

Wegleitung
über die Vergütung von Krank-
heits- und Behinderungskosten
bei den Ergänzungsleistungen
(WKEL)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort	5
Abkürzungen.....	6
1 Allgemeines	8
2 Zuständigkeit, Auszahlung und Verfügung.....	9
2.1 Zuständigkeit des Kantons Wallis	9
2.1.1 Wechsel des Wohnsitzkantons	9
2.2 Auszahlung.....	9
2.2.1 Auszahlung bei nicht getrennt lebenden Ehepaaren	10
2.2.2 Auszahlung bei getrennt lebenden Ehegatten.....	11
2.2.3 Auszahlung an Dritte und Verrechnung mit Forderungen Dritter	11
2.2.4 Verrechnung von Rückforderungen	11
2.2.5 Rundung der Auszahlungsbeträge.....	12
2.3 Verfügung.....	12
2.3.1 Verfügung bei nicht getrennt lebenden Ehepaaren	12
2.3.2 Verfügung bei getrennt lebenden Ehepaaren.....	13
3 Anspruch und Festlegung	14
3.1 Allgemeine Voraussetzungen	14
3.1.1 Der anspruchsberechtigten Person selbst erwachsene Kosten.....	14
3.1.2 In der Schweiz entstandene Kosten.....	15
3.1.3 Einreichungsfrist	15
3.1.4 Weitere Voraussetzungen.....	16
3.2 Höchstbetrag der Vergütung.....	16
3.2.1 Änderung der Personengemeinschaft.....	18
3.2.2 Heimeintritt oder -austritt im Laufe des Kalenderjahres.....	19
3.2.3 Keine Begrenzung nach monatlicher Anspruchsdauer.....	19
3.3 Zeitlich massgebende Kosten	19
3.4 Anspruch bei Wegfall der jährlichen EL oder Wohnsitzverlegung	19
3.5 Berücksichtigung der Hilflosenentschädigung der AHV, IV und UV.....	20
3.6 Berücksichtigung des Assistenzbeitrages der AHV oder der IV	20
3.7 Anspruch auf jährliche EL	22
4 Besondere Bestimmungen für die einzelnen Kostenarten.....	23
4.1 Kostenbeteiligung	23
4.2 Kosten für Ärzte und Ärztinnen	24
4.3 Kosten für Zahnbehandlung.....	24
4.4 Kosten für Arznei	27
4.5 Diätkosten.....	27
4.6 Pflege- und Verbandsmaterial; kosmetische Operationen.....	27
4.7 Vorübergehender Aufenthalt im Spital, im Heim, in einer Erholungs- oder Badekur.....	28

4.7.1	Vorübergehend in einem Spital oder Heim.....	28
4.7.2	Spital, Wartebett, Heim, Kurzaufenthaltsbett.....	28
4.7.3	Kosten für Spital- oder Heimaufenthalt, Warte- oder Kurzaufenthaltsbett	29
4.7.4	Kosten für Erholungskuren	29
4.7.5	Kosten für Badekuren	30
4.8	Transportkosten.....	30
4.8.1	Notfall- und Verlegungstransporte	30
4.8.2	Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort.....	31
4.9	Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung	32
4.9.1	Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause	32
4.9.2	Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal	34
4.9.3	Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige	35
4.9.4	Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von AHV-/IV-Rentnerinnen und -Rentnern in Tagesstrukturen.....	36
4.9.5	Kosten für ambulante Behandlung in einem Spital oder Pflegeheim	37
4.9.6	Medizinische Fusspflege (Podologie).....	37
5	Abgabe oder Finanzierung von Hilfsmitteln, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräten	38
5.1	Allgemeine Bestimmungen	38
5.2	Versicherungsleistungen.....	38
5.3	Bei einem Einnahmenüberschuss.....	38
5.4	Leihweise Abgabe	38
5.5	Weitere Einzelheiten des Anspruches.....	39
5.5.1	Qualität der Hilfsmittel.....	39
5.5.2	Bescheinigung	39
5.5.3	Mietkosten	40
5.5.4	Gebrauchstraining	40
5.5.5	Betriebs- und Unterhaltskosten.....	40
5.5.6	Heimaufenthalt	41
5.6	Sonderbestimmungen für einzelne Arten von Hilfsmitteln	41
5.6.1	Brillen oder Kontaktlinsen nach Staroperation	41
5.6.2	Elektrobetten (Pflegebetten)	42
5.6.3	Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte	42
6	Hilfsmittel für den Verbleib zu Hause	43
6.1	Allgemeine Bestimmungen	43
6.2	Sonderbestimmungen für einzelne Arten von Hilfsmitteln	43
6.2.1	Telealarm.....	43
7	Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen	44
Anhang I		45
Beträge für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten		45
Tabelle 1.....		45
Tabelle 2.....		46

Jährliche Höchstbeträge für Hilfsmittelkosten für den Verbleib zu Hause	47
Tabelle 3.....	47
Anhang II	48
Referenzbeträge für die Festlegung der rückvergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten .	48
Tabelle 1	48
Anhang III	49
Erhöhung der jährlichen Höchstbeträge für die KBK.....	49
Kontrollliste betreffend die Grundvoraussetzungen für eine Erhöhung:	50
Beispiele betreffend die Erhöhung der Höchstbeträge für die KBK.....	50
Anhang IV	53
A1 Anhang 1 zu Artikel 19 Absatz 1 RKEL	53
A2 Anhang 2 zu den Artikeln 19 und 22 RKEL	55

Vorwort

Die vorliegende Wegleitung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (WKEL), welche in Ausführung von Art. 24 RKEL erstellt wurde, soll in Bezug auf die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen eine einheitliche Anwendung der Gesetzes-, Verordnungs- und Reglementsbestimmungen gewährleisten.

Vieles ist bereits ausführlich in der Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL) beschrieben und es wäre somit nicht zweckmässig, all diese Bestimmungen in der vorliegenden Wegleitung zu wiederholen. Deshalb sind die Regelungen der WEL wörtlich oder sinngemäss auch für die KBK gültig, sofern keine anderslautenden Ausführungen in der WKEL ersichtlich sind.

Das Leben ist allerdings sehr vielfältig und schafft manchmal recht komplexe Verhältnisse. Es ist daher nicht möglich, dass die WKEL für sämtliche denkbaren Situationen eine entsprechende Anleitung bereithält. Es ist unerlässlich, dass Personen, die mit der Durchführung betraut sind, in nicht restlos geregelten Einzelfällen Lösungen treffen, die dem Sinn und Geist der Gesetze und anderer vorhandenen Bestimmungen am besten entsprechen.

Mit dem Vermerk unter der Randziffer (z. B. „1/20“) wird künftig jeweils auf den Zeitpunkt (Monat/Jahr) der Änderung dieser Randziffer hingewiesen. Alle Randziffern ohne Vermerk sind unverändert ab der Inkraftsetzung dieser Wegleitung gültig.

Abkürzungen

Abs.	Absatz/Absätze
AGELG	Ausführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV
AHI	AHI-Praxis, Zeitschrift für die Ausgleichskassen, herausgegeben vom BSV
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVV	Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
Art.	Artikel
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
ATSV	Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AVIG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
BGE	Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichtes, Amtliche Sammlung
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
Bst.	Buchstabe
BV	Berufliche Vorsorge
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Vorsorge
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heisst
E.	Erwägung
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV und IV
ELG	Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen
ELV	Verordnung über die Ergänzungsleistungen
EO	Erwerbersatzordnung für Dienstleistende in Armee und Zivildienst
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
EVGE	Entscheidungen des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, Amtliche Sammlung
f., ff.	Folgende, fortfolgende
FZL	Familienzulagen
HVA	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln in der AHV
IFEG	Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
i. V. m.	in Verbindung mit

IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
Kasse	Ausgleichskasse des Kantons Wallis
Kanton	Kanton Wallis
Kap.	Kapitel
KBK	Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KSBIL	Kreisschreiben über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV
KSTI	Kreisschreiben über die Taggelder der Invalidenversicherung
MV	Militärversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
OR	Bundesgesetz über das Schweizerische Obligationenrecht
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst (Invalidenversicherung)
RAV	Regionales Arbeitsvermittlungszentrum
RKEL	Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen
RWL	Wegleitung über die Renten der AHV/IV
Rz	Randziffer
s.	siehe
S.	Seite
Tab.	Tabelle
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
usw.	und so weiter
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
WEL	Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV
WKEL	Wegleitung über die Vergütung von KBK bei den EL
z. B.	zum Beispiel
ZAK	Monatsschrift über die AHV, IV, EO und EL, herausgegeben vom BSV
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch
Ziff.	Ziffer

1 Allgemeines

- 1000** Zu beachten sind ebenso die Bestimmungen des ATSG, der ATSV, des ELG, der ELV, des AGELG, des ELR und des RKEL, da diese für die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten verbindlich sind.
- 1001** Die Bestimmungen der Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV des Bundesamtes für Sozialversicherungen sind massgebend. Insbesondere zu beachten sind die Randziffern unter dem Titel „5 Krankheits- und Behinderungskosten“, welche jedoch inhaltlich in die vorliegende Wegleitung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (WKEL) aufgenommen wurden.
- 1002** Für die Anwendung der Bestimmungen des Bundes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ist im Kanton Wallis gemäss Art. 3 AGELG die Ausgleichskasse des Kantons Wallis zuständig. Demnach ist die Kasse auch zuständig für die Ausführung und Anwendung der Bestimmungen über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den EL.
- 1003** In Zusammenarbeit mit den kantonalen und kommunalen Organen sowie mit den in dieser Angelegenheit zuständigen Institutionen, informiert die Kasse die möglichen Anspruchsberechtigten in angemessener Weise.
- 1004** Wo notwendig kann der Kanton Wallis, welcher dabei durch das mit dem Sozialwesen betraute Departement vertreten wird, mit Institutionen, Verbänden usw. Konventionen abschliessen. In Bezug auf die Vergütung von Hilfsmittelkosten handelt der Kanton, wiederum vertreten durch das vorerwähnte Departement, Tarifverträge mit den Leistungserbringern aus (Art. 21 RKEL).

2 Zuständigkeit, Auszahlung und Verfügung

2.1 Zuständigkeit des Kantons Wallis

- 2100** Für die Zuständigkeit der Festsetzung und Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten gelten die gleichen Bestimmungen wie für die Festsetzung und Auszahlung der jährlichen EL. Dazu siehe auch Kap. 1.2 – 1.5 WEL.
- 2101** Zuständig für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten ist der Kanton, in welchem die EL-beziehende Person im Zeitpunkt der Behandlung oder des Kaufes Wohnsitz hatte. Bei ausserkantonalem Heimaufenthalt ist derjenige Kanton zuständig, der im Zeitpunkt der Behandlung oder des Kaufes für die Festsetzung und Auszahlung der jährlichen EL zuständig war.

2.1.1 Wechsel des Wohnsitzkantons

- 2110** Jener Kanton hat die Krankheits- und Behinderungskosten zu vergüten, der im Zeitpunkt der Behandlung oder des Kaufes für die Festsetzung und Auszahlung der jährlichen EL zuständig war.
- 2111** Die im früheren Wohnsitzkanton vergüteten Kosten sind bei Wohnsitzwechsel im Laufe des Kalenderjahres dem Betrag für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten des neuen Wohnsitzkantons anzurechnen. Diese Summe, der von beiden Kantonen für dieses Kalenderjahr vergüteten Kosten, darf den Höchstbetrag gemäss Art. 14 ELG nicht übersteigen (s. Anhang I, Tabelle 1).
- 2112** Gleiches gilt, wenn der frühere Wohnsitzkanton nachträglich noch Kosten vergüten muss. Die solchermassen zurückvergüteten Krankheits- und Behinderungskosten sind dem neuen Wohnsitzkanton zu melden. In diesem Fall sind allfällige vom früheren Wohnsitzkanton rückvergütete Kosten dem Betrag des neuen Wohnsitzkantons anzurechnen.

2.2 Auszahlung

- 2200** Es können grundsätzlich nur durch Rechnungen oder Quittungen ausgewiesene Kosten – seien die Rechnungen bezahlt oder nicht – vergütet werden. Im Prinzip werden die rückvergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten der EL-beziehenden Person selbst vergütet.
- 2201** Sind die rückvergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten vom Gesuchsteller noch nicht bezahlt und von der Kasse noch nicht vergütet worden, so können sie direkt dem Rechnungssteller bzw. der Rechnungsstellerin vergütet werden (Art. 14 Abs. 7 ELG, Art. 23 RKEL). Mit der direkten Auszahlung an den Rechnungssteller und die Rechnungsstellerin ist jedoch zurückhaltend umzugehen.
- 2202** Hat der Kanton mit Berufsgruppen oder Leistungserbringern Konventionen oder Verträge abgeschlossen, die eine direkte Vergütung der Kosten an den Rechnungssteller bzw. die Rechnungsstellerin vorsehen, sind diese Vereinbarungen zu befolgen.
- 2203** Bei Tod der versicherten Person fällt die Vergütung in die Erbmasse. Wurden die Kosten durch eine Fürsorgebehörde bevorschusst oder melden sich keine Rechtsnachfolger, so dass der Nachlass weder amtlich noch konkursamtlich liquidiert wird, so erfolgt die Vergütung direkt an die Rechnungsstelle oder an die bevorschussende Stelle.

- 2204** Steht die Höhe der Krankheits- und Behinderungskosten im Voraus fest und wird deren Rückvergütung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, so kann ein diesbezüglicher Betrag, im Sinne einer Bevorschussung, monatlich überwiesen werden. Dieser Betrag ist in einem erklärenden Brief eindeutig als Bevorschussung zu deklarieren. Eine Vermischung dieser Bevorschussung mit der Berechnung der jährlichen EL ist nicht gestattet. Bei einer solchen Bevorschussung ist darauf zu achten, dass diese Kosten dem Betrag, der höchstens für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zur Verfügung steht (s. Anhang I, Tabelle 1), angerechnet werden. Es ist des Weiteren vorzusehen, dass der jährliche Höchstbetrag nicht überschritten wird, dass die vergüteten Kosten als Krankheits- und Behinderungskosten verbucht werden und dass die Bevorschussung zu keinen Rückforderungen von Leistungen führt.
- 2205** Bei einer Bevorschussung von Krankheits- und Behinderungskosten (z. B. Berücksichtigung eines Betrages für Pflege zu Hause) gemäss Rz 2204 sind die notwendigen Vorkehrungen zu treffen, damit diese Kosten spätestens nach Ablauf des Kalenderjahres definitiv abgerechnet und verbucht werden. Ebenfalls ist zu diesem Zeitpunkt eine abschliessende KBK-Verfügung über diese Kosten zu erlassen, die eine detaillierte Abrechnung über die Bevorschussung enthält.
- 2206** Zivilrechtliche Anordnungen sind zu beachten und auszuführen. Dies können z. B. Anordnungen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden oder von Zivilgerichten sein.

2.2.1 Auszahlung bei nicht getrennt lebenden Ehepaaren

- 2210** Hat nur einer der Ehegatten Anspruch auf eine Rente der AHV oder IV, werden diesem alle vergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten seiner in der Ergänzungsleistungsberechnung berücksichtigten Familienmitglieder ausbezahlt.
- 2211** Wenn beide Ehegatte einen Anspruch auf eine Rente der AHV oder IV haben, werden die vergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten den beiden Ehegatten getrennt ausbezahlt. Die den jeweiligen Ehegatten betreffenden Kosten sind zusammenzurechnen und diesem selbst zu überwiesen.
- 2212** Die Ehegatten können jederzeit gemeinsam schriftlich verlangen, dass die gesamten Krankheits- und Behinderungskosten nur einem von ihnen ungetrennt ausbezahlt werden. Jeder Ehegatte kann jederzeit für die Zukunft die getrennte Auszahlung verlangen. Abweichende zivilrechtliche Anordnungen bleiben vorbehalten.
- 2213** Wenn jeder Ehegatte einen Anspruch auf eine Rente der AHV oder IV hat, werden die Krankheits- und Behinderungskosten von in der Ergänzungsleistungsberechnung berücksichtigten Kindern, demjenigen Ehepartner ausbezahlt, der diese Kosten zur Rückvergütung eingereicht und die entsprechende Rechnung beglichen hat.
- 2214** Volljährige Kinder können die Auszahlung ihrer Krankheits- und Behinderungskosten an sich verlangen, sofern die Eltern diese Kosten nicht bereits dem Rechnungssteller oder der Rechnungsstellerin vergütet haben. Haben die Eltern die vergütbaren Kosten bereits bezahlt, hat die Auszahlung an denjenigen Elternteil zu erfolgen, der die Rechnung beglichen hat.

