

16. September 2009

Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG)

Der Regierungsrat des Kantons Bern,
gestützt auf Artikel 2 Absatz 2, 10 Absatz 2, 14 und 21 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über
Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) [SR 831.30], Artikel 5
und 6 Absatz 3 des Einführungsgesetzes vom 27. November 2008 zum Bundesgesetz über
Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG) [BSG 841.31],
auf Antrag der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion,
beschliesst:

1. Jährliche Ergänzungsleistung

Art. 1

Heimdefinition

¹ Als Heim gelten Einrichtungen, die über eine kantonale Betriebsbewilligung gestützt auf die Verordnung vom 18. September 1996 über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung, HEV) [BSG 862.51] oder die Pflegekinderverordnung vom 4. Juli 1979 [BSG 213.223] verfügen.

² Wurde die Erteilung der Betriebsbewilligung an eine kommunale Stelle delegiert, ist die durch die kommunale Stelle erteilte Betriebsbewilligung der kantonalen gleichgestellt.

Art. 2 [Fassung vom 26. 10. 2011]

Höchstmöglich anrechenbare Heim- oder Spitalkosten

1. Kategorien von Heimen und Spitälern

Für die Festlegung der höchstmöglich anrechenbaren Kosten werden drei Kategorien von Heimen und Spitälern unterschieden:

- a*
- a* Heime und Spitäler, die auf einer kantonalen Spital- und Pflegeheimliste nach Artikel 39 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) [SR 832.10] aufgeführt sind und zwischen dem 1. Januar 1991 und dem 31. Dezember 2010
 - 1. keine Investitionsbeiträge des Kantons Bern gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhalten haben oder
 - 2. Investitionsbeiträge des Kantons Bern gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhalten und diese bis am 31. Januar 2011 zurückerstattet haben oder
 - 3. Investitionsbeiträge des Kantons Bern gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhalten und mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine Vereinbarung für deren Rückerstattung (Art. 33a) abgeschlossen haben.

b

 - 1. Heime und Spitäler, die auf der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern aufgeführt sind, zwischen dem 1. Januar 1991 und dem 31. Dezember 2010 Investitionsbeiträge des Kantons Bern gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhalten und diese weder bis am 31. Januar 2011 zurückerstattet noch mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine Vereinbarung für deren Rückerstattung abgeschlossen haben sowie
 - 2. alle übrigen Heime im Kanton Bern.

- c Heime ausserhalb des Kantons Bern, die der Interkantonalen Vereinbarung vom 20. September 2002 für soziale Einrichtungen (IVSE) [BSG 862.71] unterstellt sind.

Art. 3 [Fassung vom 26. 10. 2011]

2. Heime und Spitäler der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern

¹ Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern leben (Art. 2 Bst. a), werden als Ausgaben folgende täglichen Höchstbeträge anerkannt:

		CHF
a	Pflegestufe 0	160.95
b	Pflegestufe 1	162.05
c	Pflegestufe 2	173.70
d	Pflegestufe 3 bis 12	182.55

² Der Pflegeaufwand ist mit dem Bewohnerbeurteilungssystem BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) oder RAI/RUG (Resident Assessment Instrument/Resource Utilization Group) zu erheben.

³ Bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern leben, hat die Einstufung bei BESA mit dem Leistungskatalog 2005 und die Ressourcenklärung mit dem Modul 2.0 oder höher zu erfolgen. Bei RAI/RUG hat die Einstufung mit der Version Bern 2003 zu erfolgen. Bei der Software ist die Version 2.0 oder höher einzusetzen.

⁴ Das Ergebnis des erhobenen Pflegeaufwands wird anhand der Tabelle in Anhang 1 der entsprechenden Pflegestufe des zentralen Systems zugeordnet. Sie ist für die Berechnung der Ergänzungsleistungen massgebend.

⁵ Die für die Berechnung der Ergänzungsleistungen erforderlichen Angaben sind für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern leben, auf einen Tarifaussweis zu übertragen, der von der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) anerkannt ist. Diese Angaben sind durch eine Ärztin oder einen Arzt sowie durch die Heimbeziehungsweise Spitalleitung auf dem Tarifaussweis zu bestätigen.

