

SOZIALVERSICHERUNGEN UND CED



**CROHN COLITIS
SCHWEIZ**

Schweizerische Morbus Crohn/
Colitis ulcerosa Vereinigung

fokus

Ein kleiner Ratgeber für Betroffene



IMPRESSUM

Broschüre der Crohn Colitis Schweiz,
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung
Auflage: 4500 Exemplare

Herausgeber:
Crohn Colitis Schweiz
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung
5000 Aarau
Telefon/Fax: 0800 79 00 79
welcome@crohn-colitis.ch
Postkonto: 50-394-6

Projektleitung und Redaktion:
Centerview GmbH
Dr. Nadine Zahnd-Straumann
info@centerview.ch

Medizinische Fachberatung:
Prof. Dr. med. Stephan Vavricka
Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie,
Vulkanplatz 8, 8048 Zürich-Altstetten

Fachliche Überprüfung:
gebo Sozialversicherungen AG
www.gebo.ch

**Nachdruck und Wiedergabe,
auch auszugsweise, nur mit Genehmigung
des Crohn-Colitis-Schweiz-Vorstandes.**

Verwendete Fotos in dieser Broschüre müssen
keinen direkten Bezug zum Text aufweisen.

Quellen:
Krebsliga Schweiz / Lungenliga Schweiz
Bundesamt für Gesundheit (www.bag.ch)
Informationsstelle AHV/IV (www.ahv-iv.ch)

Gesamtherstellung:
Gutenberg Druck AG, Lachen
www.gutenberg-druck.ch

Stand: 2. Auflage, März 2019

IBDnet

In Zusammenarbeit mit dem IBDnet
www.ibdnet.ch

INHALTSVERZEICHNIS

- 4 Sozialversicherungen –
ein Überblick
- 8 Medizinische Untersuchungen
und Behandlungen
- 12 Arbeitsunfähigkeit und
Erwerbsausfall
- 18 Invalidität
- 20 Pflegebedürftigkeit und
Hilfsbedürftigkeit
- 22 Wenn Sie nicht mehr selber
entscheiden können

VORWORT



**Prof. Dr. med.
Stephan Vavricka**

Zentrum für
Gastroenterologie
und Hepatologie,
Zürich-Altstetten;
Präsident IBDnet

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED) wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ist unheilbar und wird Sie ein Leben lang begleiten. Die Diagnose trifft Sie meistens unerwartet und die Krankheitsverläufe von CED sind sehr unterschiedlich und schwierig vorhersehbar.

CED kann sich auf sämtliche Lebensbereiche auswirken: Die Erkrankung beeinträchtigt nicht nur das Sozial- und Familienleben, oft muss in aktiven Krankheitsphasen das Arbeitspensum angepasst oder die Arbeit ganz unterbrochen werden. Hinzu kommen Arzt- und Spitalrechnungen sowie Ausgaben für Medikamente und Therapien.

In der Schweiz verfügen wir über ein gut ausgebautes Sozialversicherungssystem. Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen einen Einblick in das oftmals komplizierte System der Sozialversicherungen geben. Die Broschüre dient als Anregung, wie Leistungen geltend gemacht werden können, wie Leistungslücken vermieden und eine finanzielle Notlage verhindert werden kann.

Die Broschüre sollte aber auf keinen Fall das Gespräch mit Ihrem Arzt oder einem Fachexperten im Bereich der Sozialversicherungen ersetzen.

Es grüsst Sie freundlich

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka

Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie, Zürich-Altstetten
Präsident IBDnet

SOZIALVERSICHERUNGEN – EIN ÜBERBLICK

Die Sozialversicherungen wurden geschaffen, um finanzielle Probleme abzufedern, die beispielsweise durch Krankheit, Invalidität, Arbeitslosigkeit oder wegen des Alters entstehen können. Das Gesetz regelt die Voraussetzungen, die zu einem Leistungsbezug in einer solchen Risikosituation berechtigen. Auch die Höhe der Leistungen und die Koordination zwischen den Sozialversicherungen bestimmen Gesetze.

Obligatorische Krankenversicherung (KVG)

Grundversicherung

Seit 1996 ist die Grundversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) für alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch. Die versicherungspflichtigen Personen können unter den zugelassenen Versicherern (Krankenkassen) frei wählen. Die Krankenkassen müssen am Ort ihrer Tätigkeit jede versicherungspflichtige Person vorbehaltlos in die Grundversicherung aufnehmen. Das BAG stellt jährlich eine Prämienübersicht pro Kanton unter www.priminfo.ch zur Verfügung.

