

## Information zur Finanzierung der Heimkosten

---

(gültig ab 1.01.2023)

Die Abklärungen im Zusammenhang mit einem Heimaufenthalt stellen die Betroffenen und Involvierten vor verschiedene Fragen. Dazu gehören die finanziellen Auswirkungen eines Heimaufenthalts. Dieses Merkblatt zeigt auf, welche Kosten bei einem Heimaufenthalt anfallen. Wer welche Kosten zu tragen hat, wird als Kostenträger bezeichnet und wird vom Gesetzgeber vorgegeben. Für die Pflegeleistungen ist sogar die Kostenhöhe festgelegt.

Die **Taxordnung vom Alterszentrum Rondo** gibt über die aktuellen Kosten Auskunft. Unsere Institution hat die Rechtsform eines gemeinnützigen Vereins. Wir arbeiten wirtschaftlich und kostenbewusst, aber nicht gewinnorientiert.

### 1. Leistungen

---

Die Gesamtkosten setzen sich aus den folgenden Leistungsarten zusammen:

- Pension
- Zusatzleistungen
- Pflege
- Betreuung

Die Kosten für diese Leistungsarten werden als Taxen pro Tag erhoben. Nur die Leistungsabrechnung für die Zusatzleistungen erfolgt pauschal oder aufwandbezogen. In der Taxordnung sind alle Leistungen und die Kosten festgehalten. Die Kosten aller Leistungen werden monatlich abgerechnet und auf der Heimrechnung detailliert ausgewiesen.

Nachfolgend finden Sie eine Kurzbeschreibung der Leistungsarten und deren Teilleistungen.

#### a) Pensionstaxe

Unter diese Leistungsart fallen alle Kosten für die Infrastruktur (bspw. Zimmer und Pflegebett), Strom/Wasser/Heizung, Verpflegung, Wäsche-/Reinigungsservice, Notruf etc. Es handelt sich also um alle Leistungen, welche Sie bei einem Hotelaufenthalt beziehen, plus spezielle Leistungen aufgrund der Pflegebedürftigkeit.

#### b) Zusatzleistungen

Unter die Zusatzleistungen fallen Pauschalen bei Eintritt/Austritt, Gebühren von Fernseher etc. gemäss Taxordnung Anhang I, sowie Drogerieartikel, Konsumationen, Coiffeur, etc.

### **c) Pflege**

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist vorgegeben, was zu den Pflegeleistungen gehört. Das KGV schreibt weiter vor, wer und in welchem Umfang für die Pflegeleistungen aufkommen muss. Auf dieser Grundlage legen alle kantonalen Behörden die Höhe der Entschädigung pro Tag und Pflegestufe fest. Je höher die Pflegestufe, desto höher der Umfang der erforderlichen Pflegeleistungen. Im Alterszentrum Rondo wird die Pflegeintensität nach der Systematik BESA ermittelt und dokumentiert. BESA wird von den Krankenkassen als Grundlage für die Abrechnung der Pflegeleistungen anerkannt. Die Bewohner bezahlen gemäss KVG einen Beitrag von maximal CHF 23.00 pro Tag an die Pflegekosten. Was als Saldo von den Pflegekosten übrigbleibt, übernimmt im Kanton Aargau die Wohnortgemeinde als sog. Restfinanzierung der Pflegekosten.

Die Beiträge der Krankenkasse und der Gemeinde an die Gesamtkosten der Pflege werden von den Heimen direkt eingefordert und auf der Bewohnerrechnung entsprechend in Abzug gebracht.

### **d) Betreuung**

Die Betreuung umfasst alle persönlichen Hilfestellungen, welche nicht von der Krankenkasse als Pflegeleistungen übernommen werden. Das sind bspw. begleitete Spaziergänge, Aktivierungs- und Ausflugsangebote, Veranstaltungen, Kommunikation im Alltag, Beratungsgespräche mit Angehörigen und Bezugspersonen etc. (detaillierte Auflistung in der Willkommensmappe)

### **e) Medizinische Nebenleistungen**

Zu den medizinischen Nebenleistungen gehören die ärztlichen Leistungen inkl. Medikamente, krankenkassenpflichtige Therapien (bspw. Physio- und Ergotherapie) sowie medizinische Analysen. Die medizinischen Nebenleistungen werden in der Regel durch die Krankenkasse gedeckt (Grundversicherung und evtl. Zusatzversicherung). Arzneimittel und Pflegematerialien welche nicht von der Krankenkasse übernommen werden, wird den Bewohnenden auf der Rechnung separat ausgewiesen.