Art. 3a [Eingefügt am 26. 10. 2011]

3. Heime und Spitäler der Spital- und Pflegeheimliste eines andern Kantons

¹ Die höchstmöglich anrechenbaren Heimkosten für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- oder Pflegeheimliste eines andern Kantons leben (Art. 2 Bst. a), richten sich nach Artikel 3 Absatz 1.

² Die Erhebung des Pflegeaufwands und die Zuordnung zu einer Pflegestufe hat bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- oder Pflegeheimliste eines andern Kantons leben, nach Artikel 3 Absatz 2 und 4 zu erfolgen.

³ Die für die Berechnung der Ergänzungsleistungen erforderlichen Angaben sind für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste eines andern Kantons leben, auf einen Tarifaussweis zu übertragen, der vom jeweiligen Kanton anerkannt ist. Diese Angaben sind durch die vom jeweiligen Kanton vorgesehenen Personen auf dem Tarifaussweis zu bestätigen.

Art. 4 [Fassung vom 11. 8. 2010]

4. Heime und Spitäler nach Artikel 2 Buchstabe b [Fassung vom 26. 10. 2011]

¹ Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital nach Artikel 2 Buchstabe b leben, wird als täglicher Höchstbetrag 135 Franken anerkannt.

² Die für die Berechnung der Ergänzungsleistungen erforderlichen Angaben sind auf einen Tarifaussweis zu übertragen, der von der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) anerkannt ist. Diese Angaben sind durch die Heimbeziehungsweise Spitalleitung zu bestätigen.

Art. 5 [Fassung vom 11. 8. 2010]

5. Heime nach Artikel 2 Buchstabe c [Fassung vom 26. 10. 2011]

Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital nach Artikel 2 Buchstabe c leben, wird als täglicher Höchstbetrag 135 Franken anerkannt.

Art. 6

Persönliche Auslagen

Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital gemäss Artikel 3, 4 oder 5 leben, werden monatlich 367 Franken für persönliche Auslagen anerkannt.

2. Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten

2.1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 7

Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen

¹ Ein Anspruch auf die Vergütung der Kosten nach Artikel 6 EG ELG [BSG 841.31] besteht nur, soweit nicht andere Versicherungen für die Kosten aufkommen.

² Der Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, der IV, der Unfall- oder der Militärversicherung gilt nicht als Kostenvergütung einer andern Versicherung.

Art. 8

Höhe der zu vergütenden Krankheits- und Behinderungskosten

1. Grundsatz

Für Krankheits- und Behinderungskosten werden pro Kalenderjahr höchstens die Beträge nach Artikel 14 Absätze 3 bis 5 ELG und Artikel 19b der Verordnung des Bundesrates vom 15. Januar 1971 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV) [SR 831.301] vergütet.

Art. 9

2. Anspruch während eines Teils des Jahres

Besteht nur während eines Teils des Jahres Anspruch auf jährliche Ergänzungsleistungen, kommt trotzdem der ganze Höchstbetrag nach Artikel 8 zur Anwendung.

Art. 10

3. Bezug einer Hilflosenentschädigung

¹ Erhöht sich der Betrag der Kostenvergütung nach Artikel 14 Absatz 4 ELG oder Artikel 19b ELV, wird die Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Kosten nach Artikel 15, 16 und 18 abgezogen. Der Betrag nach Artikel 14 Absatz 3 Buchstabe a ELG darf jedoch nicht unterschritten werden.

² Hat die Krankenversicherung die Hilflosenentschädigung der IV oder der Unfallversicherung bei der Berechnung ihrer Vergütung von Pflegekosten zu Hause angerechnet, so wird die Hilflosenentschädigung im Umfang der Anrechnung nicht von den ausgewiesenen Kosten abgezogen.

³ Kommt Artikel 14 Absatz 5 ELG zur Anwendung, gelten Absatz 1 und 2 sinngemäss.

Art. 11

Ort der Kostenentstehung

¹ Es werden die in der Schweiz entstandenen Krankheits- und Behinderungskosten vergütet.

² Im Ausland entstandene Kosten werden nur vergütet, wenn

- a die medizinischen Massnahmen während eines Auslandsaufenthalts notwendig wurden oder
- b medizinisch indizierte Massnahmen nur im Ausland durchgeführt werden konnten.

Art. 12

Zeitlich massgebende Kosten

Die Krankheits- und Behinderungskosten werden für das Kalenderjahr vergütet, in dem die Rechnungsstellung erfolgt ist.