Welche Kosten muss ich selber tragen?

Die Grundversicherung deckt die Kosten für die medizinische Behandlung im Krankheitsfall. Jede Person bezahlt hierfür ihre eigene Prämie. Ein Teil der beanspruchten medizinischen Kosten geht zulasten der Versicherten. Die Kostenbeteiligung setzt sich aus Franchise, Selbstbehalt und einem Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthaltes zusammen:

- **Franchise:** frei wählbar, minimal Fr. 300.– pro Jahr (nur für Volljährige).
- **Selbstbehalt:** 10% der Behandlungskosten, welche die Franchise übersteigen, maximal jedoch jährlich Fr. 700.– bei Erwachsenen und Fr. 350.– bei Kindern und Jugendlichen. Der Selbstbehalt beträgt 20%, wenn eine versicherte Person als Arzneimittel ein Originalpräparat wählt, obschon ein entsprechendes Generikum

(billigeres Präparat mit demselben Wirkstoff) registriert ist, das mindestens 20% weniger kostet. Verschreibt der Arzt oder die Ärztin ausdrücklich aus medizinischen Gründen das Originalpräparat, bleibt der Selbstbehalt bei 10%.

- **Bei stationären Spitalaufenthalten** werden dem Versicherten zudem pro Tag Fr. 15.– für die Verpflegung verrechnet. Bei Kindern und Jugendlichen in Ausbildung entfällt dieser Betrag.

Die Abrechnung der Krankenkassen

Franchise und Selbstbehalt, ein Beispiel

Frau Bischof erhält im Januar eine Rechnung von Fr. 200.– von ihrer Hausärztin, die sie umgehend bezahlt und ihrer Krankenkasse zur Abrechnung zuschickt. Frau Bischof ist mit einer Franchise von Fr. 300.– versichert. Im März erhält sie eine Rechnung von Fr. 1300.– für die medizinische Behandlung beim Onkologen.

		Franchise Fr. 300.–	10% Selbstbehalt, max. Fr. 700.–/Jahr	Rückerstattung der Krankenkasse an Frau B.
Rechnung Hausärztin, Januar	Fr. 200.–	Fr. 200.– zulasten Frau B.		Fr. 0.00
Rechnung Onkologe, März	Fr. 1300.–	Fr. 100.– zulasten Frau B.	10% von Fr. 1200.– = Fr. 120.– gehen zulasten von Frau B.; die restlichen Fr. 1080.– werden von der Krankenkasse übernommen.	Fr. 1080.–

Zusatzversicherungen

Für Behandlungen, die von der Grundversicherung nicht gedeckt sind, bieten Krankenkassen verschiedene freiwillige Zusatzversicherungen an (gemäss Versicherungsvertragsgesetz = VVG). Zusatzversicherungen werden für die Behandlung in privaten und halbprivaten Abteilungen der Spitäler oder für Komplementärmedizin angeboten. Sie müssen nicht bei der gleichen Krankenkasse abgeschlossen werden, bei welcher die Grundversicherung besteht. Es lohnt sich, Preisvergleiche zu machen.

Einschränkung

Anders als die Grundversicherung sind die Zusatzversicherungen privat-rechtlich geregelt (VVG). Deshalb können die Krankenkassen ihr Dienstleistungsangebot und die Aufnahmebedingungen selber bestimmen. Wer bereits erkrankt ist, kann in der Regel nicht oder höchstens mit Vorbehalt eine Zusatzversicherung abschliessen. Prüfen Sie die Bedingungen von verschiedenen Krankenkassen.

Welche Sozialversicherung bezahlt wofür?

Risiko	Sozialversicherungszweig (Gesetzliche Grundlage)	Leistung	Bedingung
Krankheit, Unfall	Krankenversicherung * (KVG)	Medizinische Behandlung, Pflege, Medikamente, Mittel und Gegenstände	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung)
	Unfallversicherung (UVG)	Medizinische Behandlung, Pflege, Medikamente, Mittel, Gegenstände	Bei Berufskrankheiten, Berufs- und Nichtberufsunfällen
	Invalidenversicherung (IVG)	Medizinische Behandlung von Geburtsgebrechen	Bis zum vollendeten 20. Altersjahr
	Invalidenversicherung (IVG)	Hilfsmittel	Vor dem AHV-Rentenbezug
	Alters- und Hinter- lassenenversicherung (AHVG)	Hilfsmittel	Bei AHV-Rentenbezug
	Ergänzungsleistungen (ELG)	Krankheitskosten	Bedürftige AHV-Rentnerinnen und Rentner
Erwerbsausfall	Krankenversicherung (KVG bzw. VVG **)	Krankentaggeld	Freiwillige Versicherung
	Unfallversicherung (UVG)	Unfalltaggeld	Bei Berufskrankheiten, Berufs- und Nichtberufsunfällen
Invalidität	Invalidenversicherung (IVG)	Invalidenrente, Kinderrente	Für AHV/IV-Versicherte
	Berufliche Vorsorge (BVG)	Invalidenrente, Kinderrente	Für BVG-Versicherte