2.2.2 Auszahlung bei getrennt lebenden Ehegatten

- 2220** Bei getrenntlebenden Ehegatten (vgl. Rz 3141.01 und 3141.02 WEL) wird jedem Ehegatten der Betrag seiner vergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten ausbezahlt. Abweichende zivilrechtliche Anordnungen bleiben vorbehalten.
- 2221** Bei getrennter oder geschiedener Ehe hat die Überweisung von Krankheits- und Behinderungskosten von in der Ergänzungsleistungsberechnung berücksichtigten Kindern dieses Ehepaares, grundsätzlich an dieselbe Person oder Zahlstelle zu erfolgen wie die Kinderrente.
- 2222** Volljährige Kinder können die Auszahlung ihrer Krankheits- und Behinderungskosten an sich verlangen, sofern die Eltern diese Kosten nicht bereits dem Rechnungssteller oder der Rechnungsstellerin vergütet haben. Haben die Eltern die vergütbaren Kosten bereits bezahlt, hat die Auszahlung an denjenigen Elternteil zu erfolgen, der die Rechnung beglichen hat.

2.2.3 Auszahlung an Dritte und Verrechnung mit Forderungen Dritter

- 2230** Für die Drittauszahlung aller Leistungen gemäss dem RKEL ist Artikel 1 ATSV sinngemäss anwendbar. Die massgebenden Regelungen finden sich in Rz 10'030–10'050 RWL.
- 2231** Die von einer privaten oder öffentlichen Fürsorgestelle erbrachten Vorschussleistungen können dieser im Rahmen einer Verrechnung direkt vergütet werden (Art. 22 Abs. 4 ELV)
- 2232** Als Vorschussleistungen, die der bevorschussenden Fürsorgestelle direkt vergütet werden können, gelten Leistungen, die im Rahmen einer von dieser Stelle durchgeführten Bevorschussung von Rückvergütungen von KBK bei den EL gewährt wurden.

2.2.4 Verrechnung von Rückforderungen

(Art. 27 ELV)

- 2240** Zu Unrecht ausgerichtete jährliche EL und KBK werden mit fälligen Vergütungen von KBK verrechnet. Hat somit eine versicherte Person, die mit einer Rückerstattungsverfügung zurückgeforderten Leistungen noch nicht zurückbezahlt oder wird die Rückerstattungsverfügung gleichzeitig wie die Verfügung über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten erlassen, ist der zu vergütende KBK-Betrag mit der Rückerstattungsforderung zu verrechnen und nicht zu überweisen.
- 2241** Für die Verrechnung der vergütbaren KBK mit zurückzuerstattenden EL ist nicht abzuklären, ob der Versicherte über das betriebsrechtliche Existenzminimum verfügt. Da es sich bei den KBK um Sachleistungen (Art. 14 ATSG) und nicht um Geldleistungen (Art. 15 ATSG) handelt, kommt die Vergütung von KBK einer ordinären Nachzahlung von Leistungen gleich und tangiert demnach den laufenden Notbedarf des Versicherten nicht (SVR 2002 EL Nr. 9 S. 22 E. 6).

2.2.5 Rundung der Auszahlungsbeträge

2250 Die Beträge der Krankheits- und Behinderungskosten sind bei Bedarf zu runden. Zuerst werden die jeweiligen vergütbaren Positionen mit dem allfällig gerundeten Betrag erfasst.

2251 Dabei ist folgendermassen zu runden:

Fr. 0.01	auf	Fr. 0.00	Fr. 0.06	auf	Fr. 0.05
Fr. 0.02	auf	Fr. 0.00	Fr. 0.07	auf	Fr. 0.05
Fr. 0.03	auf	Fr. 0.05	Fr. 0.08	auf	Fr. 0.10
Fr. 0.04	auf	Fr. 0.05	Fr. 0.09	auf	Fr. 0.10
Fr. 0.05	auf	Fr. 0.05	Fr. 0.10	auf	Fr. 0.10

2252 Anschliessend werden auf der Basis der erfassten Beträge die Summen, sortiert nach dem Anspruchsjahr und der betroffenen Person, erstellt. Diese Summen werden dann in Franken und Rappen (z. B. 117.55) vergütet.

2.3 Verfügung

2300 Die Rückerstattung der Krankheits- und Behinderungskosten kann separat oder in derselben Verfügung wie die jährliche EL verfügt werden. Wird die Rückerstattung der Krankheits- und Behinderungskosten zusammen mit der jährlichen EL verfügt, müssen diese KBK gesondert ausgewiesen werden und dürfen nicht bei den Ausgaben der jährlichen EL aufgeführt werden (RZ 5400.01 WEL).

2301 Grundsätzlich ist immer eine Verfügung zu erlassen. Wird jedoch bei der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten auf eine Verfügung verzichtet, ist die Person auf ihr Recht aufmerksam zu machen, eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen.

2302 Die Verfügung ist dem Bezüger oder dem Dritten zuzustellen, welcher das Gesuch eingereicht hat. Stimmt dieser mit der EL-berechtigten oder EL-auslösenden Person nicht überein, so ist die Verfügung auch letzterer zuzustellen und abzuklären, ob die gesuchstellende Person die Bedingungen zum Erhalt der Verfügung erfüllt (z.B. Vollmacht).

2303 Wird die Vergütung der KBK nicht an die anmeldeberechtigte oder EL-auslösende Person ausbezahlt (z. B. Kind, das beim getrennt lebenden Elternteil lebt), ist der Person oder Behörde, an welche die EL ausgerichtet wird oder würde, eine Kopie der Verfügung zuzustellen.

2304 Zivilrechtliche Anordnungen sind zu beachten und auszuführen. Dies können z. B. Anordnungen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden oder von Zivilgerichten sein.

2.3.1 Verfügung bei nicht getrennt lebenden Ehepaaren

2310 Hat nur einer der Ehegatten Anspruch auf eine Rente der AHV oder IV, erlässt die Kasse für diese Person eine Verfügung über alle vergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten seiner in der Ergänzungsleistungsberechnung berücksichtigten Familienmitglieder.

2311 Haben beide Ehegatten Anspruch auf eine Rente der AHV oder IV, erhält jeder Ehegatte eine Verfügung über die ihn betreffenden Krankheits- und Behinderungskosten.

2312 Die Ehegatten können jederzeit gemeinsam schriftlich verlangen, dass die gesamten Krankheits- und Behinderungskosten nur einem von ihnen verfügt werden. Jeder Ehegatte kann jederzeit für die Zukunft die getrennte Verfügung verlangen.

2313 Wenn jeder Ehegatte einen Anspruch auf eine Rente der AHV oder IV hat, werden die Krankheits- und Behinderungskosten von in der Ergänzungsleistungsberechnung berücksichtigten Kindern, demjenigen Ehepartner verfügt, der diese Kosten zur Rückvergütung eingereicht hat.

2.3.2 Verfügung bei getrennt lebenden Ehepaaren

2320 Bei getrenntlebenden Ehegatten (vgl. Rz 3141.01 und 3141.02 WEL) wird jedem Ehegatten selbst der Betrag seiner vergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten verfügt.

2321 Bei getrennter oder geschiedener Ehe wird die Verfügung über die Krankheits- und Behinderungskosten von Kindern dieses Ehepaares, grundsätzlich für dieselbe Person erlassen, in deren EL-Berechnung diese Kinder berücksichtigt wurden.

3 Anspruch und Festlegung

3.1 Allgemeine Voraussetzungen

(Art. 1 RKEL)

- 3100** Ausgewiesene Krankheits- und Behinderungskosten für Zahnarzt; Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen; Diät; ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren; Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle; Hilfsmittel und die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG werden bis zur Höhe der Kosten einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Ausführung und Behandlung vergütet, sofern die in der vorliegenden Wegleitung beschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind.
- 3101** Die Kasse kann die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit überprüfen lassen.
- 3102** Die im Rahmen der obligatorischen Sozialversicherungen gewährten Leistungen gelten als wirtschaftlich und zweckmässig (Art. 7 Abs. 3 AGELG).
- 3103** Es können grundsätzlich nur durch Rechnungen oder Quittungen ausgewiesene Kosten – seien die Rechnungen bezahlt oder nicht – vergütet werden.
- 3104** Bei der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten handelt es sich um eine Rückvergütung der Kosten.
- 3105** Bei der Berechnung des vergütbaren Betrages wird auf den effektiven in Rechnung gestellten Betrag für die erbrachten Leistungen abgestellt. Allfällige mit der behandelten Rechnung zusammenhängende Gebühren wie Mahnspesen, Verzugszinsen usw. werden weder berücksichtigt noch vergütet. Die betroffene Person hat im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht solche zusätzlichen Kosten zu vermeiden oder dann selbst zu tragen.
- 3106** Anspruch auf Vergütung der Kosten nach Artikel 14 ELG besteht nur, soweit nicht andere Versicherungen oder Institutionen für diese Kosten aufkommen. Der Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, der IV, der Unfall- oder der Militärversicherung gilt nicht als Kostenvergütung einer anderen Versicherung (Art. 5 Abs. 1 RKEL).

3.1.1 Der anspruchsberechtigten Person selbst erwachsene Kosten

- 3110** Die Krankheits- und Behinderungskosten müssen der EL-beziehenden Person oder den in die Berechnung der jährlichen EL einbezogenen Familienangehörigen selber erwachsen sein. Krankheits- und Behinderungskosten von Familienangehörigen, die in die Berechnung der jährlichen EL nicht einbezogen werden, bleiben unberücksichtigt.
- 3111** Beispiel:
Die EL-Berechnung ohne die Berücksichtigung eines Kindes ist günstiger. Für das nicht berücksichtigte Kind dürfen in diesem Fall keine KBK vergütet werden. Sollte jedoch im beschriebenen Fall der Gesamtbetrag, d. h. die EL-Berechnung mit diesem Kind zusammen mit der Anrechnung der KBK dieses Kindes, für den EL-Bezüger günstiger sein, kann eine Vergütung erfolgen. In diesen Ausnahmefällen ist die gesamte Situation bezüglich der EL und der KBK dieses Falles neu zu überprüfen und anzupassen.
- 3112** Von Dritten infolge einer Rechtspflicht – wie z. B. Krankenversicherungsleistung (ZAK 1986 S. 247), Leistungen der UV, Leistungen anderer Versicherungen, Verpfändungsvertrag, Unterhaltspflicht usw. – übernommene oder zu bezahlende Kosten können nicht vergütet werden, es sei denn, es werde der Nachweis erbracht, dass die pflichtige

Person (z. B. der Pfrundgeber) die geschuldete Leistung nicht zu erbringen vermag oder ihr diese nicht zumutbar ist.

3113 Die von Fürsorgebehörden und gemeinnützigen Institutionen bevorschussten oder von Verwandten und Bekannten ohne Rechtspflicht bezahlten Krankheits- und Behinderungskosten, sind zu vergüten, sofern die Bedingungen bezüglich der Rückvergütung dieser Kosten erfüllt sind.

3114 Mitgliedern einer religiösen Gemeinschaft (vgl. Rz 5210.03 und 3531.01 WEL) können keine Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden.

3.1.2 In der Schweiz entstandene Kosten

(Art. 7 RKEL)

3120 Die Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten müssen grundsätzlich in der Schweiz entstanden sein.

3121 Im Ausland entstandene Kosten sind nur zu berücksichtigen, wenn sie während eines Auslandsaufenthaltes notwendig wurden oder wenn die medizinisch angezeigten Massnahmen nur im Ausland durchgeführt werden konnten. Der Nachweis, dass die beiden vorerwähnten Bedingungen erfüllt sind, obliegt dem Gesuchsteller.

3122 Wurden die im Ausland ausgestellten Rechnungen nicht in einer der Landessprachen des Kantons Wallis (Deutsch oder Französisch) erstellt, sind die Originalrechnungen zusammen mit einer beglaubigten Übersetzung bei der Kasse einzureichen. Die Kosten für die Übersetzung sind vom Gesuchsteller selbst zu tragen und können nicht vergütet werden.

3123 Für Badekuren und Rekonvaleszenzaufenthalte im Ausland können dagegen keine Kosten vergütet werden.

3124 Wird das nicht leihweise abzugebende Hilfsmittel im Ausland angeschafft, so ist der in der Schweiz hierfür vorgesehene Preis massgebend, sofern dieser offensichtlich niedriger ist.

3.1.3 Einreichungsfrist

(Art. 15 Bst. a ELG)

3130 Krankheits- und Behinderungskosten können nur vergütet werden, wenn sie innert 15 Monaten seit der Rechnungsstellung – oder seit der Kenntnis der Rechnungsstellung (ZAK 1974 S. 54) – bei der Kasse geltend gemacht werden.

3131 Findet eine Kostenabrechnung über die Krankenkasse (Art. 8 RKEL) statt, beginnt die Einreichungsfrist ab dem Zeitpunkt zu laufen, in dem die EL-beziehende Person die Krankenkassenabrechnung erhalten hat.

3132 Diese Einreichungsfrist gilt auch für Personen ohne Anspruch auf eine jährliche EL, welche nur die Krankheits- und Behinderungskosten vergütet erhalten, die ihren Einnahmenüberschuss übersteigen (vgl. Rz 3206).

3133 In Fällen einer Nachzahlung der jährlichen EL nach Rz 4310.01 WEL beginnt die Frist von 15 Monaten vom Zeitpunkt an zu laufen, in dem die versicherte Person die EL-Verfügung erhalten hat (Rz 5250.04 WEL).

Die betroffene Person hat somit ab Erhalt der rückwirkenden EL-Verfügung 15 Monate Zeit, die Krankheits- und Behinderungskosten für die Periode seit dem Anspruchsbeginn auf die jährliche EL - gemäss der erwähnten rückwirkenden EL-Verfügung - bis zum Datum der Geltendmachung der KBK einzureichen.

3134 Beispiel:

Am 1.5.2016 IV-Rentenmeldung
Am 1.10.2017 IV-Rentenverfügung mit Anspruchsbeginn der IV-Rente per 1.11.2016
Am 1.2.2018 EL-Anmeldung
Am 1.4.2018 EL-Verfügung mit Anspruchsbeginn der jährlichen EL per 1.11.2016 gemäss Art. 22 Abs. 1 ELV (Rz 4310.01 WEL)
Am 1.8.2018 Einreichung der KBK zur Rückerstattung (Rechnungen der Jahre 2016, 2017 und 2018)

Ab dem 1.11.2016 sind die Voraussetzungen nach Art. 4 – 6 ELG erfüllt (Rz 3140). Die Rechnungen wurden innert 15 Monaten nach Erhalt der EL-Verfügung eingereicht (Rz 3133). Unter diesen Voraussetzungen werden alle KBK-Rechnungen für Behandlungen und Käufe ab dem 1.11.2016 für die Rückvergütung berücksichtigt.

3135 Krankheits- und Behinderungskosten einer verstorbenen Person, welche in die Berechnung der jährlichen EL einbezogen war, sind nur dann zu vergüten, wenn die Rechtsnachfolger innert 12 Monaten nach dem Tod der berechtigten Person die Rückvergütung der fraglichen Kosten beantragen (Art. 6 RKEL) und die Frist nach Rz 3130 eingehalten wurde.

3.1.4 Weitere Voraussetzungen

3140 Krankheits- und Behinderungskosten können nur vergütet werden (Art. 15 Bst. b ELG), wenn Behandlung oder Kauf in einem Zeitpunkt erfolgten,
– in dem die EL-berechtigte Person Anspruch auf eine AHV/IV-Rente, nach vollendetem 18. Altersjahr auf eine IV-Hilflosenentschädigung oder auf ein IV-Taggeld (im Sinne von Rz 2210.01 und 2210.02 WEL) hatte oder ein Fall nach Rz 2230.01 oder 2230.02 WEL (kein Rentenanspruch wegen fehlender Mindestbeitragsdauer) vorlag;
– in dem die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen nach Kapitel 2.3 und 2.4 WEL erfüllt sind.

3.2 Höchstbetrag der Vergütung

3200 Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten ist beschränkt. Pro Kalenderjahr können zusätzlich zur jährlichen EL höchstens die Beträge nach Art. 14 Abs. 3 Bst. a und b ELG vergütet werden (s. Anhang I, Tabelle 1).

3201 Für zu Hause wohnende Personen mit einer Hilflosenentschädigung der IV oder der UV für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit erhöhen sich die Beträge nach Rz 3200 gestützt auf Art. 14 Abs. 4 ELG und Artikel 19b ELV (s. Anhang I, Tabelle 2).

3202 Die Erhöhung nach Rz 3201 gilt auch beim Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, wenn vorher eine Hilflosenentschädigung der IV für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit bezogen wurde (Art. 14 Abs. 5 ELG).

3203 Eine Erhöhung nach Rz 3201 ist vorzunehmen, wenn einerseits die ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten höher sind als die Hilflosenentschädigung zusammen mit dem Assistenzbeitrag der AHV oder der IV, und andererseits die Beträge nach Art. 14 Abs. 3 Bst. a Ziff. 1 und 2 ELG vor Abzug der Hilflosenentschädigung und des Assistenzbeitrages nicht ausreichen, um sämtliche Krankheits- und Behinderungskosten zu vergüten (für Beispiele s. Anhang III und AHI 2003 402f). Der erhöhte Betrag steht nur für die Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten nach den Art. 14 bis 16 RKEL zur Verfügung.