Art. 13

Abklärung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit

Die AKB kann im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit von Leistungen durch Fachstellen

abklären lassen.

2.2 Die einzelnen Kostenarten

Art. 14

Zahnärztliche Behandlung

¹ Es werden die Kosten von Zahnärztinnen und Zahnärzten vergütet, die über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung des Kantons verfügen, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben.

² Für die Vergütung sind der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungs-Tarif (UV/MV/IV-Tarif) [Zu beziehen bei: Zentralstelle für Medizinaltarife UVG, Postfach 4358, 6002 Luzern] über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und der UV/MV/IV-Tarif für zahntechnische Arbeiten massgebend.

³ Sind die Kosten der Zahnbehandlung (inklusive Labor) voraussichtlich höher als 3000 Franken, ist vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag entsprechend den Tarifpositionen des UV/MV/IV-Tarifs einzureichen.

Art. 15

Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause

1. Pflege zu Hause

¹ Als Pflege gelten alle Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) [SR 832.112.31].

² Es werden keine Kosten für Leistungen nach Absatz 1 vergütet, ausser für die von Familienangehörigen erbrachte notwendige Grundpflege im Sinne von Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c Ziffer 1 KLV.

³ Ausgewiesene Kosten für die von Familienangehörigen erbrachte notwendige Grundpflege (Abs. 2) werden mit 25 Franken pro Stunde und höchstens 9600 Franken pro Jahr vergütet, wenn die oder der Familienangehörige nicht in die EL-Berechnung eingeschlossen ist.

Art. 16

2. Hilfe und Betreuung zu Hause

¹ Ausgewiesene Kosten für die Hilfe und Betreuung zu Hause, die infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig ist, werden vergütet.

² Hat ein öffentlicher oder gemeinnütziger Träger einen nach Einkommens- und Vermögensverhältnissen abgestuften Tarif, wird der tiefste Tarif angewendet.

³ Die Kosten für Leistungen von privaten Trägern werden vergütet, wenn die Kosten jenen von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern entsprechen.

⁴ Die Kosten für Leistungen von Familienangehörigen werden mit 25 Franken pro Stunde und höchstens im Umfang der Erwerbseinbusse vergütet, wenn die oder der Familienangehörige

a nicht in die EL-Berechnung eingeschlossen ist,

b durch die Hilfe und Betreuung eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse erleidet und

c das ordentliche AHV-Alter noch nicht erreicht hat.

Art. 17

3. Hilfe und Betreuung im Haushalt

¹ Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt werden vergütet.

² Die Vergütung von Kosten für Leistungen von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern richtet sich nach Artikel 16 Absatz 2, jene für Leistungen von privaten Trägern nach Artikel 16 Absatz 3.

³ Die Kosten für Leistungen von Familienangehörigen oder Drittpersonen, die nicht über eine anerkannte Spitex-Organisation eingesetzt sind, werden nur vergütet, wenn die oder der Familienangehörige oder die Drittperson nicht im gleichen Haushalt wie die versicherte Person lebt. Vergütet werden höchstens 25 Franken pro Stunde und höchstens 4800 Franken pro Jahr.

Art. 18

4. Hilfe, Pflege und Betreuung von Personen mit schwerer oder mittelschwerer Hilflosigkeit durch direkt angestelltes Personal

¹ Kosten für arbeitsvertraglich direkt angestelltes Personal für Pflege und Betreuung werden zu Hause wohnenden Bezügerinnen und Bezügerern einer Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit nur vergütet, wenn

- a diese Leistungen nicht durch einen nach Artikel 51 der Verordnung des Bundesrates vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) [SR 832.102] zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden können und
- b vorgängig von einer von der AKB bestimmten Fachperson Art und Umfang der Leistungen, die im konkreten Fall nicht von einem nach Artikel 51 KVV zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden können, und das Anforderungsprofil der anzustellenden Person festgelegt worden ist.

² Wird eine Person angestellt, die das festgelegte Anforderungsprofil nicht erfüllt, werden keine Kosten vergütet.

Art. 19

Hilfe, Pflege und Betreuung von Behinderten in Tagesstrukturen

¹ Die Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von Behinderten 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 Pro Tag, an dem sich die behinderte Person in der Tagesstruktur aufhält, werden höchstens 45 Franken vergütet.