* Viele Versicherer bieten für Leistungen, die nicht durch die obligatorische Krankenversicherung («Grundversicherung») gedeckt sind, privatrechtlich geregelte Zusatzversicherungen an.

** Bei den meisten Krankentaggeldversicherern ist nicht das KVG, sondern das VVG massgebend.

Risiko	Sozialversicherungszweig (Gesetzliche Grundlage)	Leistung	Bedingung
Invalidität	Ergänzungsleistungen (ELG)	Ergänzungsleistung, Behinderungskosten	Bedürftige IV-Renten- Bezügerinnen und -Bezüger
	Unfallversicherung (UVG)	Invalidenrente	Bei Invalidenrente infolge eines Unfalls
Hilflosigkeit	Invalidenversicherung (IVG)	Hilflosenentschädigung	Mindestens 1 Jahr dauernde Hilflosigkeit
	Alters- und Hinter- lassenenversicherung (AHVG)	Hilflosenentschädigung	Mindestens 1 Jahr dauernde Hilflosigkeit
Tod	Alters- und Hinter- lassenenversicherung (AHVG)	Witwen-, Witwer- und Waisenrente	Obligatorische Versicherung
	Berufliche Vorsorge (BVG)	Witwen-, Witwer- und Waisenrente	Für BVG-Versicherte
	Ergänzungsleistungen (ELG)	Ergänzungsleistung	Ergänzung zur AHV- oder IV-Rente
Alter	Alters- und Hinter- lassenenversicherung (AHVG)	Altersrente	Obligatorische Versicherung
	Berufliche Vorsorge (BVG)	Altersrente	Obligatorische Versicherung für Arbeitnehmende, deren Jahreslohn mindestens Fr. 21 150.- beträgt. Für alle anderen freiwillig
	Ergänzungsleistungen (ELG)	Ergänzungsleistung	Für dedürftige AHV- Rentnerinnen und -Rentner

MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNGEN UND BEHANDLUNGEN

Leistungen zur Früherkennung und Prävention

Zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten und Gesundheitsvorsorge übernehmen die Krankenkassen nach KVG die Kosten für diese ärztlich durchgeführten Untersuchungen, Beratungen und Impfungen, auch wenn kein Verdacht auf eine Erkrankung besteht.

Dazu gehören:

- Impfungen gemäss Empfehlungen des Schweizerischen Impfplans sowie gewisse Zusatzimpfungen (detaillierte Angaben unter www.bag.admin.ch)
- Vorsorgeuntersuchungen zu Dickdarmkrebs bei Frauen und Männern zwischen 50 und 69 Jahren
- Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
- Mammographie
- Kontrolluntersuchungen zur Entwicklung von Kindern

Medizinische Untersuchungen beim Arzt

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen, die der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit dienen, wenn sie die sogenannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen) erfüllen. Vor einer Untersuchung oder Behandlung sollte der behandelnde Arzt Sie darüber informieren, ob die betreffende Leistung übernommen wird oder nicht.

Endoskopische Untersuchungen zur Diagnose von CED oder zur Verlaufskontrolle sind entsprechend über die Grundversicherung gedeckt, wenn sie die oben erwähnten Kriterien erfüllen.

Kassenpflichtige Medikamente

Therapien und Arzneimittel sind in aller Regel nur kassenpflichtig, wenn sie auf der Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesundheit (www.listedesspecialites.ch und www.bag.admin.ch) für die entsprechende Erkrankung erfasst sind. Die Spezialitätenliste umfasst Medikamente aus der Schulmedizin, Komplementärmedizin und Generika.

Gewisse Medikamente und Therapien bedürfen einer vorgängigen Kostengutsprache durch den Arzt. Um von der Krankenkasse eine Kostengutsprache zu erhalten, wird die Therapie auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit hin überprüft.

Stationäre Behandlung im Spital

Für die stationäre Spitalbehandlung können die Versicherten ihr Spital grundsätzlich frei wählen. Die Kantone und die Krankenversicherer übernehmen die Vergütung der Spitalbehandlung. Die Versicherten haben einen Betrag an die Kosten ihrer Spitalbehandlung beizusteuern. Bei einer stationären Spitalbehandlung besteht die Kostenbeteiligung aus der von der versicherten Person gewählten Franchise, dem allgemeinen Selbstbehalt und einem täglichen Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts.