3204 Ausländische Staatsangehörige, die nicht der Verordnung (EWG) Nr. 883/04 unterstellt sind, jedoch gestützt auf ein Sozialversicherungsabkommen Anspruch auf eine ausserordentliche Rente der AHV/IV hätten (vgl. Rz 2420.02 WEL), haben, ohne dass sie die in Art. 5 Abs. 1 ELG festgelegte Karenzfrist erfüllen, dennoch Anspruch auf eine EL, sofern sie sich

- im Falle einer Hinterlassenenrente oder eine diese ablösende Altersrente (bzw. IV-Rente) während mindestens 5 voller Jahre,
- im Falle einer IV-Rente während mindestens 5 voller Jahre

ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben. In diesen Fällen dürfen die rückvergüteten jährlichen Krankheits- und Behinderungskosten zusammen mit der jährlichen EL und der jährlichen AHV- oder IV-Rente nicht mehr als der Mindestbetrag der zutreffenden jährlichen ordentlichen Vollrente betragen.

Die Vergütung berechnet sich nach der Formel:

$$\text{Jährl. Mindestbetrag Vollrente} - \text{Jährl. EL} - \text{Jährl. Rente} = \text{Jährl. vergütbare KBK}$$

3205 Beispiel:

<i>KBK:</i>	<i>Fr. 2000.-</i>	
<i>Jährliche EL:</i>	<i>Fr. 6000.-</i>	
<i>Jährliche IV-Rente:</i>	<i>Fr. 7500.-</i>	
<i>Jährlicher Mindestbetrag Vollrente:</i>	<i>Fr. 14220.-</i>	<i>(= Stand Jahr 2019)</i>

$$\text{Fr. 14220.-} - \text{Fr. 6000.-} - \text{Fr. 7500.-} = \text{Fr. 720.-}$$

Dem Gesuchsteller dürfen bis zur Erfüllung der Karenzfrist (Art. 5 Abs. 1 ELG) für dieses Kalenderjahr nur Fr. 720.- für seine eingereichten KBK zurückvergütet werden. Die restlichen von ihm zur Rückvergütung eingereichten Kosten (Fr. 1280.-) dürfen im Rahmen der EL und KBK nicht vergütet werden.

3206 Besteht infolge eines Einnahmenüberschusses (anrechenbare Einnahmen höher als anerkannte Ausgaben) kein Anspruch auf eine jährliche EL und kein Anspruch auf die Subventionierung der Krankenversicherungsprämie im Rahmen der EL, wird die Vergütung der Krankheitskosten aufgrund der Differenz zwischen dem Einnahmenüberschuss abzüglich des Pauschalbetrages für die obligatorische Krankenversicherung (Art. 10 Abs. 3 Bst. d ELG) und den Krankheitskosten festgestellt.

Da im Kanton Wallis der Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenversicherung nicht in die Berechnung der jährlichen EL integriert wird, muss dieser bei der KBK-Berechnung berücksichtigt werden, sobald keine jährliche EL ausgerichtet wird und keine Subventionierung der Krankenversicherungsprämie im Rahmen der EL zugesprochen werden kann. Durch die Anrechnung des Pauschalbetrages kann die Mindesthöhe der jährlichen EL (Art. 26 ELV) garantiert werden.

3206.01 Die Vergütung berechnet sich nach der Formel gemäss Art. 14 Abs. 6 ELG zuzüglich der Anpassung für den Kanton Wallis und lautet demzufolge:

$$\begin{aligned} & \text{Ausgewiesene Krankheits- und Behinderungskosten} \\ & - \text{Einnahmenüberschuss} \\ & + \text{Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenversicherung} \\ & = \text{Vergütbare Krankheits- und Behinderungskosten} \end{aligned}$$

Der Höchstbetrag für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (vgl. Rz 3200 ff.) darf dabei nicht überschritten werden.

3206.02 Beispiel:

KBK:	Fr. 10000.-
Einnahmenüberschuss:	- Fr. 6000.-
Pauschalbetrag oblig. KV-Prämie:	+ Fr. 4000.-
Vergütbare KBK:	= Fr. 8000.-

3207 Besteht infolge eines Einnahmenüberschusses (anrechenbare Einnahmen höher als anerkannte Ausgaben) kein Anspruch auf eine jährliche EL jedoch Anspruch auf die Subventionierung der Krankenversicherungsprämie im Rahmen der EL, erfolgt die Vergütung der Krankheitskosten wie bei EL-Bezüglern.

3208 Im Betrag laut Rz 3200 sind die rückvergütbaren Kosten für Hilfsmittel, wie sie unter dem Titel „5 Abgabe oder Finanzierung von Hilfsmitteln, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte“ erwähnt sind, inbegriffen.

3209 Um den Verbleib zu Hause zu fördern, können die Kosten für Haushilfe und –pflege sowie für einfache und zweckmässige Hilfsmittel und –geräte, die im Anhang 2 RKEL aufgelistet sind, zurückerstattet werden. Die Rückerstattung darf pro Kalenderjahr insgesamt maximal bis zum Betrag von 35 Prozent des Betrages für den allgemeinen Lebensbedarf für Alleinstehende gemäss Artikel 10 Absatz 1 Buchstabe a ELG erfolgen (Art. 22 RKEL). Der so berechnete Höchstbetrag ist auf den nächsten Franken aufzurunden.

3.2.1 Änderung der Personengemeinschaft

3210 Bei Änderung der Personengemeinschaft innerhalb des Jahres (Tod eines Ehepartners, usw.) wird auf Grund der neuen Situation der neu massgebende Höchstbetrag festgelegt.

Beispiel:

Bei einem Ehepaar, bei dem beide Ehegatten zu Hause leben, stirbt der eine Ehegatte am 15. April.

– Höchstbetrag für Januar bis April: Fr. 50000.-

– Höchstbetrag ab Mai: Fr. 25000.-

3211 In der früheren EL-Berechnung vergütete Krankheits- und Behinderungskosten beeinflussen den neuen Höchstbetrag nicht. Später eingereichte Kosten für Behandlungen im Zeitraum vor der Änderung, werden dem vorgängigen Höchstbetrag belastet.

3212 Begründet die aus der EL-Berechnung ausscheidende Person einen eigenen EL-Anspruch (geschiedene Frau, IV-Rentner usw.), so wird deren Höchstbetrag auf Grund der neuen Situation festgelegt. In der früheren EL-Berechnung vergütete Krankheits- und Behinderungskosten beeinflussen den neuen Höchstbetrag nicht.

3.2.2 Heimeintritt oder -austritt im Laufe des Kalenderjahres

3220 Bei einem Heimeintritt oder -austritt während des Jahres gilt Rz 3210 sinngemäss.

3221 Beispiele:

Alleinstehende Person tritt am 1. April in ein Heim ein

– Höchstbetrag für Januar bis März: Fr. 25000.-

– Höchstbetrag für April bis Dezember: Fr. 6000.-

Alleinstehende Person tritt am 20. Januar in ein Heim ein

– Höchstbetrag für Januar: Fr. 25000.-

– Höchstbetrag für Februar bis Dezember: Fr. 6000.-

Alleinstehende Person tritt am 10. Dezember aus dem Heim aus

– Höchstbetrag für Januar bis November: Fr. 6000.-

– Höchstbetrag für Dezember: Fr. 25000.-

Bei einem Ehepaar, bei dem beide Ehegatten zu Hause leben, tritt am 1. April ein Ehegatte in ein Pflegeheim ein

– Höchstbetrag für Januar bis März: Fr. 50000.-

– Höchstbetrag für April bis Dezember:

• beim Ehegatten zu Hause: Fr. 25000.-

• beim Ehegatten im Heim: Fr. 6000.-

3.2.3 Keine Begrenzung nach monatlicher Anspruchsdauer

3230 Besteht wegen Beginn der Rentenberechtigung, Erfüllung der Karenzfrist bei Ausländerinnen und Ausländern, Wohnsitzwechsel ins Ausland oder Wegfall der jährlichen EL grundsätzlich Anspruch auf EL nur für einen Teil des Jahres, darf gleichwohl der Höchstbetrag nach Rz 3200 ausgerichtet werden.

3.3 Zeitlich massgebende Kosten

(Art. 3 RKEL)

3300 Ausgewiesene Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden für das Kalenderjahr vergütet, in dem die Behandlung vorgenommen oder der Kauf getätigt wurde. Diese Regelung gilt sinngemäss auch für die Kosten eines vorübergehenden Heimaufenthaltes.

3301 In der Regel ist bei einem Kauf auf das Datum der Rechnungsstellung abzustellen.

3.4 Anspruch bei Wegfall der jährlichen EL oder Wohnsitzverlegung

(Art. 3 RKEL)

3400 Fällt eine laufende jährliche EL weg (Einnahmenüberschuss, Abreise ins Ausland, Wegfall des Rentenanspruchs usw.), können Krankheits- und Behinderungskosten nachträglich vergütet werden, sofern die Behandlung bzw. der Kauf in einem Zeitpunkt erfolgte, als noch ein Anspruch auf eine jährliche EL bestand.

3401 Wenn bei einer Wohnsitzverlegung der anspruchsberechtigten Person der alte und der neue Wohnsitzkanton für die zeitlich massgebenden Kosten voneinander abweichende Kriterien anwenden, ist das Kalenderjahr massgebend, in dem die Behandlung vorgenommen oder der Kauf getätigt wurde.

3.5 Berücksichtigung der Hilflosenentschädigung der AHV, IV und UV (Art. 5 RKEL)

- 3500** Die Hilflosenentschädigung der IV oder der UV für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit wird für zu Hause wohnende Personen von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten, nicht jedoch von den Haushilfekosten, abgezogen, wenn
- die ausgewiesenen Kosten höher sind als die Hilflosenentschädigung und
 - der Betrag nach Art. 14 Abs. 3 Bst. a Ziff. 1 und 2 ELG (s. Anhang I, Tabelle 1) vor dem Abzug der Hilflosenentschädigung nicht ausreicht, um sämtliche Krankheits- und Behinderungskosten zu vergüten.
- 3501** In diesen Fällen darf die Hilflosenentschädigung nur soweit abgezogen werden, als der gesamte vergütbare Betrag von Fr. 25000.- bzw. Fr. 50000.- nicht unterschritten wird.
- 3502** Eine Unterschreitung dieser Beträge ist jedoch möglich, wenn eine andere Versicherung die Pflege- und Betreuungskosten teilweise oder ganz übernimmt.
- Beispiel:
Pflege- und Betreuungskosten = Fr. 30000.-; die Krankenversicherung zahlt daran Fr. 10000.-. Die ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten sind höher als die Hilflosenentschädigung und die Fr. 25000.- reichen zur Kostendeckung nicht aus. Grundsätzlich gäbe es eine Erhöhung mit Mindestgarantie. Da sich die Krankenkasse an den Kosten beteiligt, entstanden dem EL-Bezüger effektiv ungedeckte Pflege- und Betreuungskosten von Fr. 20000.-. Nur dieser Betrag wird vergütet.
- 3503** Hat die Krankenversicherung für ihre Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten für zu Hause wohnende Personen die Hilflosenentschädigung der IV oder UV angerechnet, so wird die Hilflosenentschädigung im Umfang der Anrechnung nicht von den ausgewiesenen Kosten abgezogen.
- 3504** Der erhöhte Betrag nach Rz 3201 steht nur bei der Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten nach den Art. 14 bis 16 RKEL zur Verfügung. Nur bei diesen Kosten wird die Hilflosenentschädigung abgezogen, nicht jedoch bei den Kosten von Behinderten in Tagesstrukturen nach Art. 17 RKEL.
- 3505** Für Beispiele s. Anhang III und AHI 2003 402f.
- 3507** Die Rz 3500 bis 3505 finden auch Anwendung beim Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, wenn unmittelbar vorher eine Hilflosenentschädigung der IV für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit bezogen wurde.

3.6 Berücksichtigung des Assistenzbeitrages der AHV oder der IV (Art. 5a RKEL)

- 3600** Der Assistenzbeitrag der AHV oder der IV wird von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten abgezogen, wenn
- die zu pflegende Person zu Hause lebt und eine Hilflosenentschädigung der IV oder UV mittleren oder schweren Grades bezieht;
 - die ausgewiesenen Kosten höher sind als die Summe von der Hilflosenentschädigung und dem Assistenzbeitrag;
 - der Betrag nach Art. 14 Abs. 3 Bst. a Ziff. 1 und 2 ELG (s. Anhang I, Tabelle 1) vor dem Abzug der Hilflosenentschädigung nicht ausreicht, um sämtliche Krankheits- und Behinderungskosten zu vergüten.

- 3601** In diesen Fällen darf der Assistenzbeitrag nur soweit abgezogen werden, als der Betrag von Fr. 25000.- bzw. Fr. 50000.- nicht unterschritten wird.
- 3602** Eine Unterschreitung dieser Beträge ist jedoch möglich, wenn eine andere Versicherung die Pflege- und Betreuungskosten teilweise oder ganz übernimmt.
- Beispiel:
Pflege- und Betreuungskosten = Fr. 30000.-; die Krankenversicherung zahlt daran Fr. 10000.-. Die ausgewiesenen Kosten sind höher als die Summe von der Hilflosenentschädigung und dem Assistenzbeitrag; die Fr. 25000.- reichen nicht zur Deckung. Grundsätzlich gäbe es eine Erhöhung mit Mindestgarantie. Jedoch entstanden nur ungedeckte Pflege- und Betreuungskosten von Fr. 20000.-. Nur dieser Betrag wird vergütet.
- 3603** Der erhöhte Betrag nach Rz 3201 steht nur bei der Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten nach den Art. 14 bis 16 RKEL zur Verfügung. Nur bei diesen Kosten wird der Assistenzbeitrag abgezogen, nicht jedoch bei den Kosten von Behinderten in Tagesstrukturen nach Art. 17 RKEL.
- 3604** Für Beispiele s. Anhang III und AHI 2003 402f. Diese Beispiele wurden in Bezug auf die Hilflosenentschädigung erstellt. Sie sind jedoch sinngemäss auch für den Assistenzbeitrag gültig.
- 3605** Die Rz 3600 bis 3604 finden auch Anwendung beim Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, wenn vorher eine Hilflosenentschädigung der IV für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit bezogen wurde.
- 3606** Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf den Bezug eines Assistenzbeitrages nicht geltend oder verzichtet sie auf eine andere Weise auf den Bezug des Assistenzbeitrages, werden für die Berechnung der Rückvergütung nur Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause berücksichtigt, die nicht über den Assistenzbeitrag hätten entschädigt werden könnten (Art. 5a Abs. 2 RKEL)
- 3607** Weil in Anwendung von Rz 3606 die relevanten Kosten bezüglich des Assistenzbeitrages von den Kosten für Hilfe im Haushalt sowie für ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten abgezogen wurden, erübrigt sich eine hypothetische Berücksichtigung des Assistenzbeitrages.
- 3608** Hat eine Person, im Sinne von Rz 3606 auf den Bezug eines Assistenzbeitrages verzichtet, sind in Zusammenarbeit mit der IV-Stelle, die abziehenden Kosten festzustellen. Die Kosten, die ein Assistenzbeitrag gedeckt hätte, sind im Einzelnen zu erfassen. D. h., die ausgeführte Tätigkeit ist zu beschreiben und der dafür eingesetzte Kostenbetrag ist zu definieren.
- 3609** Von der Vergütung für Kosten für Hilfe und Betreuung im Haushalt (Haushilfe, Familienhilfe usw.) werden jene Kosten ausgeschlossen, die durch den Assistenzbeitrag bereits gedeckt sind. Um diese Kosten aussortieren zu können, sind die Akten der IV-Stelle zu konsultieren.
- 3610** Hat eine Person, im Sinne von Rz 3606 auf den Bezug eines Assistenzbeitrages verzichtet, sind in Zusammenarbeit mit der IV-Stelle, die von den Kosten für Hilfe und Betreuung im Haushalt abzuziehenden Kosten festzustellen. Die Kosten, die ein Assistenzbeitrag gedeckt hätte, sind im Einzelnen zu erfassen. D. h., die ausgeführte Tätigkeit ist zu beschreiben und der dafür eingesetzte Kostenbetrag ist zu definieren.

3.7 Anspruch auf jährliche EL

3700 Wird bei der Geltendmachung der Krankheits- und Behinderungskosten festgestellt, dass Anspruch auf eine jährliche EL besteht, so ist die jährliche EL ab dem Monat auszurichten, in dem die Krankheits- und Behinderungskosten geltend gemacht wurden. Um die Ausrichtung der jährlichen EL zu gewährleisten, sind die dazu nötigen Schritte von der Kasse unverzüglich nach Kenntnisnahme dieses Umstandes einzuleiten.