³ Keine Kosten werden vergütet, wenn die behinderte Person

- a für ihre Tätigkeit in der Tagesstruktur mehr als 50 Franken pro Monat in Geld erhält oder
- b bei Heimaufenthalt mit EL-Berechnung nach Artikel 10 Absatz 2 ELG.

Art. 20

Ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren

¹ Die Kosten für ärztlich angeordnete Badekuren der versicherten Person werden nach Abzug eines angemessenen Betrags für den Lebensunterhalt vergütet, wenn die versicherte Person während des Kuraufenthalts unter ärztlicher Kontrolle stand.

² Die Kosten für Erholungskuren der versicherten Person in einem Heim oder Spital und Heim- oder Spitalaufenthalte der versicherten Person zur Entlastung der Angehörigen werden nach Abzug eines angemessenen Betrags für den Lebensunterhalt vergütet, wenn sie ärztlich angeordnet sind.

³ Die Höchstbeträge der Artikel 3, 4 oder 5 sind sinngemäss anwendbar.

⁴ Für im Ausland durchgeführte Bade- und Erholungskuren werden in Abweichung von Artikel 11 Absatz 2 keine Kosten vergütet.

Art. 21

Diät

Ausgewiesene Mehrkosten für eine von einer Ärztin oder einem Arzt verordneten, medizinisch erforderlichen Diät gelten als Krankheitskosten, sofern die versicherte Person nicht in einem Heim oder Spital lebt. Es wird dafür ein jährlicher Pauschalbetrag von 2100 Franken vergütet.

Art. 22

Transporte

¹ Es werden die ausgewiesenen Kosten für folgende Transporte vergütet:

- a Notfalltransporte in der Schweiz,
- b notwendige Verlegungen in der Schweiz,
- c Transporte zur nächstgelegenen medizinischen Behandlungsstelle,
- d Transporte zu Tagesstrukturen (Art. 19).

² Für die Transporte nach Absatz 1 Buchstaben c und d werden die Kosten für die Benützung der 2.

Klasse eines öffentlichen Verkehrsmittels vergütet. Ist die versicherte Person wegen ihrer Krankheit oder Behinderung auf die Benützung eines anderen Transportmittels angewiesen, werden die dafür entstandenen Kosten vergütet.

Art. 23

Hilfsmittel und Pflegehilfsgeräte

1. Grundsätze der Vergütung

¹ Für Hilfsmittel und Pflegehilfsgeräte nach Anhang 2 werden die Abgabegebühren oder Mietkosten vergütet.

² Anstelle der Abgabegebühren oder Mietkosten werden die Anschaffungskosten vergütet, wenn

a es sich um einen in Anhang 2 besonders gekennzeichneten Gegenstand handelt oder

b die voraussichtlichen Abgabegebühren oder Mietkosten höher sind als die Anschaffungskosten.

³ Die Abgabegebühren, Miet- oder Anschaffungskosten von Pflegehilfsgeräten nach Ziffer 2 Anhang 2 werden nur für die Hauspflege vergütet.

Art. 24

2. Bescheinigung

¹ Ist die Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit oder Zweckmässigkeit eines Hilfsmittels oder Pflegehilfsgeräts zweifelhaft, hat die versicherte Person eine Bescheinigung einer Ärztin oder eines Arztes, einer Spezialstelle für Invalidenhilfe oder einer Beschäftigungstherapiestelle vorzulegen.

² Bei Hörapparaten muss die Bescheinigung nach Absatz 1 von einer oder einem von der Invalidenversicherung für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Expertin oder Experten ausgestellt sein.

³ Die Kosten für die Abklärungen werden vergütet.

Art. 25

3. Vergütung bei Hilfsmitteln der AHV

Bezügerinnen und Bezüger von Altersrenten der AHV haben Anspruch auf die Vergütung eines Drittels des von der AHV geleisteten Kostenbeitrags für Hilfsmittel, die im Anhang zur Verordnung des EDI vom 28. August 1978 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) [SR 831.135.1] aufgeführt sind.

Art. 26

4. Im Ausland gekaufte Hilfsmittel und Pflegehilfsgeräte

Wird ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsgerät, für das die Anschaffungskosten vergütet werden, im Ausland gekauft, so werden diese Kosten erstattet, wenn der dafür bezahlte Preis deutlich niedriger ist als in der Schweiz.