Die Zusatzkosten für einen Aufenthalt oder die Behandlung in einer Halbprivat- oder Privatabteilung gehen zulasten des Patienten oder werden durch eine allfällige Zusatzversicherung abgedeckt.

Pflege zu Hause oder in Pflegeheimen

Wenn Sie nach einer Operation oder aufgrund einer Krankheit der Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim bedürfen, leistet die obligatorische Krankenversicherung einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten und aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbrachten pflegerischen Leistungen (z.B. Spritzen verabreichen, Verband wechseln, Wunden reinigen und versorgen, Puls- und Blutdruck messen, Beratung bei der Einnahme von Medikamenten und beim Gebrauch medizinischer Geräte, Fusspflege bei Diabetikern). In der Regel haben Sie einen bestimmten, betraglich begrenzten Teil der Pflegekosten sel-

ber zu übernehmen, die verbleibenden ungedeckten Pflegekosten decken die Wohnkantone/-gemeinden. Weitere Auskünfte erhalten Sie bei Ihrer Wohngemeinde, der Spitexorganisation oder im Pflegeheim.

Die Kosten für Haushalthilfen (z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen) oder den eigentlichen Aufenthalt in Pflegeheimen (d.h. Kost und Logis) übernimmt hingegen die obligatorische Krankenversicherung nicht.

Rehabilitation

Ist für Ihre Rehabilitation ein Klinikaufenthalt notwendig, klärt die Krankenkasse ab, ob eine ärztliche Überweisung vorliegt. Entscheidend bei dieser Abklärung ist der ärztliche Bericht: Darin muss die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation überzeugend dargelegt und begründet werden. Eine stationäre Rehabilitation wird zudem immer nur nach vorgängigen Gutsprachen mit der Krankenkasse und aufgrund einer ausdrücklichen Bewilligung des Vertrauensarztes übernommen.

Nichtärztliche Behandlungen

Chiropraktoren dürfen ihre Leistungen ohne ärztliche Verordnung über die Grundversicherung der Krankenkasse abrechnen. Auf ärztliche Verordnung hin können folgende Personen ihre Leistungen über die Grundversicherung abrechnen:

- Ernährungsberater
- Physiotherapeut
- Pflegefachfrau
- Ergotherapeut
- Logopäde

Komplementärmedizin

Gewisse komplementärmedizinische Behandlungen werden von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen, falls sie von einem Arzt mit entsprechender Weiterbildung durchgeführt werden.

Dazu gehören:

- Akupunktur
- Anthroposophische Medizin
- Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)
- Ärztliche Klassische Homöopathie
- Phytotherapie

Krankentransport und Rettung

Wenn für die Fahrt zu einer Behandlung Ihr Gesundheitszustand einen Transport mit dem öffentlichen Verkehr oder privaten Transportmittel nicht erlaubt, übernimmt die obligatorische Grundversicherung die Hälfte der Kosten bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von Fr. 500.–.

Muss eine Person aus einer akut lebensbedrohlichen Situation gerettet werden und notfallmässig der nächstgelegenen medizinischen Behandlung zugeführt werden, wird die Hälfte der Kosten bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von Fr. 5000.– von der obligatorischen Grundversicherung übernommen.

Was wird sonst noch über die Grundversicherung vergütet?

Laboranalysen und Mittel und Gegenstände – zum Beispiel Stomaartikel –, die der Untersuchung oder Behandlung von CED dienen, werden über die Grundversicherung vergütet, sofern diese auf der entsprechenden Liste des Bundesamtes für Gesundheit erfasst sind (www.bag.admin.ch).

ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND ERWERBSAUSFALL

Kündigung

Kündigungsschutz im Krankheitsfall

Wer ohne eigenes Verschulden wegen Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig wird, hat einen gewissen Kündigungsschutz, sofern er/sie nicht in der Probezeit ist. Nach Ablauf einer bestimmten Sperrfrist bei andauernder Arbeitsunfähigkeit darf der Arbeitgeber eine Kündigung aussprechen.

Die Sperrfrist beträgt:

- 1. Dienstjahr: 30 Tage
- 2. bis 5. Dienstjahr: 90 Tage
- ab 6. Dienstjahr: 180 Tage

Hat der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis gekündigt, bevor die betroffene Person wegen einer Krankheit arbeitsunfähig geworden ist, wird die Kündigungsfrist um die Dauer der Sperrfrist verlängert.

Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit

Tritt bei Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit ein, ist der Arbeitgeber verpflichtet, eine Lohnfortzahlung zu leisten. Die Dauer der Lohnfortzahlung richtet sich nach einer der drei in der Schweiz festgelegten Skalen (Basler, Berner und Zürcher Skala). Weitere Informationen unter www.seco.admin.ch. Oftmals sind im Einzel- oder Gesamtarbeitsvertrag weiterreichende Fristen vereinbart oder es besteht eine Krankentaggeldversicherung, welche die Leistungen gewährleistet.

Krankentaggeldversicherung

Falls Ihr Arbeitgeber über eine Krankentaggeldversicherung verfügt, gewährleistet diese die Leistungen, welche im Rahmen der Lohnfortzahlung gesetzlich festgelegt sind; in der Regel werden die Leistungen der Krankentaggeldversicherung sogar für einen längeren Zeitraum ausgerichtet.

Für die Versicherungsbedingungen ist entscheidend, ob eine Taggeldversicherung den Regeln des Sozial- oder des Privatversicherungsrechts untersteht. Entsprechend sind die rechtlichen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) oder des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) massgebend. Die Einzelheiten wie etwa die Dauer des Taggeldbezugs können je nach Versicherung unterschiedlich sein und sind im jeweiligen Versicherungsvertrag geregelt.

Kollektiv- und Einzelversicherung

Verbreitet sind Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen für alle im Unternehmen beschäftigten Personen. Wenn Sie beruflich freischaffend oder selbständig erwerbend sind, sollten Sie eine Einzel-Taggeldversicherung abschliessen.

Bei allen Taggeldversicherungen sind zudem Vorbehalte (Leistungsausschlüsse) für Krankheiten erlaubt, die einmal aufgetreten sind und wieder auftreten können. Die Lohnzahlung ist in diesen Fällen meist auf das gesetzliche Minimum begrenzt.

Hier eine Übersicht über Kollektiv- und Einzelversicherungen:

Kollektivversicherung	Taggeldversicherung gemäss KVG	Taggeldversicherung gemäss VVG
Beitritt	Freiwillig, durch Arbeitgeber	Freiwillig, durch Arbeitgeber
Vorbehalte	Möglich	Möglich
Prämien	Gemäss Kollektivvertrag	Gemäss Kollektivvertrag
Höhe des Taggeldes	Mindestens 80% des Lohnes	Frei festlegbar: gemäss Kollektivversicherungsvertrag
Dauer des Anspruchs	720 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen oder bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses	Frei festlegbar: gemäss Kollektivvertrag

Einzelversicherung	Taggeldversicherung gemäss KVG	Taggeldversicherung gemäss VVG
Beitritt	Recht auf Beitritt, Gesundheitsabklärung möglich	Je nach Resultat der Gesundheitsabklärung kann der Versicherungsabschluss verweigert werden
Vorbehalte	Die Versicherung kann vorbestehende Krankheiten mit einem Vorbehalt von 5 Jahren ausschliessen	Die Versicherung kann vorbestehende Krankheiten mit einem zeitlich unbegrenzten Vorbehalt ausschliessen
Prämien	Abstufung nach Eintrittsalter	Abstufung nach Risiko (Alter, Geschlecht)
Höhe des Taggeldes	Vereinbarter Frankenbetrag, gemäss Police	Vereinbarter Frankenbetrag, gemäss Police
Dauer des Anspruchs	720 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen	Frei festlegbar: gemäss Police

AHV-Beitragslücken und Familienzulagen

Auf Unfall- und Krankentaggeldern werden keine AHV/IV-Beiträge erhoben.

Wenn Sie ein ganzes Kalenderjahr keine AHV/IV-Beiträge bezahlen, können Beitragslücken entstehen, was im Alter oder bei Invalidität zu einer kleineren Rente führen kann. Informieren Sie sich in diesem Fall bei Ihrer regionalen AHV/IV-Zweigstelle, welche Massnahmen Sie treffen können, damit es zu keinen Beitragslücken kommt.

Wer wegen Krankheit an der Arbeitsleistung vollständig verhindert ist, erhält die Familienzulagen noch im laufenden und in den drei folgenden Monaten. Danach hat nur noch Anspruch auf die Zulagen, wer weiterhin AHV-pflichtigen Lohn erhält, sprich keine Krankentaggelder.