## **2. Finanzierung des Aufenthaltes in einem Alterszentrum**

---

Hinweis: Eine wichtige Grundlage für die nachfolgenden Erläuterungen sind die Merkblätter der SVA Aargau (Zugriff via [www.sva-ag.ch/private/ihre-private-situation/finanzielle-unterstutzung](http://www.sva-ag.ch/private/ihre-private-situation/finanzielle-unterstutzung)).

### **A Selbstfinanzierung**

---

Die Kosten eines Heimaufenthalts werden, wenn möglich aus den laufenden Einkünften wie AHV-Rente, Pensionskassenrente und allfälligen Vermögenserträgen finanziert. Reichen diese Einkünfte nicht aus, besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Zusatzfinanzierungen in Form von Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung.

## B Ergänzungsleistung (EL)

---

Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das Einkommen nicht die minimalen Lebenskosten decken. Ergänzungsleistungen bestehen aus zwei Kategorien:

- Jährliche Ergänzungsleistung mit monatlicher Auszahlung
- Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

Zusammen mit der AHV und IV gehören die Ergänzungsleistungen zum sozialen Fundament unseres Staates. Die Ergänzungsleistungen entsprechen der Differenz zwischen den gesetzlich anerkannten Ausgaben und den Einnahmen, die angerechnet werden können. Bei der Berechnung wird unterschieden zwischen Personen, die zu Hause leben, und Personen, die im Heim oder Spital wohnen. Die Ergänzungsleistungen werden durch die Kantone ausgerichtet.

### Folgende Ausgaben werden bei einem Heimaufenthalt anerkannt

#### 1. Tagestaxe

Bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim leben, wird im Kanton Aargau als Ausgabe eine Tagestaxe (Pensionstaxe & Pauschale von nicht KVG-pflichtige Pflege und Betreuungspauschale) von maximal **CHF 152.00** anerkannt. Reicht dieser Betrag nicht aus, besteht unter bestimmten Umständen ein Anspruch auf eine erhöhte Tagestaxe von **CHF 190.00** (Art. 42 Pflegeverordnung). Die erhöhte Tagestaxe muss bei der Wohnsitzgemeinde beantragt werden. Der geprüfte Antrag und die entsprechend ermittelte Tagestaxe werden an die SVA Aargau weitergeleitet. Die Wohnsitzgemeinde kann auch von sich einen Antrag auf Erhöhung der anerkannten Tagestaxe stellen. Nach Gutheissung des Antrags durch die SVA erfolgt die Anpassung der Tagestaxe im Folgemonat. Sie gilt für mindestens 12 Monate.

#### 2. Persönliche Ausgaben

Mit dem Beitrag für persönliche Auslagen werden existenzielle Bedürfnisse wie Kleidung, Körperpflege, Transportkosten, Kommunikation/Zeitung, Anschaffungen, Konsumationen, Kulturelles, Steuern und Gebühren finanziert. Im Kanton Aargau ist der Beitrag für persönliche Ausgaben auf monatlich **CHF 373.00** festgelegt.

### 3. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

Krankheits- und Behinderungskosten werden nur vergütet, wenn sie nicht bereits durch eine Versicherung (Krankenkasse, Unfall, Haftpflicht oder IV) gedeckt sind. Es können folgende Kosten zur Rückerstattung beantragt werden;

- zahnärztliche Behandlung (einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Behandlung)
- Mehrkosten für eine lebensnotwendige Diät
- Transport zur nächstgelegene Behandlungsstelle
- Kosten für Hilfsmittel
- Beteiligung an Kosten der Krankenkasse (Selbstbehalt und Franchise) bis zum Betrag von jährlich 1'000 Franken

### 4. Einkommen

Als Einkommen werden angerechnet:

- Renten der AHV, IV der Pensionskasse (berufliche Vorsorge), der Militär- oder Unfallversicherung und von ausländischen Sozialversicherungen. Dabei werden die Renten des laufenden Jahres berücksichtigt.
- Einkünfte aus dem Vermögen wie Zinsen, Miete, Untermiete, Pacht oder Nutzniessung
- familienrechtliche Unterhaltsbeiträge wie Alimente
- Ersatzeinkünfte wie Taggelder der Krankenkasse, der IV, der Arbeitslosenversicherung oder Unfallversicherung
- Erwerbseinkommen bei Bezügerinnen oder Bezüger eines IV-Taggeldes
- Einkünfte und Vermögenswerte, auf die verzichtet worden ist
- ein Fünftel des Vermögens (Vermögensverzehr), das bei Alleinstehenden CHF 37'500 und bei Ehepaaren CHF 60'000 Franken übersteigt. Zusätzlich werden bei selbstbewohnten Liegenschaften CHF 112'500 Franken nicht als Vermögen berücksichtigt, bzw. 300'000 Franken in folgenden Fällen:
  - ✓ die Liegenschaft eines Ehepaars wird von einem Ehegatten bewohnt, während der andere im Heim oder im Spital lebt;
  - ✓ die Liegenschaft eines Ehepaars wird von einem Ehegatten bewohnt, der eine Hilflosenentschädigung der AHV, IV, UV oder MV bezieht;
  - ✓ die Liegenschaft wird von einer alleinstehenden Person bewohnt, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, IV; UV oder MV bezieht.
  - ✓ Bei Ehepaaren, von denen zumindest der eine Ehegatte im Heim oder im Spital lebt, wird die jährliche Ergänzungsleistung für jeden Ehegatten einzeln berechnet. Dabei werden die anrechenbaren Einnahmen und das Vermögen des Ehepaares zu gleichen Teilen den Ehegatten zugerechnet.

## 5. Antragstellung

Das Antragsformular und weitere Informationen zu den Ergänzungsleistungen erhalten Sie bei der Zweigstelle SVA Ihrer Wohnsitzgemeinde.

### C Hilflosenentschädigung (HE)

---

In der Schweiz wohnhaften Personen, welche eine AHV/IV-Rente oder Ergänzungsleistungen beziehen, können eine Hilflosenentschädigung der AHV geltend machen, wenn:

- sie in leichtem, mittlerem oder schwerem Grade hilflos sind,
- die Hilflosigkeit ununterbrochen mindestens ein Jahr gedauert hat und
- kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung besteht.

Hilflos ist, wer für alltägliche Lebensverrichtungen (Ankleiden, Körperpflege, Essen usw.) dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf.

Die Entschädigung beträgt bei einer Hilflosigkeit:

- leichten Grades CHF 237.00
- mittleren Grades CHF 593.00
- schweren Grades CHF 948.00

Bei einem Heimaufenthalt wird die Entschädigung erst **ab einer mittelschweren Hilflosigkeit** ausgerichtet. Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung muss bei der SVA-Zweigstelle der Wohnsitzgemeinde geltend gemacht werden und **ist in jedem Falle zu beantragen, auch wenn bereits ein Anspruch auf Ergänzungsleistung besteht**. Haben Sie bereits vor dem Erreichen des Rentenalters eine Hilflosenentschädigung der IV bezogen, so erhalten Sie diese in gleicher Höhe von der AHV. Die Hilflosenentschädigung **hängt nicht vom Einkommen und Vermögen ab**.

### D. Vorschussleistung und subsidiäre limitierte Kostengutsprache

---

Mit Eintritt in eine Pflegeeinrichtung entstehen für die Pension, Pflege sowie medizinische und allgemeine Betreuung der Bewohnerin bzw. des Bewohners vom ersten Tag an Kosten. Einen Teil dieser Kosten haben die Bewohnenden selbst zu bezahlen (siehe oben): Pension, Betreuung und Anteil an den Pflegekosten. Den Bewohnenden werden diese Kosten am Ende eines Monats in Rechnung gestellt. Unter Berücksichtigung der üblichen Zahlungsfrist von 30 Tagen führt dies dazu, dass die Kosten in der Regel erst 30 bzw. 60 Tage nach ihrer Entstehung von den Bewohnenden zu bezahlen sind. Aus diesem Grund verlangen die Pflegeinstitutionen von den Bewohnenden vor, bei oder nach Eintritt eine Vorschussleistung. Diese Vorschussleistung soll auch für allfällige offene Forderungen nach dem Tod der Bewohnerin bzw. des Bewohners herangezogen werden können, um allfällige Inkassoausstände zu vermeiden.

Wenn eine Person die verlangte Vorschussleistung nachweislich nicht aus eigenen Mitteln finanzieren kann, leistet die Wohnsitzgemeinde auf entsprechendes Gesuch der Bewohnerin bzw. des Bewohners eine subsidiäre limitierte Kostengutsprache.