Art. 27

5. Abgabe aus IV-Depots und Rücknahme

¹ Ist ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsgerät, das leihweise abgegeben wird, in einem IV-Depot vorhanden, so besteht kein Anspruch auf die Abgabe eines neuen Geräts.

² Für die Rücknahme, Einlagerung und Weiterverwendung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsgeräten, die leihweise abgegeben werden, sind die Bestimmungen der Verordnung des EDI vom 29. November 1976 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) [SR 831.232.51] sinngemäss anwendbar.

Art. 28

6. Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchstrainingskosten

Für die Vergütung der Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchstrainingskosten sind die Bestimmungen der HVI sinngemäss anwendbar.

Art. 29

Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG

¹ Vergütet wird die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG für Leistungen, die die obligatorische Krankenversicherung nach Artikel 24 KVG übernimmt.

² Hat eine versicherte Person eine Krankenversicherung mit höherer Franchise als nach Artikel 103 Absatz 1 KVV gewählt, so wird ihr eine Kostenbeteiligung von höchstens 1000 Franken pro Jahr vergütet.

³ Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 KVG wird nicht vergütet.

3. Organisation und Verfahren

Art. 30

Zuständigkeit und Anmeldung

¹ Für die Festsetzung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen ist die Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) zuständig.

² Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen ist schriftlich bei der AHV-Zweigstelle am Wohnsitz der Ansprecherin oder des Ansprechers geltend zu machen.

³ Stellvertretung ist zulässig, falls die Ansprecherin oder der Ansprecher ihre oder seine Interessen nicht selber vertreten kann.

Art. 31

Prüfung der Angaben

Die AHV-Zweigstelle prüft die Angaben auf ihre Vollständigkeit und Richtigkeit und klärt den Sachverhalt ab, nimmt in der Regel eine Vorberechnung des möglichen Anspruchs vor und leitet die Akten zusammen mit ihrem Antrag an die AKB weiter.

Art. 32

Entscheid und Auszahlung

¹ Die AKB prüft den Antrag der AHV-Zweigstelle und eröffnet der Ansprecherin oder dem Ansprecher den Entscheid mit Verfügung.

² Die AKB überweist die Ergänzungsleistungen grundsätzlich auf ein Bank- oder Postkonto. In einzelnen Fällen kann sie

- a die Ergänzungsleistungen bar über die Post oder die AHV-Zweigstelle auszahlen und die Auszahlung mit Auflagen verbinden,
- b in Rechnung gestellte, noch nicht bezahlte Krankheits- und Behinderungskosten direkt der Rechnungstellerin oder dem Rechnungsteller vergüten.

³ In begründeten Fällen können die Ergänzungsleistungen auf Antrag der Bezügerin oder des Bezügers bar ausbezahlt werden

Art. 33

Verrechnung

Rückforderungen von geleisteten Prämienverbilligungen aufgrund der Kantonalen Krankenversicherungsverordnung vom 25. Oktober 2000 (KKVV) [BSG 842.111.1] können mit fälligen Ergänzungsleistungen verrechnet werden.

3.a Rückerstattung von Investitionsbeiträgen [Eingefügt am 11. 8. 2010]

Art. 33a [Eingefügt am 11. 8. 2010]

Freiwillige Rückerstattung

¹ Heime und Spitäler, die auf der Spital- und Pflegeheimliste aufgeführt sind, können die zwischen dem 1. Januar 1991 und dem 31. Dezember 2010 vom Kanton gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhaltenen Investitionsbeiträge zurückerstatten. Davon ausgenommen sind Investitionsbeiträge, die für besondere Fälle wie beispielsweise das Erreichen des Minergiestandards 2010 oder Massnahmen zur Erdbebenertüchtigung ausgerichtet worden sind.

² Heime und Spitäler, die Investitionsbeiträge zurückerstatten wollen, haben mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine Rückerstattungsvereinbarung abzuschliessen. Diese tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

³ Mit Abschluss der Rückerstattungsvereinbarung gelten insbesondere folgende Bedingungen:

- a Die Höhe der Rückerstattung wird pro rata temporis berechnet.
- b Der zurückzuerstattende Betrag ist am 31. Januar 2011 fällig.
- c Für Rückerstattungen nach dem 1. Februar 2011 wird ein Verzugszins gemäss Absatz 4 geschuldet.
- d Die Rückerstattung muss bis spätestens Ende 2020 erfolgen.

