Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV)

Vom 18. Dezember 2007 (Stand 6. September 2008)

Der Regierungsrat des Kantons Zug,

gestützt auf Art. 14 Abs. 2 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 6. Oktober 2006[1)] sowie in Vollziehung von § 4 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG) vom 8. Mai 2008[2)], *****

beschliesst:

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsatz

[1] Ausgewiesene Krankheits- und Behinderungskosten für Leistungen gemäss Art. 14 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)[3)] werden vergütet, wenn sie wirtschaftlich und zweckmässig sind.

[2] Die Ausgleichskasse kann die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit abklären lassen.

§ 2 Höchstbeträge

[1] Die zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung vergüteten Krankheits- und Behinderungskosten entsprechen höchstens den in Art. 14 Abs. 3 – 5 ELG bezeichneten Beträgen.

---

1) SR 831.30
2) BGS 841.7
3) SR 831.30

§ 3 Zeitlich massgebende Kosten

[1] Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden nur für das Kalenderjahr vergütet, in dem die Behandlung vorgenommen oder der Kaufgetätigt wurde. Diese Regelung gilt sinngemäss auch für die Kosten eines vorübergehenden Heimaufenthalts.

[2] Die Ausgleichskasse ist ermächtigt, allgemein auf das Datum der Rechnungsstellung bzw. das Datum der Abrechnung der Krankenversicherung abzustellen. Vorbehalten bleibt Abs. 3.

[3] Fällt die jährliche Ergänzungsleistung für Berechtigte oder für einzelne Familienangehörige dahin, so hat die Ermittlung der zu vergütenden Kosten nach Abs. 1 zu erfolgen. Das Gleiche gilt bei Wohnsitzverlegung Berechtigter, wenn der alte und der neue Wohnsitzkanton für die zeitlich massgebenden Kosten voneinander abweichende Kriterien nach den Absätzen 1 und 2 anwenden.

§ 4 Einreichung und Auszahlung

[1] Die Rückvergütung der Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten ist durch die Einreichung der Originalbelege geltend zu machen.

[2] Die Rückvergütung erfolgt in der Regel vierteljährlich mit gesonderter Auszahlung an die Berechtigten.

§ 5 Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen

[1] Anspruch auf Vergütung der Kosten nach Art. 14 ELG besteht nur, soweit nicht andere Versicherungen für die Kosten aufkommen. Der Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, der IV, der Unfall- oder der Militärversicherung gilt nicht als Kostenvergütung einer anderen Versicherung.

[2] Erhöht sich der Betrag der Kostenvergütung nach Art. 14 Abs. 4 ELG, so wird die Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten nach §§ 15–17 abgezogen. Der Höchstbetrag nach Art. 14 Abs. 3 ELG darf jedoch nicht unterschritten werden.

[3] Hat die Krankenversicherung für ihre Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten zu Hause die Hilflosenentschädigung der IV oder der Unfallversicherung angerechnet, so wird die Hilflosenentschädigung im Umfang der Anrechnung nicht von den ausgewiesenen Kosten abgezogen.

[4] Bei Anwendung von Art. 14 Abs. 5 ELG gelten die Absätze 2 und 3 sinngemäss.

§ 6 Vergütung nach dem Tod der/des Versicherten

[1] Ist eine versicherte Person gestorben, welche in die Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistungen einbezogen war, so werden die von ihr verursachten Krankheits- und Behinderungskosten sowie Kosten für Hilfsmittel vergütet, wenn ihre Rechtsnachfolgenden dies innert zwölf Monaten nach ihrem Tod verlangen.

§ 7 Im Ausland entstandene Krankheits- und Behinderungskosten

[1] In der Schweiz entstandene Krankheits- und Behinderungskosten werden vergütet.

[2] Im Ausland entstandene Kosten werden ausnahmsweise vergütet, wenn sie während eines Auslandaufenthaltes notwendig werden oder wenn die medizinisch indizierten Massnahmen nur im Ausland durchgeführt werden können.

[3] Im Ausland entstandene Kosten für Badekuren und Rekonvaleszenzaufenthalte werden nicht vergütet.

[4] Wird ein nicht leihweise abzugebendes Hilfsmittel im Ausland angeschafft, so ist der in der Schweiz hiefür vorgesehene Preis massgebend, sofern er offensichtlich niedriger ist.

2. Ärztliche und zahnärztliche Kosten, Kosten für Arznei, Pflege und Betreuung

§ 8 Kostenbeteiligung

[1] Die Beteiligung nach Art. 64 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)[4)] an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 24 KVG übernimmt, wird vergütet.