4 Besondere Bestimmungen für die einzelnen Kostenarten

4.1 Kostenbeteiligung

- 4100** Die Kostenbeteiligungen nach Art. 64 KVG und nach Art. 38a KLV an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 24 KVG übernimmt (Art. 8 RKEL) werden vergütet.
- 4101** Die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).
- 4102** Gemäss Art. 38a KLV beträgt für Arzneimittel, deren Fabrikabgabepreis den Durchschnitt der Fabrikabgabepreise des günstigsten Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste um mindestens 10 Prozent übersteigt, der Selbstbehalt 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten. Dieser erhöhte Selbstbehalt wird wie der Selbstbehalt gemäss Art. 64 KVG berücksichtigt.
- 4103** Die Franchise nach Art. 64 Abs. 2 Bst. a KVG beträgt Fr. 300.- für Erwachsene und junge Erwachsene je Kalenderjahr. Für Kinder wird laut Art. 64 Abs. 4 KVG keine Franchise erhoben.
Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts nach Art. 64 Abs. 2 Bst. b KVG beläuft sich auf Fr. 700.- für Erwachsene und junge Erwachsene sowie Fr. 350.- für Kinder.
- 4104** Auch wenn eine Krankenversicherung mit höherer Franchise nach Art. 93 KVV gewählt wurde, wird nur eine Kostenbeteiligung für Erwachsene und junge Erwachsene von höchstens Fr. 1000.- pro Jahr vergütet. Für Kinder darf nur der Selbstbehalt bis Fr. 350.- pro Jahr vergütet werden. Sollte für die Kinder eine Franchise gewählt worden sein, darf diese nicht zurückvergütet werden.
- 4105** Jedem EL-beziehenden Erwachsenen und jungen Erwachsenen kann pro Kalenderjahr höchstens eine Kostenbeteiligung von Fr. 1000.- vergütet werden; jedem Kind höchstens Fr. 350.- pro Kalenderjahr. Dabei ist dem Art. 64 Abs. 4 KVG besondere Beachtung zu schenken. (Art. 9 RKEL).
Es ist unerheblich, wie die Summe zusammengesetzt ist. Hat beispielsweise jemand eine Franchise von Fr. 300.- gewählt und 325.- Selbstbehaltskosten zu zahlen, so werden Fr. 625.- vergütet. Hat eine Person eine Franchise von Fr. 500.- gewählt und Fr. 700.- für die Selbstbehalte zu zahlen, so sind Fr. 1000.- zu vergüten.
- 4106** Wenn EL-Bezüger/innen an die Kosten des Aufenthaltes im Spital einen Beitrag nach Art. 64 Abs. 5 KVG zu leisten haben, kann von diesem Betrag nur der Teil berücksichtigt werden, welcher den Betrag für volle Verpflegung nach den in der AHV geltenden Ansätzen (s. Anhang II, Tabelle 1) übersteigt. Da dieser Betrag für volle Verpflegung höher ist als der nach KVG fakturierte Beitrag, entfällt eine Vergütung.
- 4107** Werden Leistungen aus Zusatzversicherungen erbracht (z. B. 50 Prozent an nicht-pflichtige Medikamente), können die Restkosten grundsätzlich nicht von der EL vergütet werden.
Davon ausgenommen sind Restkosten bei Zahnbehandlungen (Kap. 4.3, Rz 4300 ff.), SPITEX-Leistungen (Kap. 4.9, Rz 4910 ff.), Badekuren (Kap. 4.7.5, Rz 4750 ff.), Erholungskuren (Kap. 4.7.4, Rz 4740 ff.), Transporten (Kap. 4.8, Rz 4810 ff.) und Hilfsmitteln (Kap. 5, Rz 5100 ff.), wenn die entsprechenden Voraussetzungen für eine Vergütung erfüllt sind.

4108 Die Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen übernimmt, sind in den Art. 25 bis 31 KVG aufgeführt.

4109 Wer als Leistungserbringer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist, wird in den Art. 35 bis 40 KVG und den Art. 38 bis 58 KVV geregelt.

4.2 Kosten für Ärzte und Ärztinnen

4200 Kosten für Ärzte und Ärztinnen können grundsätzlich berücksichtigt werden, wenn der Krankenversicherer 90 Prozent der Kosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung trägt oder den entsprechenden Betrag der Franchise anrechnet (vgl. Rz 4100). Vorbehalten bleiben Fälle nach Rz 3121 ff.

4.3 Kosten für Zahnbehandlung

(Art. 10 RKEL)

4300 Es werden grundsätzlich nur Kosten für eidgenössisch diplomierte Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie für Zahnärzte und Zahnärztinnen, die eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung erhalten haben, berücksichtigt. Vorbehalten bleiben Fälle nach Rz 3121 ff.

4301 Kosten für Zahnärzte und Zahnärztinnen mit ausländischem Diplom werden nur anerkannt, wenn diese zur selbständigen Ausübung ihres Berufes vom betreffenden Kanton eine Bewilligung erhalten haben. Vorbehalten bleiben Fälle nach Rz 3121 ff.

4302 Zahnbehandlungskosten (Zahnarztkosten, Kosten für zahntechnische Arbeiten, Material, Medikamente) sind im Rahmen der EL grundsätzlich nur soweit zu berücksichtigen, als sie medizinisch notwendig sind und einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Behandlung und Ausführung entsprechen. Kosten für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) werden nur berücksichtigt, wenn dieser entweder durch einen Zahnarzt eingegliedert wird oder dies durch einen Zahntechniker (durch diesen jedoch nur Voll- oder Teilprothesen, keine Kronen und Brücken) erfolgt, der zur selbständigen Berufsausübung befugt ist.

4303 Für die Begutachtung der Rechnungen und der Honorare der behandelnden Zahnärzte sowie der eingereichten Kostenvorschläge ernennt die Kasse Vertrauenszahnärzte.

4304 Die Kasse erstellt in Zusammenarbeit mit ihren Vertrauenszahnärzten Richtlinien bezüglich der Übernahme von Zahnbehandlungskosten im Rahmen der EL. Diese Richtlinien werden den behandelnden Zahnärzten und interessierten Personen auf geeignete Weise zur Verfügung gestellt. Beispielsweise als Download auf der Website der Kasse.

4305 Für die Vergütung von Zahnbehandlungskosten sind die Tarife der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und über die Vergütung der zahntechnischen Arbeiten massgebend.

4306 Für alle Zahnbehandlungskosten ist obligatorisch ein Kostenvorschlag zur Genehmigung durch die Kasse einzureichen. Von dieser Regelung sind Zahnbehandlungen unter Fr. 500.-, prophylaktische Behandlungen im Sinne der Richtlinien (Rz 4304) sowie Notfallbehandlungen ausgenommen. Werden auch Laborkosten anfallen, ist ebenfalls für diese Kosten ein detaillierter Kostenvorschlag des zahntechnischen Labors einzureichen.

- 4307** Die Kostenvoranschläge des Zahnarztes und des zahntechnischen Labors sind entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen. Sie müssen die Zahnnummer, die Tarifiziffer, die Menge, die Behandlungsart (Klartext zur Tarifiziffer), die Anzahl Taxpunkte und den Taxpunktwert enthalten. Für die Erstellung des Kostenvoranschlages ist das von der Kasse dafür vorgesehene „Formular betreffend zahnärztliche Arbeiten“ zu verwenden.
- 4308** Die Situation vor Beginn der Behandlung (Zahnappell und Zustand der Zähne) muss ersichtlich sein und welche Behandlung geplant ist. Die geplante Behandlung muss für den Vertrauenszahnarzt aus den Unterlagen im Detail nachvollziehbar sein. Die zur Beurteilung des Kostenvoranschlages notwendigen Röntgenaufnahmen sind diesem beizulegen. Studienmodelle sind bei prothetischem Ersatz auf Wunsch des Vertrauenszahnarztes, der Parodontalstatus, wenn vorhanden, einzureichen.
- 4309** Nach Erhalt des Kostenvoranschlages für die Zahnbehandlung unterbreitet die Kasse, wenn nötig, den Kostenvoranschlag dem Vertrauenszahnarzt zur Stellungnahme. Der Vertrauenszahnarzt überprüft die Akten und übermittelt seinen Entscheid der EL-Stelle.
- 4310** Um sein Gutachten zu begründen, kann der Vertrauenszahnarzt bei Bedarf den Patienten für eine Kontrolle vorladen. Dies um unter Einhaltung einer angemessenen Frist zu überprüfen und festzustellen ob:
1. der Kostenvoranschlag den therapeutischen Bedürfnissen des Patienten entspricht.
 2. die vorgeschlagene Behandlung den Bestimmungen der Richtlinien entspricht.
- 4311** Der Vertrauenszahnarzt kann dem behandelnden Zahnarzt Änderungen bei der Behandlung empfehlen oder die Erstellung eines den Richtlinien entsprechenden Kostenvoranschlages verlangen.
- 4312** Auf Verlangen des Vertrauenszahnarztes muss der behandelnde Zahnarzt jederzeit die den Kostenvoranschlag oder die die zu erfolgende Behandlung betreffenden Unterlagen kostenlos zur Verfügung stellen.
- 4313** Wurde eine Zahnbehandlung (inkl. Labor) ohne genehmigten Kostenvoranschlag durchgeführt, kann trotzdem eine Vergütung erfolgen, wenn die versicherte Person im Nachhinein anhand einer ausreichenden Dokumentation der Situation vor dem Eingriff (allenfalls mit Fotos, Röntgenaufnahmen usw.) nachweist, dass die durchgeführte Behandlung einfach, wirtschaftlich und zweckmässig war.
- 4314** Nach dem Entscheid des Vertrauenszahnarztes stellt die Kasse dem Versicherten wie auch dem behandelnden Zahnarzt ein Schreiben zu, welches den maximal vergütbaren Betrag für die auszuführende Behandlung aufführt.
- 4315** Wenn die Kasse einen Kostenvoranschlag genehmigt, bedeutet dies keine Kostengutsprache. Die versicherte Person kann aber damit rechnen, dass gegen eine Behandlung im Umfang des genehmigten Kostenvoranschlages keine fachlichen Einwände erhoben werden. Eine Vergütung in vollem Umfang ist nur möglich, wenn der Betrag, welcher zur Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zur Verfügung steht (s. Anhang I, Tabelle 1) dies zulässt, kein Einnahmenüberschuss vorliegt und grundsätzlich ein Anspruch auf EL besteht. Auf dem Entscheid über den Kostenvoranschlag ist darauf hinzuweisen, dass die Genehmigung keine Kostengutsprache bedeutet.
- 4316** Kann die Kasse den Kostenvoranschlag nicht oder nicht vollständig genehmigen, da die Behandlung und Ausführung vom Vertrauenszahnarzt der Kasse nicht als einfach, wirtschaftlich und zweckmässig eingestuft wurde, weist die Kasse die versicherte Person schriftlich auf diesen Umstand hin. Dieser Mitteilung muss die versicherte Person

entnehmen können, weshalb die Genehmigung nicht erteilt werden konnte. Im Rahmen der Richtlinien des Kreisschreibens über die Schweigepflicht und die Datenbekanntgabe in der AHV/IV/EO/EL/FL kann der behandelnde Zahnarzt oder eine Drittperson diesbezüglich ebenfalls informiert werden.

- 4317** Die Kosten für den Kostenvoranschlag sind dem Betrag für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zu belasten.
- 4318** Die Rechnungen des Zahnarztes und des zahntechnischen Labors sind entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen. Sie müssen die Zahnnummer, die Tarifziffer, die Menge, die Behandlungsart (Klartext zur Tarifziffer), die Anzahl Taxpunkte und den Taxpunktwert enthalten. Wird von einem genehmigten Kostenvoranschlag abgewichen, müssen die Änderungen des Behandlungsplanes im Detail aus der Rechnung ersichtlich sein.
- 4319** Rechnungen für eine Zahnbehandlung unterbreitet die Kasse, wenn nötig, dem Vertrauenszahnarzt zur Stellungnahme. Der Vertrauenszahnarzt überprüft die Akten und übermittelt seinen Entscheid der EL-Stelle. Wurde die Behandlung in allen Details gemäss dem genehmigten Kostenvoranschlag ausgeführt, wird die Rechnung nicht mehr dem Vertrauenszahnarzt vorgelegt.
- 4320** Pro-Forma-Rechnungen, die weder bezüglich der Behandlung noch des Tarifes der tatsächlich ausgeführten Zahnbehandlung entsprechen, werden nicht akzeptiert.
- 4321** Wurde bezüglich der fakturierten Behandlung bei der Kasse vorgängig kein Kostenvoranschlag eingereicht, kann die Kasse im Rahmen der Abklärungen für eine Kostenrückvergütung sämtliche Vorkehrungen treffen, wie sie bei der Behandlung eines Kostenvoranschlages nötig wären.
- 4322** Kann die Kasse die Rechnung nicht oder nicht vollständig vergüten, da die Behandlung und Ausführung vom Vertrauenszahnarzt der Kasse nicht als einfach, wirtschaftlich und zweckmässig eingestuft wurde, begründet die Kasse der versicherten Person mittels Verfügung diesen Umstand ausführlich und verständlich. Dieser Erklärung muss die versicherte Person entnehmen können, weshalb die Vergütung nicht erfolgen konnte. Im Rahmen der Richtlinien des Kreisschreibens über die Schweigepflicht und die Datenbekanntgabe in der AHV/IV/EO/EL/FL wird dem behandelnden Zahnarzt oder einer entsprechend bezeichneten Drittperson eine Kopie dieser Verfügung zugestellt.
- 4323** Vereinbarungen aus Konventionen, die der Kanton Wallis mit einzelnen Berufsgruppen oder –verbänden abschliesst, sind einzuhalten.
- 4324** Die EL-Bezüger/innen werden regelmässig durch die Kasse dahingehend orientiert, dass sie vor grösseren Zahnbehandlungen ihren Zahnarzt bzw. ihre Zahnärztin auf die EL hinweisen sollten und darauf, dass ein Kostenvoranschlag einzureichen ist.
- 4325** Für allfällige Beanstandungen der Versicherten an der Ausführung der vom behandelten Zahnarzt vorgenommenen Behandlung ist die Kasse nicht zuständig. Derlei Beanstandungen sind vom Versicherten direkt der zuständigen Ombudsstelle zu unterbreiten. Die Kasse sowie deren Vertrauenszahnärzte treten auf solche Beschwerden nicht ein.
- 4326** Kosten für die Behebung von „Kunstfehlern“ oder ähnlichem, dürfen im Rahmen der KBK nicht vergütet werden. Auch für diesbezügliche Folgekosten erfolgt keine Rückvergütung.

4.4 Kosten für Arznei

- 4400** Wenn der Krankenversicherer 90 Prozent – bei gewissen Medikamenten 80 Prozent – der Kosten von Arzneimitteln aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung trägt oder den entsprechenden Betrag der Franchise anrechnet, dann können die Restkosten für diese Arzneien im Rahmen der Rückvergütung der KBK berücksichtigt werden (vgl. Rz 4100 - 4101).

4.5 Diätkosten

(Art. 11 RKEL)

- 4500** Ausgewiesene Mehrkosten für vom Arzt oder von der Ärztin verordnete lebensnotwendige Diät von Personen, die weder in einem Heim noch Spital leben, gelten als Krankheitskosten. Dies nur sofern ohne diese Diät das Leben des Patienten in Gefahr wäre und durch die Diät, im Vergleich zu einer gesunden und üblichen Ernährung, Mehrkosten entstehen. In einem diesbezüglichen Urteil (P 47/05) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht festgehalten, dass beispielsweise in einem Fall von Diabetes mellitus dem Patienten eine diabetesorientierte Ernährung möglich ist ohne dass ein finanzieller Mehraufwand ausgewiesen werden kann.
- 4501** Der Anspruch auf die Rückvergütung der Mehrkosten für lebensnotwendige Diät ist mit Hilfe des Formulars „BESTÄTIGUNG BEZÜGLICH DER KOSTEN FÜR DIÄT-PRODUKTE“, welches vom behandelnden Arzt auszufüllen ist, abzuklären. Die Vergütung hat den ausgewiesenen Mehrkosten zu entsprechen.
- 4502** Der Anspruch auf die Rückvergütung der Mehrkosten für lebensnotwendige Diät ist nach der erstmaligen Zusprache periodisch zu überprüfen. Dazu ist der versicherten Person oder deren Vertretung jeweils das Formular „BESTÄTIGUNG BEZÜGLICH DER KOSTEN FÜR DIÄT-PRODUKTE“ zu senden, welches von ihrem behandelnden Arzt auszufüllen ist.
- 4503** Es darf maximal ein jährlicher Betrag von Fr. 2100.- vergütet werden.
- 4504** Bei Personen, welche im Heim oder Spital wohnen, sind Diätkosten vom Heim oder Spital in die Tagestaxe einzuschliessen (vgl. Rz 3320.01 ff. WEL) und werden somit bei der Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistung durch die Anrechnung der Tagestaxe berücksichtigt. Eine spezielle Vergütung der Diätkosten bei Heim- oder Spitalbewohnern ist bei den Ergänzungsleistungen nicht vorgesehen.

4.6 Pflege- und Verbandsmaterial; kosmetische Operationen

- 4600** Kosten für kosmetische Operationen können nicht berücksichtigt werden.
- 4601** Ausgewiesene Kosten für benötigtes Pflege- und Verbandsmaterial können vergütet werden, wenn der Krankenversicherer 90 Prozent der Kosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt oder den entsprechenden Betrag der Franchise anrechnet (vgl. Rz 4100 - 4101).
Von den Heimen ausserhalb der Heimtaxe besonders verrechnete Leistungen, welche die Krankenversicherung nicht übernimmt, können bei der EL auch nicht berücksichtigt werden.