Leistungen der Invalidenversicherung (IV) bei Arbeitsunfähigkeit

Ist eine Person wegen Krankheit längere Zeit arbeitsunfähig, kann man sie bei der IV anmelden. Das Ziel der IV ist es, eine Invalidität mittels Eingliederungsmassnahmen zu verhindern, zu vermindern oder zu beheben, um so die wirtschaftlichen Folgen zu lindern.

IV-Früherfassung

War ein Arbeitnehmer während 30 Tagen ununterbrochen wegen Krankheit von der Arbeit abwesend oder hatte während eines Jahres wiederholt Kurzabsenzen, kann er bei der IV zur Früherfassung gemeldet werden. Die Früherfassung dient dazu, eine drohende Invalidität möglichst früh zu erkennen und entsprechende Massnahmen zu treffen.

Spätestens wenn Sie während 6 Monaten mindestens zu 40% arbeitsunfähig sind, sollten Sie sich bei der IV anmelden, um eine Leistungslücke bei einem allfälligen späteren Bezug einer Rente zu verhindern.

Folgende Personen sind berechtigt, jemanden der IV zur Früherfassung zu melden:

- die betroffene Person selbst
- der Arbeitgeber
- die behandelnden Ärzte
- Familienangehörige, die im gemeinsamen Haushalt leben
- die behandelnden Ärzte und Chiropraktoren
- der Krankentaggeldversicherer
- der Unfallversicherer
- die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge
- die Arbeitslosenversicherung
- die Sozialhilfeorgane
- die Militärversicherung
- private Versicherungseinrichtungen

Die betroffene Person muss in jedem Fall vorgängig über die Meldung informiert werden.

Bei der Früherfassung prüft die IV, welche Massnahmen geeignet sind, um die gemeldete Person beruflich wieder einzugliedern. Dabei wird auch abgeklärt, ob eine Anmeldung für den Bezug von Leistungen bei der IV angezeigt ist. Diese Anmeldung kann nur durch die betroffene Person selber oder allenfalls durch ihren gesetzlichen Vertreter erfolgen.

Berufliche Eingliederungsmassnahmen

Die IV kann einer Person nach der eigentlichen Anmeldung berufliche Eingliederungsmassnahmen zusprechen. Ziel solcher Massnahmen ist die Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder die Eingliederung an einem anderen Arbeitsplatz inner- oder ausserhalb des bisherigen Betriebes. Der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wird im Einzelfall geprüft. Die persönliche Ausgangslage entscheidet, ob eine Berufsberatung, eine erstmalige berufliche Ausbildung, eine Umschulung, eine Arbeitsvermittlung, ein Arbeitsversuch oder ein Einarbeitungszuschuss für die berufliche Eingliederung notwendig ist.

Ausrichten von Taggeldern

Während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen richtet die IV bei gewissen Eingliederungsmassnahmen Taggelder aus. Nähere Auskunft erhalten Sie dazu bei der regionalen IV-Stelle Ihres Wohnkantons.

Abgabe von Hilfsmitteln

Die IV übernimmt die Kosten für behinderungsbedingte Anpassungen am Arbeitsplatz sowie die Kosten für Hilfsmittel im privaten Bereich, welche benötigt werden, um den Alltag möglichst selbständig und unabhängig zu bewältigen.

Dazu gehören:

- Prothesen
- Hörgeräte
- Rollstühle
- Motorfahrzeuge



Weiterführende Informationen:

www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV

AUCH SIE KÖNNEN CROHN COLITIS SCHWEIZ UNTERSTÜTZEN!

Es stehen Ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, sich persönlich für Crohn Colitis Schweiz einzusetzen. Dank Ihrer finanziellen Unterstützung können wir mehr und besser informieren, können der Forschung Beiträge zur Verfügung stellen und zahlreiche weitere Veranstaltungen organisieren.

In der Schweiz leiden zwischen 16 000 und 30 000 Personen an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung – Tendenz leider steigend. Bis heute kennt man die Ursachen nicht und trotz der Entwicklung neuer Therapien ist eine Heilung noch nicht möglich.

Ihre Spenden helfen der Weiterführung der Forschung. Und dies nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch im Hinblick auf soziale Probleme, welche damit zusammenhängen.

Sie können unsere Arbeit auf unterschiedliche Weise unterstützen:

Ein spezieller Tag?

Eine Hochzeit? Ein Geburtstag? Oder sonst ein spezieller Tag? Sie besitzen bereits alles? Sammeln Sie und überweisen Sie den Betrag einfach auf unser Postkonto PC 50-394-6.