§ 9 Versicherung mit wählbaren Franchisen

[1] Wird eine Versicherung mit höherer Franchise nach Art. 93 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)[5)] gewählt, so wird eine Kostenbeteiligung von höchstens 1000 Franken pro Jahr vergütet.

---

4) SR 832.10
5) SR 832.102

§ 10 Zahnbehandlungskosten

[1] Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen werden vergütet.

[2] Für die Vergütung ist der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungs-Tarif (UV/MV/IV-Tarif) über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und der UV/MV/IV-Tarif für zahntechnische Arbeiten massgebend.

[3] Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung (inkl. Labor) voraussichtlich höher als 3000 Franken, so ist der Ausgleichskasse vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag einzureichen. Wurde eine Behandlung von über 3000 Franken ohne genehmigten Kostenvoranschlag durchgeführt, werden höchstens 3000 Franken vergütet.

[4] Die Kostenvoranschläge und Rechnungen sind entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen.

§ 11 Diätkosten

[1] Ausgewiesene Mehrkosten für von Ärztinnen oder Ärzten verordnete lebensnotwendige Diät von Personen, die weder in einem Heim noch Spital leben, gelten als Krankheitskosten. Es ist ein jährlicher Pauschalbetrag von 2100 Franken zu vergüten.

§ 12 Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Spital

[1] Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Spital wird von der Kostenbeteiligung nach § 8 ein angemessener Betrag für den Lebensunterhalt abgezogen.

§ 13 Kosten von Kuren

[1] Kosten für ärztlich verordnete und in der Schweiz durchgeführte Kuren werden nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt vergütet

a) bei Erholungskuren, wenn die Kur in einem Heim oder Spital durchgeführt wurde;
b) bei Kuren in einem Heilbad, wenn die versicherte Person während des Kuraufenthaltes unter ärztlicher Kontrolle stand.

[2] Die Begrenzung der Kosten für den Aufenthalt in einem Heim oder Spital gemäss § 2 Abs. 1 EG ELG gilt sinngemäss auch für Kuren.

§ 14 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause

[1] Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung, die infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig ist und von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern erbracht wird, werden vergütet.

[2] Bei einem nach den Einkommens- oder Vermögensverhältnissen abgestuften Tarif wird nur der tiefste Tarif angerechnet.

[3] Pflege- und Betreuungskosten, die in einem öffentlichen oder gemeinnützigen Tagesheim, Tagesspital oder Ambulatorium entstanden sind, werden ebenfalls vergütet.

[4] Kosten für Leistungen privater Träger werden vergütet, soweit sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen.

[5] Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt werden bis höchstens 4800 Franken pro Kalenderjahr vergütet, wenn die Hilfe von einer Person erbracht wird, welche:

a) nicht im gleichen Haushalt lebt oder
b) nicht über eine anerkannte Spitex-Organisation eingesetzt wird.

[6] Bei einer Vergütung nach Abs. 5 werden Kosten bis 25 Franken pro Stunde berücksichtigt.

§ 15 Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal

[1] Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal werden zu Hause wohnenden Bezügerinnen und Bezügern mit einer Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit nur für den Teil der Pflege und Betreuung vergütet, der nicht durch eine anerkannte Spitexorganisation im Sinne von Art. 51 KVV erbracht werden kann.

[2] Die Leitung des Pflegezentrums Baar legt die Pflege und Betreuung, die im konkreten Fall nicht von einer anerkannten Spitexorganisation erbracht werden kann, und das Anforderungsprofil der anzustellenden Person fest. Wird das Pflegezentrum Baar nicht beigezogen oder werden dessen Vorgaben nicht eingehalten, werden die Kosten nicht vergütet.

§ 16 Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige

[1] Kosten für Pflege und Betreuung, die durch Familienangehörige erbracht wird, werden nur vergütet, wenn die betreffenden Familienangehörigen:

a) nicht in der EL-Berechnung eingeschlossen sind und
b) durch die Pflege und Betreuung eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse erleiden.

[2] Die Kosten werden höchstens im Umfang des Erwerbsausfalls vergütet.

§ 17 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von behinderten Personen in Tagesstrukturen

[1] Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von behinderten Personen in Tagesheimen, Beschäftigungsstätten und ähnlichen Tagesstrukturen werden vergütet, wenn:

a) sich die behinderte Person mehr als fünf Stunden pro Tag dort aufhält und
b) die Tagesstruktur von einem öffentlichen oder gemeinnützigen privaten Träger betrieben wird.