4.7 Vorübergehender Aufenthalt im Spital, im Heim, in einer Erholungs- oder Badekur

(Art. 12 bis Art. 13 RKEL)

4.7.1 Vorübergehend in einem Spital oder Heim

- 4710** Wenn im Zeitpunkt eines Heim- oder Spitaleintritts feststeht, dass die EL-beziehende Person nach Hause zurückkehren wird, ist für die jährliche EL keine Heimberechnung vorzunehmen (Rz 3152.01 WEL). Solange keine Heimberechnung zu machen ist, gilt der Heim- oder Spitalaufenthalt als vorübergehend.
- 4711** Wenn im Zeitpunkt eines Heim- oder Spitaleintritts unklar ist, ob die EL-beziehende Person wieder nach Hause zurückkehren wird, ist eine Heimberechnung ab dem Monat vorzunehmen, der dem ersten vollen Kalendermonat folgt, den die Person im Heim oder Spital verbracht hat. Kehrt die Person nach Hause zurück, ist für den Monat der Rückkehr noch eine Heimberechnung vorzunehmen (Rz 3152.02 WEL). Für die Zeit ohne Heimberechnung bei der jährlichen EL, gilt der Heim- oder Spitalaufenthalt als vorübergehend.

4.7.2 Spital, Wartebett, Heim, Kurzaufenthaltsbett

- 4720** Als Spital gilt eine Einrichtung, welche die Voraussetzungen nach Art. 39 KVG erfüllt.
- 4721** Wartebetten im Spital sind für Patienten bestimmt, die auf eine Verlegung in ein Alters- und Pflegeheim warten. Nach 30 Tagen verlangt die Krankenversicherung regelmässig eine medizinische Rechtfertigung und kann ihre finanzielle Beteiligung einstellen, wenn der Vertrauensarzt keine Behandlung aus medizinischen Gründen mehr sieht. Der Kanton bezeichnet die anerkannten Wartebetten. Vom Kanton nicht anerkannte Betten dürfen für die Rückvergütung der KBK nicht berücksichtigt werden.
- 4722** Als Heim gilt jede Einrichtung, die von einem Kanton als Heim anerkannt wird oder über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügt (Art. 25a Abs. 1 ELV). Hat die IV-Stelle eine versicherte Person im Zusammenhang mit der Gewährung einer Hilflosenentschädigung als Heimbewohnerin im Sinne von Art. 42ter Abs. 2 IVG eingestuft, so gilt sie auch im Rahmen der Ergänzungsleistungen als Heimbewohnerin (Art. 25a Abs. 2 ELV). Demnach würde diese Institution, in der diese Heimbewohnerin lebt, als Heim gelten.
- 4723** Kurzaufenthaltsbetten sind in ein Heim (Pflegeheime und soziale Institutionen für behinderte Personen) integrierte Plätze für zeitlich begrenzte Aufenthalte. Sie nehmen den Status einer Unterstützungseinrichtung zur Hilfe und Pflege zu Hause an und bedingen eine Rückkehr der betagten Person nach Hause. Der Kanton erteilt die Betriebsbewilligung für die Kurzaufenthaltsbetten. Betten ohne Betriebsbewilligung des Kantons dürfen für die Rückvergütung der KBK nicht berücksichtigt werden.
- 4724** Wartebetten in Heimen sind für Patienten bestimmt, die auf ein Langzeitpflegebett in einem Alters- und Pflegeheim warten. Während dieser Wartezeit dürfen die Heime diesen Patienten ein bewilligtes Kurzaufenthaltsbett zur Verfügung stellen. Der Kanton bezeichnet die anerkannten Wartebetten, indem er die Betriebsbewilligung für die Kurzaufenthaltsbetten erteilt. Demnach dürfen Betten ohne Betriebsbewilligung des Kantons für die Verwendung als Kurzaufenthaltsbett für die Rückvergütung der KBK nicht als Wartebetten berücksichtigt werden.

4.7.3 Kosten für Spital- oder Heimaufenthalt, Warte- oder Kurzaufenthaltsbett

(Art. 12 und 12a RKEL)

- 4730** Es können bei Spitalaufenthalt nur die Kosten berücksichtigt werden, von welchen der Krankenversicherer aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 90 Prozent übernimmt oder den entsprechenden Betrag der Franchise anrechnet (vgl. Rz 4100 ff).
- 4731** Gemäss den Beschlüssen des Staatsrats des Kantons Wallis vom 9.2.2011 und vom 20.12.2017 beträgt die Tagestaxe für den Aufenthalt in einem Wartebett in einem Spital oder Heim höchstens Fr. 160.- pro Tag. Für die Berechnung der jährlichen EL, wie auch für die Rückvergütung der KBK, ist dieser Höchstbetrag im Sinne von Art. 10 Abs. 2 ELG anzuwenden. Die speziellen Bestimmungen für die Bewilligung der Wartebetten sind bei der Rückvergütung der Kosten für Wartebetten zu massgebend.
- 4732** Die Kosten für einen vorübergehenden Aufenthalt in einem vom Kanton bewilligten Kurzaufenthalts- oder Wartebett werden, nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt, vergütet.
- 4733** Hat der Kanton die zu vergütenden Kosten bei Daueraufenthalt im Heim oder Spital begrenzt (Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG), so sind diese Grenzen sinngemäss anzuwenden.
- 4734** Muss sich die versicherte Person gemäss Art. 19 des Gesetzes über die Langzeitpflege an den Pflegekosten beteiligen, wird diese Beteiligung zusätzlich zu der Tagestaxe für den Aufenthalt berücksichtigt und vergütet.
- 4735** Die versicherte Person hat einen angemessenen Selbstbehalt – nämlich den Betrag für volle Verpflegung (Morgenessen + Mittagessen + Abendessen = Selbstbehalt pro Tag) gemäss Anhang II Tabelle 1 – selber zu tragen. Dieser Betrag wird für die Berechnung der Rückvergütung von der effektiv fakturierten Tagestaxe in Abzug gebracht. Sollte diese effektive Tagestaxe höher sein als der vom Kanton bestimmte Höchstbetrag (Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG), wird der Betrag für volle Verpflegung vom Höchstbetrag abgezogen. Der den Höchstbetrag überschreitenden Anteil darf ebenfalls nicht zurückvergütet werden.

4736 Beispiel:

<i>Effektiv fakturierte Tagestaxe:</i>	<i>Fr. 135.00</i>
<i>Begrenzung durch Kanton:</i>	<i>Fr. 115.00</i>
<i>Betrag für volle Verpflegung:</i>	<i>Fr. 21.50</i>

Fr. 115.00 – Fr. 21.50 = Fr. 93.50

Dem Gesuchsteller dürfen pro Tag nur Fr. 93.50 zurückvergütet werden. Es versteht sich von selbst, dass allfällige Beteiligungen von anderen Versicherungsträgern ebenfalls von diesem Betrag abzuziehen wären (Rz 3112).

4.7.4 Kosten für Erholungskuren

(Art. 13 RKEL)

- 4740** Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten können nur berücksichtigt werden, wenn die Erholungskur ärztlich verordnet ist und die Kur in einem Heim oder Spital durchgeführt wurde.

- 4741** Kosten von Erholungsaufenthalten zur Entlastung von Angehörigen können ebenfalls berücksichtigt werden, wenn der Aufenthalt in einem Heim oder Spital erfolgte.
- 4742** Die Begrenzung der Kosten für den Aufenthalt in einem Heim oder Spital laut Art. 5 Abs. 3 AGELG gilt sinngemäss auch für Erholungskuren.
- 4743** Die versicherte Person hat einen angemessenen Selbstbehalt – nämlich den Betrag für volle Verpflegung (Morgenessen + Mittagessen + Abendessen = Selbstbehalt pro Tag) gemäss Anhang II Tabelle 1 – selber zu tragen.

4.7.5 Kosten für Badekuren (Art. 13 RKEL)

- 4750** Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten können nur berücksichtigt werden, wenn die Kur ärztlich verordnet ist und die versicherte Person während des Aufenthalts ärztlicher Kontrolle untersteht (ZAK 1987 S. 270).
- 4751** Die Begrenzung der Kosten für den Aufenthalt in einem Heim oder Spital laut Art. 5 Abs. 3 AGELG gilt sinngemäss auch für Badekuren.
- 4752** Die versicherte Person hat einen angemessenen Selbstbehalt – nämlich den Betrag für volle Verpflegung (Morgenessen + Mittagessen + Abendessen = Selbstbehalt pro Tag) gemäss Anhang II Tabelle 1 – selber zu tragen.

4.8 Transportkosten (Art. 18 RKEL)

4.8.1 Notfall- und Verlegungstransporte (Art. 18 Abs. 1 RKEL)

- 4810** Ausgewiesene Transportkosten können als Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden, soweit sie in der Schweiz durch einen Notfalltransport oder durch eine notwendige Verlegung entstanden sind.
- 4811** Kosten für die Repatriierung (Heimschaffung) aus dem Ausland können nicht vergütet werden, da diese nicht in der Schweiz entstanden sind und es sich dabei um keinen Notfalltransport im Sinne des RKEL handelt.
- 4812** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt gemäss Art. 26 KLV 50 Prozent, jedoch maximal Fr. 500.- pro Jahr, der Kosten für medizinisch indizierte Krankentransporte. Deshalb muss zur Überprüfung der Rückerstattung der restlichen KBK zusammen mit der Transportkostenrechnung eine diesbezügliche Leistungsabrechnung der KV eingereicht werden.
- 4813** Beispiel:
- | | |
|------------------------------------|-------------------------|
| <i>Rechnung für den Transport:</i> | <i>Fr. 1'040.-</i> |
| <i>Rechnung für die Rettung:</i> | <i>Fr. 760.-</i> |
| <i>./.. Beteiligung der KV:</i> | <u><i>Fr. 500.-</i></u> |
| <i>Saldo</i> | <i>Fr. 1'300.-</i> |

In diesem Fall können im Rahmen der KBK nur Fr. 540.- (Fr. 1040.- ./.. 500.-) berücksichtigt werden. Die Rettungskosten werden bei den KBK nicht angerechnet.

4.8.2 Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort

4820 Als Krankheits- und Behinderungskosten gelten auch Kosten für Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort (vgl. AHI 1997 S. 256 ff). Tagesstrukturen nach Artikel 17 RKEL gelten als medizinischer Behandlungsort.

4821 Grundsätzlich können nur die Kosten für die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels (2. Klasse) berücksichtigt werden. Die Kosten werden bemessen nach dem direkten Weg und der günstigsten Variante.

Beispiel:

Kommt der Kauf eines Halbtax-Abos zusammen mit den Halbtarif-Fahrkarten günstiger, als der Kauf der Volltarif-Fahrkarten, werden nur das Halbtax-Abo und die Halbtariffahrkarten zurückvergütet.

4822 Es werden ausschliesslich Kosten für Fahrten rückvergütet, die belegt werden und die ausgewiesenen werden können. Die Kasse kann dazu, im Speziellen bei wiederkehrenden und regelmässigen Fahrten, der versicherten Person Auflagen machen. Beispielsweise kann ein Formular ausgehändigt werden, das vom Gesuchsteller auszufüllen und vom behandelnden Arzt zu bestätigen ist.

4823 Die Kosten für den Transport zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort werden zurückvergütet. Es ist nicht notwendig, dass die dort erfolgte medizinische Behandlung in irgendeiner Form im Rahmen der EL berücksichtigt oder durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt wird. So können zum Beispiel die Kosten für den Transport zum Zahnarzt vergütet werden, auch wenn die Zahnbehandlungskosten im Rahmen der EL nicht zurückvergütet werden können und die Krankenversicherung diese Kosten nicht deckt.

4824 Kann die betroffene Person wegen ihrer Behinderung kein öffentliches Verkehrsmittel benutzen, können die Kosten eines andern, zumutbaren Verkehrsmittels übernommen werden.

4825 Für einen Personenwagen richten sich die im Sinne von Rz 4824 vergütbaren Kosten nach den Berufsabzügen der direkten Bundessteuer. Gegenwärtig beträgt die diesbezügliche Kilometerentschädigung 70 Rappen.

4826 In diesem Rahmen können des Weiteren maximal Kosten nach den folgenden Ansätzen vergütet werden:

- Personenwagen (Abgabe oder Amortisation durch IV): 25 Rappen pro km
- Taxi / Behindertentransportunternehmung: Pauschal Fr. 5 pro Transport + Fr. 2.50 pro km

4827 Es werden weder durch Begleitpersonen verursachte Transportkosten noch Entschädigungen für eine Begleitperson vergütet.

- 4828** Es ist darauf zu achten, dass bei Sammeltransporten nur die Kosten vergütet werden, die der Person selbst entstehen. D. h. die Transportkosten sind auf die das gleiche Transportmittel benutzenden Personen aufzuteilen, sofern kein pro Person definierter Fahrtenpreis festgelegt wurde. Vorbehalten bleiben Fälle nach Rz 4821.

Beispiel:

Wenn eine Gruppe einen Bus mietet und dafür einen Pauschalpreis für die Busmiete inkl. Fahrer vereinbart, ist die Busmiete durch die Anzahl Personen der Gruppe zu teilen. Wurde jedoch mit dem Busunternehmen ein Fahrtenpreis pro Person ausgemacht, ist dieser Preis zu berücksichtigen.

4.9 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung

4.9.1 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause

(Art. 14 RKEL)

- 4910** Unter die Pflege im Sinne von Art. 14 RKEL fallen die Behandlungs- wie auch die Grundpflege, die infolge Alter, Krankheit, Unfall oder Invalidität erbracht werden müssen. Zur Grundpflege gehört die notwendige Hilfe beim Aufstehen, Ankleiden, Baden, bei der Essenseingabe und bei andern erforderlichen körperlichen Verrichtungen.
- 4910.01** Je nach der örtlichen Gegebenheit übernimmt die Gemeindekrankenpflege, eine Hauspflege oder eine Haushilfeorganisation die Pflege und die damit verbundene Hilfe und Betreuung zu Hause. Die von den vom Kanton anerkannten Institutionen in Rechnung gestellten Kosten können vergütet werden.
- 4910.02** Es gibt Organisationen, welche die angebotenen Leistungen nach einem Tarif in Rechnung stellen, der nach dem Vermögen, dem Einkommen oder beidem der Benutzerinnen und Benutzer abgestuft ist. Verlangt eine solche Organisation von einer Person, die EL bezieht, einen höheren Tarif als den niedrigsten, so können nur die Kosten, welche dem niedrigsten Tarif entsprechen, vergütet werden.
- 4910.03** Bei den von den vom Kanton anerkannten Institutionen in Rechnung gestellten Kosten für Behandlungs- und Grundpflege ist der Tarif, welcher zwischen dem Kanton, den Versicherern und den Leistungserbringern ausgehandelt worden ist, anwendbar. Wird ein höherer Tarif in Rechnung gestellt, dürfen die Mehrkosten nicht von den EL übernommen werden.
- 4910.04** Wenn eine Institution nicht vom Kanton anerkannt ist (der Kanton führt eine entsprechende Liste), können keine Kosten für Behandlungs- und Grundpflege übernommen werden.
- 4910.05** Kosten von den vom Kanton anerkannten Institutionen für hauswirtschaftliche Leistungen (Haushilfe) können übernommen werden (Urteil des EVG vom 14.2.06 in Sa. F., P 8/05).
- 4911** Grundsätzlich werden die Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger übernommen. Kosten privater Träger können in dem Umfang vergütet werden, als sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger am betreffenden Ort entsprechen.
- 4912** Für die Berücksichtigung der Hilflosenentschädigung siehe Kap. 3.4, Rz 3500 ff.
- 4913** Bestehen Zweifel an der Notwendigkeit oder am Umfang der Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause, so hat die Kasse die nötigen Zusatzabklärungen zu veranlassen. Gegebenenfalls sind die zu übernehmenden Kosten zu reduzieren.