Ein Inserat im Info-Magazin von Crohn Colitis Schweiz

Inserieren Sie in unserem Info-Magazin, welches pro Jahr in einer Auflage von rund 5000 Exemplaren erscheint. Unsere Werbetarife sind sehr interessant. Sie erhalten diese Tarife gerne auf Anfrage.

Übrigens: Ihre Spende ist steuerlich abzugsfähig!

Ein Link auf unserer Homepage

Als weitere Möglichkeit können Sie einen Link auf unserer Homepage platzieren; die aktuellen Tarife erhalten Sie auf Anfrage.

Mitglied werden

Werden Sie Mitglied und unterstützen Sie die Vereinigung so dauerhaft!



INVALIDITÄT

Wie wird Invalidität definiert?

In der Invalidenversicherung versteht man unter «Invalidität» eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit, die durch eine gesundheitliche – körperliche, geistige oder psychische – Beeinträchtigung verursacht worden ist. Bei nichterwerbstätigen Personen, die auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung keiner Erwerbstätigkeit nachgehen würden (wie z.B. Hausfrauen und Hausmännern), entspricht «Invalidität» der Unfähigkeit, die gewohnte Tätigkeit weiter auszuüben.

Invalidenrente der IV

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn:

- Eingliederungsmassnahmen ihr Ziel nicht oder nur teilweise erreicht haben oder wenn Eingliederungsmassnahmen zum vornherein aussichtslos sind.
- die Krankheit während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch mindestens eine 40%-Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte und nach Ablauf dieses Jahres ein Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht.

Nach der Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ermittelt die IV den Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs. Dabei werden das Erwerbseinkommen vor der Arbeitsunfähigkeit und das erzielbare Erwerbseinkommen mit der Behinderung einander gegenübergestellt.

Invalidenrente der Pensionskasse (BVG)

Die Versicherung der beruflichen Vorsorge leistet im Alter, bei Invalidität oder nach dem Tod eines Versicherten zusätzlich zu den Renten der AHV oder der IV eine Alters-/Invaliden- und/oder Hinterlassenenrente. Während die Renten von AHV und IV die Existenz sichern sollen, ermöglicht die Rente der Pensionskasse den Betroffenen im Versicherungsfall (Alter, Invalidität oder Tod), ihre gewohnte Lebenshaltung fortzusetzen.

Anspruch auf eine Invalidenrente der Pensionskasse haben BVG-versicherte Personen, die arbeitsunfähig geworden sind. Bedingung ist, dass die Arbeitsunfähigkeit fort dauert und schliesslich zu einer Invalidität führt. Bei der beruflichen Vorsorge gelten dieselben Rentenstufen wie bei der Invalidenversicherung. Auch bei der Pensionskasse besteht im Invaliditätsfall ein Anspruch auf eine Kinderrente. Diese beträgt 20% der Invalidenrente für jedes unterhaltspflichtige Kind.

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND HILFSBEDÜRFTIGKEIT

Pflegebedürftigkeit

Pflege im Spital

Bei einem Aufenthalt in einem öffentlichen Spital werden grundsätzlich alle Kosten von der obligatorischen Grundversicherung der Krankenkasse übernommen. Sie als Patientin oder Patient müssen sich im Rahmen der Jahresfranchise, dem Selbstbehalt und den Verpflegungskosten an den Kosten beteiligen.

Pflege zu Hause

Wie bereits auf Seite 9 erwähnt, übernimmt die Grundversicherung folgende Kosten von Pflegemassnahmen, wenn sie ärztlich angeordnet sind und von zugelassenen Pflegefachpersonen und Spitex-Organisationen erbracht werden:

- Beratung und Abklärung der pflegerischen Massnahmen
- Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen (Puls, Blutdruck, Temperatur messen usw.)
- Massnahmen der Grundpflege (Betten, Lagern, Mobilisieren, Mund- und Körperpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden, Essen und Trinken)

Die Haushaltshilfe fällt nicht unter die Leistungspflicht der Grundversicherung.

Hilflosigkeit

Wenn eine Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Dritten angewiesen ist, kann sie bei der IV oder der AHV eine Hilflosenentschädigung beantragen. Ein Leistungsanspruch besteht allerdings erst, wenn die Hilfsbedürftigkeit ohne Unterbruch ein Jahr lang gedauert hat.



Weiter Informationen zur Hilflosenentschädigung finden Sie unter:

www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV/Hilflosenentschädigung

JETZT MITGLIED WERDEN

und die Crohn Colitis Schweiz dauerhaft unterstützen!

