepflegt, betreut und überwacht werden und geschieht dies durch Familienangehörige (welche nicht in der Berechnung der Ergänzungsleistungen eingeschlossen sind), so kann ein allfälliger Lohnausfall der Familienangehörigen vergütet werden. Erfolgt die Pflege durch eine arbeitsvertraglich angestellte Pflegeperson, werden allfällige Kosten vergütet. Es gelten besondere Bestimmungen. Erkundigen Sie sich bitte rechtzeitig, ob eine Vergütung möglich ist.

Auskünfte zu allfälligen Pflegebeiträgen erhalten Sie bei der Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt unter Telefon 061 205 32 52 oder www.gesundheitsversorgung.bs.ch → ältere-menschen.

Transporte in der Schweiz

8 Vergütet werden Kosten für Notfalltransporte, notwendige Verlegungen sowie Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort. Bei Transporten zum Behandlungsort richtet sich die Höhe der Vergütung nach den Kosten für die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Ist die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels behinderungsbedingt unzumutbar, so muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Senden Sie die Rechnung **immer zuerst an Ihre Krankenkasse** ein. Die von der Krankenkasse ausgestellte Leistungsabrechnung können Sie uns anschliessend zusammen mit der Rechnung zusenden.

Wichtiger Hinweis: Die Quittungen müssen mit einem Stempel des medizinischen Behandlungsortes versehen sein.

Erholungskur und Aufenthalt in einem Heilbad

9 Bitte informieren Sie sich frühzeitig und vor Beginn eines Aufenthaltes bei uns über die Möglichkeiten der Vergütung. Kuren müssen immer ärztlich verordnet werden.

Kosten für ärztlich verordnete Erholungskuren werden vergütet, wenn die Kur in einem Heim oder Spital durchgeführt wurde, das auf der Pflegeheimliste bzw. Spitalliste des Standortkantons steht. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den Ansätzen bei einem dauernden Heim- oder Spitalaufenthalt.

Kosten für ärztlich verordnete Badekuren werden vergütet, wenn die Kur unter ärztlicher Aufsicht erfolgt und die Krankenversicherung einen Beitrag an die Kur gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) übernimmt. Es werden die Kosten für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr und zu maximal 170 Franken pro Tag erstattet.

Brillen und Kontaktlinsen

10 Für Brillen und Kontaktlinsen können wir keine Vergütungen ausrichten.

Hilfsmittel

11 Für **AHV-Rentnerinnen und -Rentner** können gewisse Hilfsmittel (Hörgeräte, Perücken u.a.) finanziert werden, sofern die AHV daran einen Kostenbeitrag geleistet hat. Bitte kontaktieren Sie dazu die IV-Stelle Basel-Stadt (Telefon 061 225 25 25 oder www.ivbs.ch) und verlangen Sie ein Anmeldeformular für Hilfsmittel. Das ausgefüllte Formular ist an die IV-Stelle Basel-Stadt zurückzusenden. Die IV-Stelle teilt Ihnen mit, ob und in welchem Umfang ein Beitrag an das Hilfsmittel geleistet wird. Bei Fragen oder Unklarheiten nehmen Sie bitte vor Anschaffung eines Hilfsmittels mit ihr Kontakt auf.

Gewisse Hilfsmittel für **IV-Rentnerinnen und -Rentner** werden von der IV-Stelle Basel-Stadt bezahlt. Bei Fragen oder Unklarheiten nehmen Sie bitte vor Anschaffung eines Hilfsmittels mit der IV-Stelle Kontakt auf unter Telefon 061 225 25 25 oder www.ivbs.ch.

Hilflosenentschädigung (AHV/IV)

12 Wenn Sie Pflege zu Hause brauchen, können Sie bei der IV-Stelle Basel-Stadt eine Hilflosenentschädigung beantragen. Informationen dazu finden Sie auf der Website www.ivbs.ch oder unter Telefon 061 225 25 25.