- 4913.01** Grundsätzlich ist die Notwendigkeit für die Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause durch Arztzeugnis auszuweisen. Dieser Beleg ist vor der ersten Vergütung dieser Kosten einzufragen, wenn er nicht bereits zusammen mit dem Rückerstattungsgesuch eingereicht wurde. Anschliessend ist das Arztzeugnis, je nach Beurteilung durch die Kasse, sporadisch erneuern zu lassen.
- 4914** Zu Hause wohnenden Bezüger einer Hilflosenentschädigung können ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt bis höchstens Fr. 4800.- pro Kalenderjahr vergütet werden.
- 4914.01** Wird die Hilfe durch eine im gleichen Haushalt respektive auf dem gleichen Hof lebende oder durch eine in die Berechnung der jährlichen EL einbezogene Person erbracht, so kann keine Vergütung erfolgen.
- 4914.02** Wird die Hilfe durch eine vom Kanton anerkannte Institution eingesetzte Person erbracht, so kann keine Vergütung gemäss Rz 4914 erfolgen.
- 4914.03** Pro aufgewendete Stunde können höchstens Fr. 25.- vergütet werden.
- 4914.04** Hat die EL-beziehende Person infolge einer Behinderung Mühe, die notwendigen Haushaltarbeiten (Kochen, Putzen, Waschen usw.) zu verrichten, so können ausgewiesene Ausgaben für die Hilfe einer Drittperson bis Fr. 4800.- pro Kalenderjahr geltend gemacht werden. Bei Bedarf kann die Kasse beim Gesuchsteller ein Arztzeugnis einfordern, welches die Notwendigkeit einer solchen Hilfe detailliert ausweist. In jedem Fall hat die EL-beziehende Person detaillierte Lohnabrechnungen vorzulegen, denen unter anderem die genaue Anzahl Arbeitsstunden, das jeweilige Datum der Arbeitsausführung und die ausgeführten Tätigkeiten zu entnehmen sind.
- 4914.05** Sind bei einem Ehepaar beide Ehepartner Bezüger einer Hilflosenentschädigung, werden diesem höchstens Fr. 9600.- vergütet. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass für die gleiche ausgeführte Arbeit nicht doppelt fakturiert wird (z. B. Reinigen der Fenster).
- 4915** Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt können zusätzlich zu den Kosten nach Rz 4910, 4920 und 4930 vergütet werden. Der Höchstbetrag für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (vgl. Rz 3200 und 3201) darf jedoch insgesamt nicht überschritten werden.
- 4916** Von der Vergütung für Kosten für Hilfe und Betreuung im Haushalt (Haushilfe, Familienhilfe usw.) werden jene Kosten ausgeschlossen, die durch den Assistenzbeitrag bereits gedeckt sind. Um diese Kosten aussortieren zu können, sind die Akten der IV-Stelle zu konsultieren. In Bezug auf den Assistenzbeitrag ist Rz 3610 zu beachten.
- 4917** Da es aufgrund der Benennung der einzelnen Leistungen durch die verschiedenen Leistungserbringer leicht zu Verwechslungen kommen kann, hat sich die Kasse vor der Vergütung der Kosten zu vergewissern, dass es sich um vergütbare Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung (vgl. Rz 4910 und Rz 4916.03) handelt und welche Höchstbeträge für diese Kostenarten massgebend sind. Im Speziellen ist bei den Begriffen „Familienhilfe“ und „Familienbetreuung“ Vorsicht geboten.

4.9.2 Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal

(Art. 15 RKEL)

- 4920** Bei EL-beziehenden Personen, die zu Hause wohnen, und eine Hilflosenentschädigung mittleren oder schweren Grades beziehen, können die Kosten für Pflege und Betreuung durch direkt angestellte Pflegekräfte vergütet werden, soweit die Pflege und Betreuung nicht durch eine vom Kanton anerkannte Institution im Sinne von Artikel 51 KVV erbracht werden kann.
- 4921** Eine vom Kanton bezeichnete Stelle legt fest, welche Pflege und Betreuung (z. B. welche Art der Pflege, Anzahl Stunden pro Tag) im konkreten Fall nicht von einer vom Kanton anerkannten Institution erbracht werden kann. Weiter legt die Stelle das Anforderungsprofil (z. B. Krankenschwester, Hauspflegerin, nicht speziell ausgebildetes Personal) der anzustellenden Person und die für diese Person pro Jahr höchstens berücksichtigbaren Kosten (Nettolohn + Arbeitgeberbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen + Arbeitnehmerbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen) fest.
- 4922** Wenn die Vorgaben der Stelle nach Rz 4921 nicht eingehalten werden oder sie gar nicht beigezogen wird, werden keine Kosten vergütet.
- 4923** Kosten nach RZ 4920 werden nur vergütet, wenn die pflegende Person von der versicherten Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines Arbeitsvertrages angestellt wurde und mit der versicherten Person nicht verheiratet ist, nicht in eingetragener Partnerschaft lebt, nicht eine faktische Lebensgemeinschaft führt oder nicht in gerader Linie verwandt ist.
- 4924** Für direkt angestelltes Pflegepersonal geschuldete Arbeitgeberbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen (AHV, IV, EO, ALV, FAK, UV und BV) werden, wie die Arbeitnehmerbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen, in die Berechnung der Vergütung einbezogen.
- 4925** In stabilen Fällen oder bei chronischen Krankheiten mit bekanntem schlechtem Krankheitsverlauf ist es ausnahmsweise zulässig, die voraussichtlich vergütbaren Kosten für Pflege und Betreuung zu Hause zu bevorschussen. Diese Bevorschussung wird monatlich zusammen mit der jährlichen EL überwiesen (vgl. Rz 2204 f). Dabei sind diese Fälle besonders zu registrieren.
- 4926** Um den Betrag der monatlichen Bevorschussung festlegen zu können, ist die voraussichtliche Abrechnung der Kosten für Pflege und Betreuung zu Hause zu simulieren. Bei dieser Berechnung ist festzustellen, ob der für diesen Fall anwendbare Höchstbetrag gemäss Art. 14 Abs. 4 und Abs. 5 ELG sowie Art. 19b ELV angehoben werden kann. Sollte dies der Fall sein, sind in der simulierten Abrechnung bereits die Abzüge für die Hilflosenentschädigung und den allfälligen Assistenzbeitrag der AHV oder IV vorzusehen. Es ist unbedingt zu vermeiden, dass eine zu hohe Bevorschussung erfolgt, die nach der definitiven Abrechnung wieder zurückverlangt werden müsste.
- 4927** Für die Berücksichtigung der Hilflosenentschädigung siehe Kap. 3.5, Rz 3500 ff.
- 4928** Für die Berücksichtigung des Assistenzbeitrages der AHV und der IV siehe Kap. 3.6, Rz 3600 ff.
- 4929** Für Beispiele siehe Anhang III und AHI 2003 402f.

4.9.3 Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige (Art. 16 RKEL)

- 4930** Kosten für Familienangehörige, die zu Hause wohnende Bezüger einer Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit (= versicherte Personen) pflegen oder betreuen, können vergütet werden wenn die nachfolgenden Bedingungen (Rz 4930.01 – 4930.06) kumulativ erfüllt sind.
- 4930.01** Die pflegende Person, ist nicht in die EL-Berechnung der versicherten Person eingeschlossen.
- 4930.02** Die pflegende Person erleidet durch die Pflege und Betreuung der versicherten Person nachweisbar eine länger dauernde und wesentliche Erwerbseinbusse. Die Erwerbseinbusse ist vom Gesuchsteller nachzuweisen.
- 4930.03** Eine Erwerbseinbusse im Sinne von Art. 16 Abs. 2 RKEL kann nur durch eine Reduktion der Erwerbstätigkeit entstehen, welche demnach eine Reduktion des Erwerbseinkommens bewirkt. Als Erwerbstätigkeit gelten sämtliche im In- und Ausland ausgeführten selbständigen oder unselbständigen wirtschaftlichen Betätigungen. Die Erwerbseinbusse muss im direkten Zusammenhang mit der Pflege stehen und unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit eingetreten sein.
- 4930.04** Der Verzicht, die Reduktion oder die Aufhebung des Anspruchs auf Taggelder oder anderer Leistungen der Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Arbeitslosen- oder Privatversicherungen wird nicht als Erwerbseinbusse anerkannt. Dasselbe gilt für Entschädigungen aus der Erwerb ersatzordnung und der Mutterschaft.
- 4930.05** Die pflegende Person ist von der versicherten Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines Arbeitsvertrages angestellt worden.
- 4930.06** Die pflegende Person ist mit der versicherten Person verheiratet, lebt mit ihr in eingetragener Partnerschaft, führt mit ihr eine faktische Lebensgemeinschaft oder ist mit ihr in gerader Linie verwandt.
- 4931** Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person muss durch ein detailliertes Arztzeugnis ausgewiesen sein. Dieses Zeugnis hat die zu erfolgende Pflege klar zu umschreiben und zu begründen, weshalb diese Pflege notwendig ist (detaillierte Beschreibung der Funktionsausfälle).
- 4932** Eine vom Kanton bezeichnete Stelle kann von der Kasse beigezogen werden. Diese Stelle legt sodann die zu erfolgende Pflege und Betreuung fest, die im konkreten Fall erforderlich ist und vergütet werden kann. Die zuständige Stelle kann der pflegenden Person bezüglich der Pflege und Betreuung Weisungen erteilen. Werden diese Weisungen nicht eingehalten, so werden die Kosten nicht vergütet.
- 4933** Die Kosten werden höchstens im Umfang der nachgewiesenen, tatsächlich erlittenen Erwerbseinbusse vergütet.
- 4934** Für Familienangehörige geschuldete Arbeitgeberbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen (AHV, IV, EO, ALV, FAK, UV und BV) werden, wie die Arbeitnehmerbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen, in die Berechnung der Vergütung einbezogen.
- 4935** In stabilen Fällen oder bei chronischen Krankheiten mit bekanntem schlechtem Krankheitsverlauf ist es ausnahmsweise zulässig, die voraussichtlich vergütbaren Kosten für

Pflege und Betreuung durch Familienangehörige zu bevorschussen. Diese Bevorschussung wird monatlich zusammen mit der jährlichen EL überwiesen (vgl. Rz 2204 f). Dabei sind diese Fälle besonders zu registrieren.

- 4936** Um den Betrag der monatlichen Bevorschussung festlegen zu können, ist die voraussichtliche Abrechnung der Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige zu simulieren. Bei dieser Berechnung ist festzustellen, ob der für diesen Fall anwendbare Höchstbetrag gemäss Art. 14 Abs. 4 und Abs. 5 ELG sowie Art. 19b ELV angehoben werden kann. Sollte dies der Fall sein, sind in der simulierten Abrechnung bereits die Abzüge für die Hilflosenentschädigung und den allfälligen Assistenzbeitrag der AHV oder IV vorzusehen. Es ist unbedingt zu vermeiden, dass eine zu hohe Bevorschussung erfolgt, die nach der definitiven Abrechnung wieder zurückverlangt werden muss.
- 4937** Für die Berücksichtigung der Hilflosenentschädigung siehe Kap. 3.5, Rz 3500 ff.
- 4938** Für die Berücksichtigung des Assistenzbeitrages der AHV und der IV siehe Kap. 3.6, Rz 3600 ff.
- 4939** Für Beispiele siehe Anhang III und AHI 2003 402f.

4.9.4 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von AHV-/IV-Rentnerinnen und -Rentnern in Tagesstrukturen (Art. 17 RKEL)

- 4940** Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von AHV-/IV-Rentnerinnen und -Rentnern in Tagesheimen, Beschäftigungsstätten und ähnlichen Tagesstrukturen werden vergütet, wenn:
- a) sich die Rentnerin oder der Rentner halbtags, d. h. zwischen zwei und fünf Stunden pro Tag dort aufhält;
 - b) sich die Rentnerin oder der Rentner den ganzen Tag, d. h. mehr als fünf Stunden pro Tag dort aufhält; und
 - c) die Tagesstruktur von einer vom Kanton anerkannten Institution betrieben wird.
- 4941** Kosten für Mittagstische und Freizeitstätten können nicht übernommen werden.
- 4942** Monatspauschalen können nicht vergütet werden.
- 4943** Von den anerkannten fakturierten Kosten laut Rz 4940 ist der Naturallohnansatz für die Mahlzeiten (s. Anhang II Tabelle 1), welche die betroffene Person in der Tagesstruktur erhält, abzuziehen.
- 4944** Bezieht die betroffene Person eine Hilflosenentschädigung, so ist diese von den anerkannten Kosten laut Rz 4940 nicht abzuziehen.
- 4945** Pro Tag, an dem sich die AHV-Rentnerin oder der AHV-Rentner in der Tagesstruktur aufhält, können höchstens Fr. 40.-, bei einem ganztägigen Aufenthalt, und höchstens Fr. 30.-, bei einem halbtägigen Aufenthalt, vergütet werden. Bei IV-Rentnerin und IV-Rentnern können pro Tag höchstens Fr. 45.-, bei einem ganztägigen Aufenthalt, und höchstens Fr. 15.-, bei einem halbtägigen Aufenthalt, vergütet werden.
- 4946** Wenn eine Person, die eine Tagesstruktur besucht, in einem Heim lebt und die EL-Berechnung nach Art. 10 Abs. 2 ELG (Heimberechnung) erfolgte, dürfen keine Pflege- und Betreuungskosten für den Aufenthalt in Tagesstrukturen vergütet werden.

4.9.5 Kosten für ambulante Behandlung in einem Spital oder Pflegeheim

- 4950** Eine ambulante Behandlung in einem Spital oder Pflegeheim liegt dann vor, wenn die Behandlung in dem Spital oder Pflegeheim erfolgt, ohne dass sich der Patient bzw. die Patientin dort aufhält, d. h. mindestens eine Nacht bleibt. Für die Vergütung solcher Kosten ist Rz 4730 sinngemäss anwendbar (ZAK 1988 S. 94).

4.9.6 Medizinische Fusspflege (Podologie)

(Art. 17a RKEL)

- 4960** Ausgewiesene Kosten für medizinische Fusspflege (Podologie) werden vergütet, soweit diese Pflege durch eine Podologin oder einen Podologen ausgeführt wurde.
- 4961** Diese Podologin oder dieser Podologe muss über eine kantonale Berufsausübungsbeurteilung gemäss der Verordnung über die Ausübung und Beaufsichtigung der Gesundheitsberufe verfügen und im kantonalen Register dieses Berufes eingetragen sein. Vorbehalten bleiben Fälle nach Rz 3121 ff.
- 4962** Angerechnet werden Kosten bis höchstens 85 Franken pro Behandlung.

5 Abgabe oder Finanzierung von Hilfsmitteln, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräten

(Art. 19 RKEL)

5.1 Allgemeine Bestimmungen

5100 Die Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte (im Folgenden Hilfsmittel genannt) die abgegeben oder finanziert werden können, sind in den Listen der Anhänge 1 und 2 des RKEL aufgeführt.

5101 Zudem können Hilfsmittel, die im Anhang zur HVA aufgeführt sind, mitfinanziert werden, wenn die AHV einen Kostenbeitrag geleistet hat. Die Vergütung durch die EL beträgt ein Drittel des Kostenbeitrages der AHV. Jedoch dürfen höchstens, zusammen mit dem Kostenbeitrag der AHV, die effektiven Kosten des Hilfsmittels vergütet werden.

Beispiel:

Eine Perücke kostete Fr. 2000.-. Die AHV zahlte Fr. 1000.-. Die KBK zahlen einen Drittel von Fr. 1000.- = Fr. 333.35.

5102 Wenn die AHV keinen Kostenbeitrag leisten kann, besteht auch im Rahmen der KBK kein Anspruch auf eine Vergütung.

5103 Es können auch Kosten für Hilfsmittel vergütet werden, die im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs eingesetzt werden müssen (z. B. Pacemaker, Gelenkendoprothesen, Herzklappenersatz, usw.). (Art. 19 Abs. 3 RKEL)

5.2 Versicherungsleistungen

5200 Es können nur Kosten übernommen werden, wenn kein Anspruch gegenüber der IV, der Kranken- oder einer anderen Versicherung besteht. Vor allem bei IV-Rentnerinnen und -Rentnern ist zunächst abzuklären, ob das Hilfsmittel nicht von der IV abgegeben respektive finanziert werden kann.

Wenn ein Anspruch gegenüber der AHV gestützt auf Artikel 4 HVA besteht (Besitzstandsfälle), können ebenfalls keine Kosten übernommen werden.

5.3 Bei einem Einnahmenüberschuss

5300 Wenn bei der Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistungen ein Einnahmenüberschuss (anrechenbare Einnahmen höher als anerkannte Ausgaben) besteht, erfolgt die Vergütung nach dem unter Rz 3206 beschriebenen Prinzip. Bei leihweise abzugebenden Hilfsmitteln kann die Vergütung erst nach Ablauf des betreffenden Kalenderjahres vorgenommen werden. D. h. die Mietkosten für das laufende Jahr können erst am Anfang des folgenden Kalenderjahres abgerechnet und vergütet werden, wenn der Anspruch auf die Rückvergütung nicht eindeutig ist.

5.4 Leihweise Abgabe

5400 Hilfsmittel, die auf der Liste (Art. A1-1 und A1-2 RKEL) mit einem ** versehen sind, können nur leihweise abgegeben werden.