[2] Angerechnet werden Kosten bis höchstens 45 Franken pro Tag, an dem sich die behinderte Person in der Tagesstruktur aufgehalten hat.

[3] Keine Kosten werden vergütet:

a) bei Beschäftigung mit einer Entlöhnung in Geld von über 100 Franken pro Monat;
b) bei Heimaufenthalt mit EL-Berechnung nach Art. 10 Abs. 2 ELG.

§ 18 Transportkosten

[1] Ausgewiesene Transportkosten werden vergütet, soweit sie in der Schweiz durch einen Notfalltransport oder durch eine notwendige Verlegung entstanden sind.

[2] Vergütet werden auch ausgewiesene Kosten für Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort. Vergütet werden die Kosten, die den Preisen der öffentlichen Transportmittel für Fahrten auf dem direkten Weg entsprechen. Ist die versicherte Person wegen ihrer Behinderung auf die Benützung eines andern Transportmittels angewiesen, werden diese Kosten vergütet.

[3] Tagesstrukturen nach § 17 sind den medizinischen Behandlungsorten im Sinne von Abs. 2 gleichgestellt.

3. Hilfsmittel und Hilfsgeräte

§ 19 Anspruch

[1] Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen haben im Rahmen von Art. 14 Abs. 1 Bst. f ELG Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten oder auf die leihweise Abgabe der im Anhang aufgeführten Hilfsmittel oder Hilfsgeräte (Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte). Die im Anhang mit einem Stern (*) bezeichneten Hilfsmittel und Hilfsgeräte werden nur leihweise abgegeben.

[2] Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen haben zudem Anspruch auf eine Vergütung in Höhe eines Drittels des Kostenbeitrages der AHV bei Hilfsmitteln:

a) die im Anhang zur Verordnung vom 28. August 1978[6)] über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) aufgeführt sind und
b) an welche die AHV einen Kostenbeitrag geleistet hat.

[3] Vergütet werden ferner die Kosten für Ersatzteile und Behelfe, die im Rahmen eines chirurgischen Eingriffes eingesetzt werden.

[4] Ein Anspruch auf Vergütung der Kosten besteht nur, soweit die Hilfsmittel nicht aufgrund der Bestimmungen der AHV, der IV oder der Krankenversicherung abgegeben werden. Die Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte nach Abschnitt II des Anhangs werden nur für die Hauspflege leihweise abgegeben.

[5] Die Anschaffungs- oder Mietkosten werden vergütet, sofern die Ausführung des Hilfsmittels einfach und zweckmässig ist.

[6] Für die Vergütung der Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchstrainingskosten gelten sinngemäss die Vorschriften der Invalidenversicherung.

§ 20 Abklärung

[1] Wo es zweifelhaft erscheint, ob ein Hilfsmittel oder Hilfsgerät notwendig oder dessen Ausführung einfach und zweckmässig ist, hat die versicherte Person die Bescheinigung einer Ärztin oder eines Arztes, einer Spezialstelle für Invalidenhilfe oder einer Beschäftigungstherapiestelle beizubringen.

[2] Bei Hörapparaten muss die Notwendigkeit und Zweckmässigkeit des Gerätes durch von der Invalidenversicherung für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Expertinnen oder Experten bescheinigt sein.

[3] Die Kosten für die Abklärungen gelten als Kosten im Sinn von Art. 14 Abs. 1 Bst. f ELG.

§ 21 Abgabe aus IV-Depots und Rücknahme

[1] Ist das leihweise abzugebende Hilfsmittel oder Hilfsgerät in einem IV-Depot vorhanden, so besteht kein Anspruch auf die Abgabe eines neuen Gerätes.

---

6) SR 831.135.1

[2] Für die Rücknahme, Einlagerung und Weiterverwendung leihweise abgegebener Hilfsmittel oder Hilfsgeräte sind die Vorschriften der Invalidenversicherung massgebend.

4. Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 22 Inkrafttreten

[1] Diese Verordnung stützt sich bis zum Inkrafttreten des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, auf die Verordnung betreffend Übergangsrecht zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 18. Dezember 2007.

[2] Sie tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Änderungstabelle - Nach Beschluss

Beschluss	Inkrafttreten	Element	Änderung	GS Fundstelle
18.12.2007	01.01.2008	Erlass	Erstfassung	GS 29, 601
02.09.2008	06.09.2008	Ingress	geändert	GS 29, 907

Änderungstabelle - Nach Artikel

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	GS Fundstelle
Erlass	18.12.2007	01.01.2008	Erstfassung	GS 29, 601
Ingress	02.09.2008	06.09.2008	geändert	GS 29, 907