Die Anmeldung ist auch auf unserer Website möglich: www.crohn-colitis.ch



Anmeldeformular

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Morbus Crohn und trete der Crohn Colitis Schweiz bei (Jahresbeitrag Fr. 60.–) | <input type="checkbox"/> Ich möchte Crohn Colitis Schweiz fördern (Jahresbeitrag Fr. 60.–) |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Colitis ulcerosa und trete der Crohn Colitis Schweiz bei (Jahresbeitrag Fr. 60.–) | <input type="checkbox"/> Ich schone die Umwelt und erhalte alle Unterlagen nur per E-Mail |

**Ausschneiden und einsenden an Crohn Colitis Schweiz, 5000 Aarau
oder per E-Mail an welcome@crohn-colitis.ch**

Name, Vorname

.....

Adresse

.....

PLZ, Ort

.....

Beruf

.....

Geburtsdatum

.....

Telefon Privat

.....

E-Mail

.....

Ort, Datum

.....



WENN SIE NICHT MEHR SELBER ENTSCHIEDEN KÖNNEN

Wer infolge eines Unfalles, wegen plötzlicher schwerer Erkrankung oder Altersschwäche nicht mehr selber für sich sorgen kann und nicht mehr in der Lage ist, selbst zu entscheiden, ist auf die Hilfe Dritter angewiesen. Ihre Wünsche und Vorkehrungen für solche Notfälle können in der Patientenverfügung und im Vorsorgeauftrag festgehalten werden.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung wird festgehalten, wie Sie medizinisch behandelt werden möchten, was Ihnen am Herzen liegt und welche medizinischen Massnahmen Sie auf keinen Fall möchten.

Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht, welches seit dem 1. Januar 2013 in Kraft ist, erhält die Patientenverfügung einen rechtlich verbindlichen Charakter für behandelnde Ärzte und Angehörige. Die Patientenverfügung wird dann wichtig, wenn Sie selber nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen und Ihren Willen zu äussern. Mit dieser Verfügung werden auch Angehörige und behandelnde Ärzte in schwierigen Entscheidungssituationen entlastet.

Die Patientenverfügung muss schriftlich vorliegen sowie datiert und unterzeichnet sein. Im Gegensatz zum Vorsorgeauftrag ist es jedoch nicht nötig, diese eigenhändig niederzuschreiben. Es können vorgedruckte Vorlagen verwendet werden.

Vorsorgeauftrag

Mittels eines Vorsorgeauftrags kann jede urteilsfähige Privatperson sicherstellen, dass jemand anders die notwendigen Angelegenheiten erledigen kann, wenn Sie selber urteilsunfähig werden sollten und nicht mehr selber entscheiden können. Vor allem betagte Menschen können so ihren Willen rechtzeitig festhalten und eine nahestehende Person oder Fachstelle zur Regelung ihrer Angelegenheiten für den Fall der Urteilsunfähigkeit beauftragen und ermächtigen. Liegt ein rechtsgültiger Vorsorgeauftrag vor, können sehr oft die Massnahmen der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) zusätzlichen Aufwand und Kosten vermeiden.

Sie bestimmen, welche Lebensbereiche im Vorsorgeauftrag geregelt werden sollen. Dies könnte beispielsweise sein:

- Verwaltung von Einkommen und Vermögen, Betreuung des Zahlungsverkehrs
- Vertretung in rechtlichen Angelegenheiten, Abschliessen oder Auflösen von Verträgen
- medizinische und pflegerische Behandlung, Hilfe im Alltag

Es gibt zwei Möglichkeiten, um einen gültigen Vorsorgeauftrag zu verfassen:

- Das gesamte Dokument wird handschriftlich niedergeschrieben, inklusive Datierung und Unterzeichnung.
- Das Dokument wird in einer anderen schriftlichen Form verfasst (z.B. elektronisch) und muss durch einen Notar öffentlich beurkundet werden.

Der Vorsorgeauftrag kann jederzeit abgeändert oder widerrufen werden. Der Vorsorgeauftrag kann, je nach Kanton, bei der KESB hinterlegt sowie dessen Errichtung und Hinterlegungsort beim Zivilstandsamt in einer zentralen Datenbank registriert werden. Beides ist kostenpflichtig.



CROHN COLITIS SCHWEIZ

Schweizerische Morbus Crohn/
Colitis ulcerosa Vereinigung

Crohn Colitis Schweiz
5000 Aarau
www.crohn-colitis.ch

Postkonto für Spenden: 50-394-6
0800 79 00 79
welcome@crohn-colitis.ch

Mit freundlicher Unterstützung von:

abbvie



janssen

MEDI  **SERVICE**
Ihre Spezialapotheke



 Inspired by patients.
Driven by science.