- 5401** Ist das leihweise abzugebende Hilfsmittel oder Hilfsgerät nicht bei einem vertraglichen Leistungserbringer bezogen worden, so besteht kein Anspruch auf die Vergütung der Mietkosten. (Art. 21 Abs. 2 RKEL)
- 5402** Der Ablauf für die gemäss dem RKEL leihweise abgegebenen Hilfsmittel wird, in Anwendung von Art. 5 Abs. 3 ELR, von der Kasse geregelt. Die Kasse legt in Zusammenarbeit mit dem vertraglichen Leistungserbringer („Hilfsmittellieferant“) die einzelnen Verfahrensabläufe fest und stellt allfällige Formulare zur Verfügung. Sollte somit dem EL-Bezüger der für sein Bedürfnis zuständige vertragliche Leistungserbringer nicht bekannt sein, ist vor Bezug des leihweise abzugebenden Hilfsmittels mit der Kasse Kontakt aufzunehmen. Die Kasse wird dem EL-Bezüger den zuständigen Leistungserbringer bekanntgeben.
- 5403** Ist das leihweise abzugebende Hilfsmittel oder Hilfsgerät bei einem vertraglichen Leistungserbringer vorhanden, so besteht kein Anspruch auf die Abgabe eines neuen Gerätes. (Art. 21 Abs. 3 RKEL)
- 5404** Ist das leihweise abzugebende Hilfsmittel beim vertraglichen Leistungserbringer nicht vorrätig oder in einem angemessenen Zeitrahmen lieferbar, kann der EL-Bezüger das Hilfsmittel bei einem Drittanbieter kaufen. Die Kosten für den Kauf dieses Hilfsmittels werden jedoch nur vergütet, sofern der EL-Bezüger vor dem Kauf die Kasse diesbezüglich informiert und die Kasse eine Kostengutsprache erteilt hat. Eine Miete bei einem Drittanbieter kann nicht vergütet werden.
- 5405** Die Kasse führt über alle leihweise abgegebenen Hilfsmittel und Hilfsgeräte eine Liste. Bei Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen oder bei Ableben der versicherten Person hat die Kasse die Rückgabe des Gerätes in die Wege zu leiten.

5.5 Weitere Einzelheiten des Anspruches

5.5.1 Qualität der Hilfsmittel

(Art. 19 Abs. 5 RKEL)

- 5510** Die Kosten können nur soweit berücksichtigt werden, als das nicht leihweise abzugebende Hilfsmittel in einfacher und zweckmässiger Ausführung von der versicherten Person angeschafft werden. Handelt es sich um eine kostspielige Ausführung, so werden die entsprechenden zusätzlichen Kosten nicht berücksichtigt.
- 5511** Mietkosten werden vergütet, sofern die Ausführung des Hilfsmittels einfach und zweckmässig ist.

5.5.2 Bescheinigung

(Art. 20 Abs. 1 RKEL)

- 5520** Wo es zweifelhaft erscheint, ob ein Hilfsmittel oder Hilfsgerät notwendig oder dessen Ausführung einfach und zweckmässig ist, hat die versicherte Person eine Bescheinigung eines Arztes bzw. einer Ärztin beizubringen. Nötigenfalls können Spezialstellen der Invaliden- oder Altershilfe oder die zuständige IV-Stelle mit weiteren Abklärungen betraut werden.

• Verzicht auf Bescheinigung

- 5521** Muss angesichts des noch verfügbaren Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten damit gerechnet werden, dass nach Berücksichtigung der Bescheinigungskosten die noch mögliche effektive Kostenvergütung geringer sein wird als der Betrag der Kosten für die Bescheinigung, so kann bei Glaubhaftigkeit der Angaben der versicherten Person auf die Bescheinigung verzichtet werden.

• Kosten der Bescheinigung, Abklärung und Anpassung

- 5522** Die Kosten der Bescheinigung, Abklärung und Anpassung gelten – soweit sie nicht von einer Krankenversicherung oder einer anderen Versicherung zu tragen sind – als Krankheits- und Behinderungskosten im Sinne von Art. 14 Abs. 1 ELG, und zwar unabhängig davon, ob auf Grund der Bescheinigung oder Abklärung das Hilfsmittel oder Hilfsgerät leihweise abgegeben oder die Kosten für das Gerät selbst berücksichtigt werden können oder nicht. Die Bescheinigungs- und Abklärungskosten sind vorweg dem massgebenden Betrag für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zu belasten.

5.5.3 Mietkosten

- 5530** Es werden allenfalls auch die Mietkosten für die im Anhang zur RKEL aufgeführten, nicht leihweise abzugebenden Hilfsmittel im Rahmen des massgebenden Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten berücksichtigt. Die Mietkosten sind laufend zu addieren und dürfen höchstens bis zur Höhe des Kaufpreises im Zeitpunkt des Mietbeginns vergütet werden.

5.5.4 Gebrauchstraining

(Art. 19 Abs. 4 RKEL)

- 5540** Setzt der Gebrauch eines zu berücksichtigenden Hilfsmittels ein besonderes Training der versicherten Person voraus, so sind auch die entsprechenden Kosten zu berücksichtigen. Bloss fachtechnische Instruktionen und Anleitungen zum Gebrauch eines Hilfsmittels gehören zu den Leistungspflichten eines Lieferanten und werden nicht zusätzlich vergütet.
- 5541** Für die Vergütung der Gebrauchstrainingskosten gelten sinngemäss die Vorschriften der Invalidenversicherung.

5.5.5 Betriebs- und Unterhaltskosten

- 5550** Ausgewiesene Betriebs- und Unterhaltskosten des Hilfsmittels sind im Rahmen des massgebenden Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zu berücksichtigen.

• Reparaturen von Geräten

- 5551** Ausgewiesene Kosten für Reparaturen von Hilfsmitteln und Hilfsgeräten, auf die ein Anspruch im Rahmen der EL besteht, sind insoweit im Rahmen des massgebenden Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zu vergüten, als
- sie trotz sorgfältiger Verwendung und Wartung notwendig sind,
 - kein Dritter ersatzpflichtig ist (z. B. die Invalidenversicherung oder der Verkäufer, der Garantie zu leisten hat),
 - sie nicht durch grobes Verschulden der besitzenden Person verursacht wurden.

- 5552** Kosten für im Verlauf des Gebrauchs allfällig notwendig werdende Wiederanpassung sowie für die teilweise Erneuerung von Hilfsmitteln werden ebenfalls vergütet.
- 5553** Für die Vergütung der Reparatur-, Anpassungs- und Erneuerungskosten gelten sinngemäss die Vorschriften der Invalidenversicherung.

5.5.6 Heimaufenthalt (Art. 19 Abs. 4 RKEL)

- 5560** Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte können bei Heimaufenthalt nicht abgegeben werden.

5.6 Sonderbestimmungen für einzelne Arten von Hilfsmitteln

5.6.1 Brillen oder Kontaktlinsen nach Staroperation (Art. A1-1 Abs. 3 RKEL)

- 5610** Nach einer Staroperation kann ein Kostenbeitrag bis maximal Fr. 500.- für eine Brille oder für Kontaktlinsen vergütet werden. Die Kostenvergütung beschränkt sich grundsätzlich auf eine einzige Brille, die nach der Operation oder deren Anpassung aufgrund der Operation notwendig wurde. Pro Person kann dieser Betrag nur einmal zeitlebens entrichtet werden.
- 5611** Falls erforderlich kann eine Brille mit Gleitsichtgläsern oder je eine Brille für Kurzsichtigkeit sowie für Weitsichtigkeit berücksichtigt werden. Der Höchstbetrag von Fr. 500.- bleibt jedoch in diesem Fall unverändert bestehen.
- 5612** Sollte für das rechte und das linke Auge eine Staroperation nötig sein und sollten diese Operationen nicht gleichzeitig stattfinden, ist für die Brille oder die Kontaktlinsen nach der ersten Staroperation bereits der Höchstbetrag von Fr. 500.- anzuwenden. Anpassungen der Brille aufgrund der Operation des anderen Auges können nur mehr vergütet werden, wenn der Höchstbetrag anlässlich der ersten Operation noch nicht vollumfänglich ausgeschöpft wurde.

Beispiel:

Brille nach Operation des linken Auges:

1. Rechnung des Optikers: Fr. 450.-

Anpassung der Brille nach Operation des rechten Auges:

2. Rechnung des Optikers: Fr. 150.-

Da bei der Vergütung der 1. Rechnung der Höchstbetrag noch nicht überschritten wurde, können noch Fr. 50.- von der 2. Rechnung vergütet werden. Fr. 100.- werden nicht zurückvergütet.

- 5613** Sollte nach der Staroperation die Sehkraft des Patienten noch nicht stabil sein, so dass die Gläser aufgrund dieses Umstandes nochmals gewechselt werden müssen, können diese Kosten nur vergütet werden, sofern der Höchstbetrag von Fr. 500.- noch nicht vollumfänglich ausgeschöpft wurde.

Beispiel:

Brille nach Operation des linken Auges:

1. Rechnung des Optikers: Fr. 310.-

Anpassung der Brille nach Operation des rechten Auges:

2. Rechnung des Optikers: Fr. 150.-

Kosten für ein neues Glas sowie dessen Montage:

3. Rechnung des Optikers: Fr. 150.-

Da bei der Vergütung der 1. Rechnung und 2. Rechnung der Höchstbetrag noch nicht überschritten wurde, können noch Fr. 40.- von der 3. Rechnung vergütet werden. Fr. 110.- werden nicht zurückvergütet.

- 5614** Der Kostenbeitrag kann nur vergütet werden, wenn die versicherte Person bei der Kasse die detaillierte Rechnung des Optikers, eine Kopie des Rezeptes für die Brille oder die Kontaktlinsen und eine Bestätigung des behandelnden Augenarztes bezüglich der erfolgten Staroperation einreicht. Der Bestätigung des Augenarztes muss klar zu entnehmen sein, wann und wo die Staroperation stattgefunden hat und welches Auge operiert wurde.

5.6.2 Elektrobetten (Pflegebetten)

(Art. A1-2 Abs. 1 Bst. e RKEL)

- 5620** Elektrobetten werden im Rahmen der EL den Versicherten zur Verfügung gestellt, wenn deren Notwendigkeit für die Pflege zu Hause durch eine ärztliche Bescheinigung bestätigt wird. An Versicherte in Heimen können keine Elektrobetten abgegeben werden.
- 5621** Elektrobetten werden von den Mietstellen, mit denen der Kanton Tarifverträge abgeschlossen hat, den EL-Bezügerinnen und EL-Bezügern leihweise zur Verfügung gestellt. Die Mietkosten gehen zu Lasten des Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten der EL-beziehenden Person.
- 5622** Die Transportkosten für das Elektrobett (zur versicherten Person hin, Rücktransport zur Mietstelle) können ebenfalls der Kasse zulasten des Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten verrechnet werden.
- 5623** Benötigt der EL-Bezüger aufgrund der Anschaffung des Elektrobettes eine neue Matratze und wird diese beim vertraglichen Leistungserbringer zusammen mit dem Elektrobett gemietet, wird auch die Miete für die Matratze vergütet. In diesem Fall umfasst der Begriff „Elektrobett“ gemäss Art. A1-2 Abs. 1 Bst. e RKEL für die Vergütungsbestimmungen sinngemäss das Elektrobett sowie die Matratze.
- 5624** Fällt eine versicherte Person aus der EL-Berechtigung heraus, muss sie für die Mietkosten des Elektrobettes selbst aufkommen. Vorbehalten bleibt Rz 5300.
- 5625** Die Kasse meldet den Wegfall der EL-Berechtigung der Mietstelle. Wenn der Einnahmenüberschuss einer versicherten Person jedoch kleiner ist als die Kosten für das Elektrobett, so sind diese (Miete, Transport) weiterhin ganz den EL zu belasten.

5.6.3 Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte

(Art. A1-2 RKEL)

- 5630** Die Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte nach Art. A1-2 RKEL werden nur für die Hauspflege leihweise abgegeben. (Art. 19 Abs. 4 RKEL)

6 Hilfsmittel für den Verbleib zu Hause

(Art. 22 RKEL)

6.1 Allgemeine Bestimmungen

- 6100** Kosten für Hilfsmittel, deren Hauptziel es ist den Verbleib zu Hause zu begünstigen, können vergütet werden. Berücksichtigt werden nur die einfachen und zweckmässigen Hilfsmittel gemäss Anhang 2 des RKEL, deren Hauptziel es ist den Verbleib zu Hause zu begünstigen.
- 6101** Um die Kosten für die Hilfsmittel für den Verbleib zu Hause zu rechtfertigen, ist die Rechnung zusammen mit einem Arztzeugnis bei der Kasse einzureichen.
- 6102** Die in der Liste der Hilfsmittel, die den Verbleib zu Hause begünstigen, Art. A2-1 Abs. 2 RKEL, unter dem Titel « Anpassungen der Wohnung: » aufgeführten Hilfsmittel, werden nur vergütet, sofern eine Person, die in der Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistungen berücksichtigt wird:
- a) Eigentümerin der angepassten Wohnung ist; oder
 - b) über ein im Grundbuch zu ihren Gunsten eingetragenes Nutzniessungsrecht für diese Wohnung verfügt; oder
 - c) über ein im Grundbuch zu ihren Gunsten eingetragenes Wohnrecht für diese Wohnung verfügt.
- 6103** Der Höchstbetrag für die Vergütung der Kosten gemäss Rz 6100 richtet sich nach RZ 3209. (s. Anhang I, Tabelle 3)
- 6104** Die Rz 5200 bis Rz 5560 sind sinngemäss anwendbar.

6.2 Sonderbestimmungen für einzelne Arten von Hilfsmitteln

6.2.1 Telealarm

(Art. A2-1 Abs. 3 Bst. f RKEL)

- 6210** Die Kosten für die Miete eines Telealarms oder der Kaufpreis für ein solches Gerät können vergütet werden. Dabei ist zu präzisieren, dass sowohl bei der Miete wie auch beim Kauf einzig die Kosten für das Gerät (Armbandsender und Basisstation) berücksichtigt werden können.
- 6211** Jegliche anderen Kosten im Zusammenhang mit dem Telealarm (z. B. Montagekosten, Alarmdienstleistungen) dürfen nicht zurückvergütet werden.

7 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

- 7100** Die vorliegende Wegleitung tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.
- 7101** Alle seit dem 1. Januar 2008 bis 30. Juni 2019 erlassenen Verfügungen und Kostengutsprachen bleiben bestehen, auch wenn die vorliegende Wegleitung das Gesuch anders geregelt hätte. Alle Entscheide, die in die Zeit nach dem 1. Juli 2019 eingreifen, sind zu revidieren. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass keine Rechtsunsicherheit entsteht und der Rechtsgrundsatz von „Treu und Glauben“ nicht verletzt wird.
- 7102** Sämtliche bis zur Einführung und Inkraftsetzung dieser Wegleitung eingegangenen Gesuche bezüglich der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten, über die bis zum 30. Juni 2019 noch nicht mittels Verfügung entschieden wurde, sind gemäss der bisherigen Praxis zu behandeln, sofern die bisherige Praxis für den Gesuchsteller günstiger ist. Dabei sind jeweils die für die entsprechenden Jahre massgebenden Bestimmungen des RKEL und die entsprechenden Ansätze zu berücksichtigen.

Am 29. Mai 2019 durch das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Kultur genehmigt.



Die Vorsteherin des Departements

Esther Waeber-Kalbermatten

Anhang I

Beträge für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

Tabelle 1

Stand 1.1.2019

	Personen zu Hause Art. 14 Abs. 3 Bst. a ELG	Personen im Heim Art. 14 Abs. 3 Bst. b ELG
- Alleinstehende	25'000	6'000
- Verwitwete Personen	25'000	6'000
- Ehegatten von in Heimen wohnenden Personen	25'000	6'000
- Ehepaare (beide zu Hause bzw. beide im Heim)	50'000	je 6'000
- Vollwaisen	10'000	6'000
- Getrenntlebendes Kind (Art. 4 Abs. 1 Bst. b ELV oder Art. 7 Abs. 1 Bst. c ELV)	10'000	6'000
- Übrige Kinder, je	- *	6'000
	*(im Betrag des Elternteils oder Ehepaars inbegriffen)	

Für zu Hause wohnende Personen mit einer Hilflosenentschädigung der IV oder UV für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit können die Beträge nach Tabelle 1 für die Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten erhöht werden (vgl. Art. 14 Abs. 4 ELG und Art. 19b ELV). Eine Erhöhung ist auch möglich beim Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, wenn vorher eine solche der IV bei mittelschwerer oder schwerer Hilflosigkeit bezogen wurde (Art. 14 Abs. 5 ELG).

Tabelle 2

Stand 1.1.2019

	Erhöhung	Höchstbetrag (Personen zu Hause)
Alleinstehende und verwitwete Personen		
<i>bei schwerer Hilflosigkeit</i>	+ 65 000	90 000
<i>bei mittelschwerer Hilflosigkeit</i>	+ 35 000	60 000
Ehegatten von in Heimen wohnenden Personen		
<i>bei schwerer Hilflosigkeit</i>	+ 65 000	90 000
<i>bei mittelschwerer Hilflosigkeit</i>	+ 35 000	60 000
Ehepaare (beide zu Hause)		
<i>beide Ehegatten je schwer</i>	+ 130 000	180 000
<i>beide Ehegatten je mittelschwer</i>	+ 70 000	120 000
<i>ein Ehegatte schwer, der andere mittelschwer</i>	+ 100 000	150 000
<i>nur ein Ehegatte schwer</i>	+ 65 000	115 000
<i>nur ein Ehegatte mittelschwer</i>	+ 35 000	85 000
Vollwaisen	keine Erhöhung	10 000
Getrenntlebendes Kind	keine Erhöhung	10 000
Übrige Kinder	keine Erhöhung	– *
		*(im Betrag des Elternteils oder Ehepaares inbegriffen)

Jährliche Höchstbeträge für Hilfsmittelkosten für den Verbleib zu Hause
(Art. 20 Abs. 1 ELR)

Tabelle 3

Stand 1.1.2019

	Personen zu Hause
- Alleinstehende	6'808
- Verwitwete Personen	6'808
- Ehegatten von in Heimen wohnenden Personen	6'808
- Ehepaare (beide zu Hause bzw. beide im Heim)	je 6'808
- Vollwaisen	6'808
- Getrennt lebendes Kind (Art. 4 Abs. 1 Bst. b ELV oder Art. 7 Abs. 1 Bst. c ELV)	6'808
- Übrige Kinder, je	- *
	*(im Betrag des Elternteils oder Ehepaars inbegriffen)

Anhang II

Referenzbeträge für die Festlegung der rückvergütbaren Krankheits- und Behindernungskosten

Tabelle 1

Stand 1.1.2019

Das Naturaleinkommen wird nach den in der AHV geltenden Ansätzen bewertet. Nämlich:

Naturaleinkommen	Pro Tag	Pro Monat	Pro Jahr
Volle Unterkunft und Verpflegung	33	990	11880
Morgenessen	3.50	105	1260
Mittagessen	10	300	3600
Abendessen	8	240	2880
Unterkunft	11.50	345	4140

Anhang III

Erhöhung der jährlichen Höchstbeträge für die KBK

(Art. 14 Abs. 4 und Abs. 5 ELG sowie Art. 19b ELV)

Immer dann, wenn die ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten höher sind als:

- die Hilflosenentschädigung der IV
- die Hilflosenentschädigung der UV
- die Summe von der Hilflosenentschädigung der IV + die Hilflosenentschädigung der UV
- die Summe von der Hilflosenentschädigung der IV oder UV + dem Assistenzbeitrag der IV oder AHV

sowie der Höchstbetrag für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten, vgl. Art. 14 Abs. 3 ELG:

- Fr. 25000.- bei Alleinstehenden
- Fr. 50000.- bei Ehepaaren

vor Abzug der Hilflosenentschädigung und des Assistenzbeitrages nicht ausreicht, um die Kosten voll zu vergüten, wird dieser Höchstbetrag für zu Hause lebende Personen mit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV oder UV erhöht. Dieser Betrag wird ebenfalls bei Bezügerinnen und Bezüger einer Hilflosenentschädigung der AHV, die vorher eine Hilflosenentschädigung der IV bezogen haben, angehoben.

Bezüglich der Höchstbeträge s. Anhang I, Tabelle 2

Betreffend die Kosten für Hilfe und Betreuung im Haushalt (Haushilfe, Familienhilfe usw.) ist festzuhalten, dass für diese Kosten die oben erklärte Regelung betreffend die Erhöhung des Höchstbetrages nicht zur Anwendung gelangt. Hier gelten immer die Höchstbeträge gemäss Art. 14 Abs. 3 ELG.

Sobald der Höchstbetrag angehoben wird, werden die Hilflosenentschädigung und/oder der Assistenzbeitrag von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten abgezogen. Damit die Erhöhung für die betroffene Person letztlich nicht eine Verschlechterung mit sich bringt, darf jedoch der Höchstbetrag nach Art. 14 Abs. 3 ELG nicht unterschritten werden. In welchen Fällen diese Regelung zum Tragen kommt, verdeutlichen nachstehende Beispiele.

Der Abzug der Hilflosenentschädigung wird nur bei Kosten nach den Art. 14 bis 16 RKEL gemacht, nicht jedoch bei Kosten in Tagesstrukturen nach Art. 17 RKEL. Die Dienstleistung in den Tagesstrukturen besteht in erster Linie darin, die behinderten Personen zu betreuen und zu beschäftigen. Dienstleistungen im Zusammenhang mit Pflege sind marginal.

Kontrollliste betreffend die Grundvoraussetzungen für eine Erhöhung:

1. Lebt die zu pflegende Person zu Hause und bezieht sie eine Hilflosenentschädigung der IV oder UV mittleren oder schweren Grades? Hilflosenentschädigung der AHV mittleren oder schweren Grades im Besitzstand?
2. Sind die Pflege- und Betreuungskosten höher als die jährliche Hilflosenentschädigung + der jährliche Assistenzbeitrag?
3. Ist das Total der jährlichen KBK höher als die Höchstbeträge nach Art. 14 Abs. 3 ELG?
4. Sind alle Punkte 1. - 3. erfüllt, wird der Höchstbetrag auf Fr. 60000.- / Fr. 90000.- erhöht. Diese Höchstbeträge beziehen sich auf den insgesamt vergütbaren Betrag der KBK und nicht nur auf die Pflege- und Betreuungskosten!

Beispiele betreffend die Erhöhung der Höchstbeträge für die KBK

(Art. 14 Abs. 4 und Abs. 5 ELG sowie Art. 19b ELV)

Kommentar zu den Beispielen:

Es wird von einer alleinstehenden Person ausgegangen, die eine Hilflosenentschädigung der IV von abgerundet Fr. 22000.- pro Jahr bezieht (effektiver Betrag, Stand 2014: Fr. 22464.-, bei schwerer Hilflosigkeit)

Bei den Beispielen mit Anrechnung eines Assistenzbeitrages der IV wird jeweils ein Betrag von Fr. 15000.- pro Jahr berücksichtigt.

Beispiel 1 (ohne Assistenzbeitrag):

Es entstehen Kosten für

<i>Hilfe zu Hause</i>	<i>4800</i>
<i>Zahnarzt</i>	<i>10200</i>
<i>Pflege und Betreuung</i>	<i>23000</i>
<i>Total</i>	<i>38000</i>

Die Kosten für Pflege und Betreuung sind höher als die Hilflosenentschädigung (Fr. 22000.-) und der Betrag von Fr. 25000.- reicht (vor Abzug der Hilflosenentschädigung) nicht aus, um das Total der Kosten zu decken. Daher wird die Grenze von Fr. 25000.- auf Fr. 90000.- erhöht. Bei einem Abzug der ganzen Hilflosenentschädigung könnten nur Fr. 16000.- (= Fr. 23000.- - Fr. 22000.- + Fr. 4800.- + Fr. 10200.-) vergütet werden. Aufgrund der vorgesehenen Mindestgarantie (Höchstbetrag nach Art. 14 Abs. 3 ELG darf nicht unterschritten werden) können jedoch Fr. 25000.- vergütet werden.

Beispiel 1a (mit Assistenzbeitrag):

Es entstehen Kosten für

Hilfe zu Hause	4800
Zahnarzt	10200
<u>Pflege und Betreuung</u>	<u>23000</u>
Total	38000

Die Kosten für Pflege und Betreuung (Fr. 23000.-) sind tiefer als die Summe von der Hilflosenentschädigung und dem Assistenzbeitrag (Fr. 22000.- + Fr. 15000.- = Fr. 37000.-). Somit erfüllt diese Situation die Grundvoraussetzungen nach Art. 14 Abs. 4 ELG für die Erhöhung des Höchstbetrages nicht. Die Kosten für Pflege und Betreuung sind durch die Hilflosenentschädigung und den Assistenzbeitrag der AHV oder IV gedeckt. Es werden somit maximal Fr. 25000.- für das Total der KBK vergütet.

Beispiel 2 (mit Assistenzbeitrag):

Es entstehen Kosten für

Hilfe zu Hause	4800
Zahnarzt	10200
<u>Pflege und Betreuung</u>	<u>40000</u>
Total	55000

Die Kosten für Pflege und Betreuung (Fr. 40000.-) sind höher als die Summe von der Hilflosenentschädigung und dem Assistenzbeitrag (Fr. 22000.- + Fr. 15000.- = Fr. 37000.-); der Betrag von Fr. 25000.- reicht (vor Abzug der Hilflosenentschädigung und des Assistenzbeitrages) nicht aus, um das Total der Kosten zu decken. Daher wird die Grenze von Fr. 25000.- auf Fr. 90000.- erhöht. Bei einem Abzug der ganzen Summe (Hilflosenentschädigung + Assistenzbeitrag) könnten nur Fr. 18000.- (= Fr. 40000.- - Fr. 37000.- + Fr. 4800.- + Fr. 10200.-) vergütet werden. Aufgrund der vorgesehenen Mindestgarantie (Höchstbetrag nach Art. 14 Abs. 3 ELG darf nicht unterschritten werden) können jedoch Fr. 25000.- vergütet werden.

Beispiel 3 (ohne Assistenzbeitrag):

Es entstehen Kosten für

<u>Pflege und Betreuung</u>	<u>23000</u>
Total	23000

Die Kosten für Pflege und Betreuung sind höher als die Hilflosenentschädigung (Fr. 22000.-), jedoch reicht der Betrag von Fr. 25000.- (vor Abzug der Hilflosenentschädigung) aus, um das Total der Kosten zu decken. Damit gibt es keine Erhöhung der Grenze von Fr. 25000.-. Die Hilflosenentschädigung wird nicht abgezogen. Es werden Fr. 23000.- vergütet.

Neu entstehen noch Kosten für Zahnarzt in Höhe von Fr. 10200.-.

Pflege und Betreuung	23000
<u>Zahnarzt</u>	<u>10200</u>
Total	33200

Die Kosten für Pflege und Betreuung sind höher als die Hilflosenentschädigung (Fr. 22000.-) und der Betrag von Fr. 25000.- reicht (vor Abzug der Hilflosenentschädigung) nicht aus, um das Total der Kosten zu decken. Daher wird die Grenze von Fr. 25000.- auf Fr. 90000.- erhöht. Bei einem Abzug der ganzen Hilflosenentschädigung könnten nur Fr. 11200.- (= Fr. 23000.- - Fr. 22000.- + Fr. 10200.-) vergütet werden. Dank der Mindestgarantie (Höchstbetrag nach Art. 14 Abs. 3 ELG darf nicht unterschritten werden) werden insgesamt Fr. 25000.- vergütet. Da bereits Fr. 23000.- vergütet wurden, können noch Fr. 2000.- ausbezahlt werden. Die Vergütung weiterer KBK ist noch möglich.

Beispiel 3a (mit Assistenzbeitrag):

Es entstehen Kosten für

<u>Pflege und Betreuung</u>	23000
Total	23000

Die Kosten für Pflege und Betreuung (Fr. 23000.-) sind tiefer als die Summe von der Hilflosenentschädigung und dem Assistenzbeitrag (Fr. 22000.- + Fr. 15000.- = Fr. 37000.-). Des Weiteren reicht der Betrag von Fr. 25000.- (vor Abzug der Hilflosenentschädigung und dem Assistenzbeitrag) aus, um das Total der Kosten zu decken. Somit erfüllt diese Situation die Grundvoraussetzungen nach Art. 14 Abs. 4 ELG für die Erhöhung des Höchstbetrages nicht. Es werden Fr. 23000.- vergütet.

Neu entstehen noch Kosten für Zahnarzt in Höhe von Fr. 10200.-.

Pflege und Betreuung	23000
<u>Zahnarzt</u>	10200
Total	33200

Die Kosten für Pflege und Betreuung (Fr. 23000.-) sind tiefer als die Summe von der Hilflosenentschädigung und dem Assistenzbeitrag (Fr. 22000.- + Fr. 15000.- = Fr. 37000.-). Somit erfüllt diese Situation die Grundvoraussetzungen nach Art. 14 Abs. 4 ELG für die Erhöhung des Höchstbetrages nicht. Die Kosten für Pflege und Betreuung sind durch die Hilflosenentschädigung und den Assistenzbeitrag der AHV oder IV gedeckt. Es werden somit maximal Fr. 25000.- für das Total der KBK vergütet. Da bereits Fr. 23000.- vergütet wurden, können noch Fr. 2000.- ausbezahlt werden. Sollten später noch KBK eingereicht werden, können diese nicht mehr vergütet werden! Wenn sich jedoch der Betrag für die Pflege und Betreuung verändern sollte, ist die gesamte Abrechnung neu zu erstellen.

Anhang IV

A1 Anhang 1 zu Artikel 19 Absatz 1 RKEL

A1.1 Liste der Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte

Art. A1-1 Hilfsmittel

1 **Orthesen:**

- a) Rumpforthesen: sofern eine funktionelle Insuffizienz der Wirbelsäule mit erheblichen Rückenbeschwerden sowie klinisch und radiologisch nachweisbaren Veränderungen der Wirbelsäule vorliegt, die durch medizinische Massnahmen nicht oder nur ungenügend zu beeinflussen ist.

2 **Schuhwerk:**

- a) Kostspielige orthopädische Änderungen/Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen.

3 **Brillen und Kontaktlinsen:**

- a) Brillen oder Kontaktlinsen nach Staroperationen: Für Brillen oder Kontaktlinsen direkt nach der Staroperation wird ein Betrag von höchstens 500 Franken vergütet. Dieser Höchstbetrag kommt pro Person und Augenpaar zur Anwendung. Er wird pro Person zeitlebens nur einmal vergütet.

4 **Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache:**

- a) Blindenstöcke;
- b)** Blindenführhunde sofern die Eignung des Versicherten als Führhundehalter erwiesen ist und er sich dank dieser Hilfe ausserhalb des Hauses selbständig fortbewegen kann. Es werden im Rahmen von Art. 19 RKEL die monatlichen Mietkosten gemäss dem für die Invalidenversicherung gültigen Tarifvertrag mit den Führhundeschulen vergütet;
- c)** Punktschriftschreibmaschinen;
- d) Abspielgeräte für Tonträger: für Blinde und hochgradig Sehbehinderte zum Abspielen von auf Tonträger gesprochener Literatur. Der Höchstbeitrag beträgt 200 Franken.

** Leihweise abzugebende Geräte

5 **Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt**

- a)** elektrische und elektronische Kommunikationsgeräte für schwer sprech- und schreibbehinderte Versicherte, die zur Pflege des täglichen Kontakts mit der Umwelt auf ein solches Gerät angewiesen sind und über die notwendigen intellektuellen und motorischen Fähigkeiten zur Bedienung eines solchen Geräts verfügen;
- b) Abspielgeräte für Tonträger sofern eine gelähmte Person, die nicht in der Lage ist, selbständig Bücher zu lesen, zum Abspielen von auf Tonträger gesprochener Literatur auf einen solchen Behelf angewiesen ist. Der Höchstbeitrag beträgt 200 Franken;
- c)** Seitenwendegeräte sofern eine Person, welche die Voraussetzungen für ein Abspielgerät für Tonträger erfüllt, dieses Gerät anstelle eines Abspielgerätes benötigt;

- d)** Steuergeräte zur selbständigen Bedienung des Telefons sofern ein schwerstgelähmter Versicherter, der nicht in einem Spital oder einer spezialisierten Institution für Chronischkranke untergebracht ist, nur durch diese Vorrichtung mit der Umwelt in Kontakt treten kann.

** Leihweise abzugebende Geräte

Art. A1-2 Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte

1 Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte:

- a)** Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz;
- b) Inhalationsapparate;
- c)** Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen, sofern ein Versicherter ohne diesen Beihelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist;
- d)** Krankenheber, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist;
- e)** Elektrobetten, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit darstellt;
- f) Nachtstuhl;
- g) Aufzugständer (Bettgalgen).

** Leihweise abzugebende Geräte

A2 Anhang 2 zu den Artikeln 19 und 22 RKEL

Art. A2-1 Liste der Hilfsmittel, die den Verbleib zu Hause begünstigen

¹ Anpassungen von Bade-, Dusch- und WC-Räumen:

- a) Haltegriff;
- b) Handlauf;
- c) Badewannenlift;
- d) Badebrett;
- e) WC-Aufsätze + Zubehör;
- f) Duschstuhl.

² Anpassungen der Wohnung:

- a) Treppenlift: Berücksichtigt werden nur die Kosten für das Material und die Montage eines Treppenlifts, sofern es der behinderten Person infolge der Behinderung nicht mehr möglich ist, die Treppe zu benutzen. Eine Kostenübernahme für diese Wohnungsanpassung darf nur erfolgen, sofern nicht bereits ein elektrischer Treppensteiger vorhanden ist oder Kosten für einen elektrischen Treppensteiger, in den letzten 5 Jahren, im Rahmen der Ergänzungsleistungen vergütet wurden;
- b) Handlauf: Berücksichtigt werden nur die Kosten für das Material und die Montage des Handlaufs;
- c) Dusche: Berücksichtigt werden nur die Kosten für das Material und die Montage einer Dusche, sofern damit eine vorhandene Badewanne ersetzt wird und die Badewanne von der behinderten Person infolge der Behinderung nicht mehr genutzt werden konnte.

³ Andere Hilfsmittel:

- a) Antidekubitus-Kissen;
- b) Antidekubitus-Matratze;
- c) Rollator und Gehbock;
- d) Transferhilfe: Kunststoff-Rutschbrett;
- e) Inkontinenz-Schutz (Betteinlagen, Hosen, Einlagen usw.);
- f) Telealarm (Miete oder Kauf);
- g) Bettbogen;
- h) Lichtsignalanlage für Schwerhörige;
- i) Lagerungskissen;
- j) Elektrischer Treppensteiger: Eine Kostenübernahme für dieses Hilfsmittel darf nur erfolgen, sofern nicht bereits ein Treppenlift vorhanden ist oder Kosten für einen Treppenlift bereits früher im Rahmen der Ergänzungsleistungen vergütet wurden.