⁴ Die Höhe des Verzugszinses richtet sich im 2011 nach dem hypothekarischen Referenzzinssatz gemäss Bundesamt für Wohnungswesen. In den Folgejahren richtet sich die Höhe des Verzugszinses nach dem hypothekarischen Referenzzinssatz vom März des jeweiligen Vorjahres und wird um einen Zuschlag erhöht. Der Zuschlag beträgt im 2012 0.25 Prozent und erhöht sich in den Folgejahren um jeweils weitere 0.25 Prozent. Ab 2017 erhöht sich der Zuschlag nicht mehr.

Art. 33b *[Eingefügt am 11. 8. 2010]*

Dahinfallen der bedingten Rückerstattungspflicht

Eine mit der Gewährung eines Investitionsbeitrags auferlegte Rückerstattungspflicht für den Fall der ganzen oder teilweisen Veräusserung des Heims oder Spitals oder dessen Zweckänderung oder der Einstellung oder Einschränkung des Betriebs fällt dahin, wenn

- a eine Rückerstattungsvereinbarung abgeschlossen (Art. 33a) oder
- b der Investitionsbeitrag vor 1991 gewährt worden ist.

4. Übergangs- und Schlussbestimmungen

Art. 34

An ein Heim angegliederte Wohnungen

¹ An ein Heim angegliederte Wohnungen gelten längstens bis zum 31. Dezember 2012 als Teil eines anerkannten Heims, wenn

- a das Heim über eine Betriebsbewilligung nach HEV verfügt,
- b ein Notrufsystem vorhanden ist und im Falle eines Notrufs innerhalb von 15 Minuten jemand, der die Situation einschätzen und entsprechende Hilfe anfordern kann, bei der Wohnungsbewohnerin oder dem -bewohner ist,
- c allen Wohnungsbewohnerinnen und -bewohnern ein Tarifausweis mit Pflegestufe 0 mit dem Vermerk «Wohnheimmodell» ausgestellt wird,
- d der Übertritt in die stationäre Pflege des Heims jederzeit möglich ist und
- e alle Mahlzeiten und die Wohnungsreinigung in der Taxe inbegriffen sind.

² Als anrechenbare Ausgabe werden höchstens 115 Franken anerkannt. *[Fassung vom 8. 12. 2010]*

Art. 35

Änderung von Erlassen

1. Verordnung vom 10. September 1980 über Inkassohilfe und Bevorschussung von Unterhaltsbeiträgen für Kinder: *[BSG 213.221]*
2. Verordnung vom 18. Dezember 2002 über das Grundstückdateninformationssystem (GRUDIS-Verordnung): *[BSG 215.321.5]*

Art. 36

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.

Bern, 16. September 2009

Im Namen des Regierungsrates
 Der Präsident: Käser
 Der Staatsschreiber: Nuspliger

Vom Eidgenössischen Departement des Innern genehmigt am 6. November 2009

Anhang 1 [Fassung vom 11. 8. 2010]

zu Artikel 3

Pflegestufen des zentralen Systems (Art. 3)	BESA-Punkte	RAI/RUG-Gruppen
0	0	PAO
1	1–7	–
2	8–14	PA1
3	15–21	–
4	22–28	PA2, BA1, IA1
5	29–35	BA2, PB1, PB2
6	36–42	BB1, IB1, BB2, CA1, PC1, RMA
7	43–49	RLA, PC2, RMB, CA2
8	50–56	CB1, PD1, PD2, IA2, IB2
9	57–64	CB2, PE1, CC1, SSA, PE2
10	65–71	RLB, CC2, SSB, SE1
11	72–78	SSC, RMC
12	>79	SE2, SE3

Anhang 2

zu Artikel 23

1.	Hilfsmittel	
1.1*	<i>Schuhwerk</i>	Kostspielige orthopädische Änderungen von Konfektionsschuhen.
1.2*	<i>Starbrillen oder Kontaktlinsen nach Staroperation</i>	Für provisorische Starbrillen direkt nach der Operation werden nur die Mietkosten vergütet.
1.3	<i>Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache</i>	
a	Blindenlangstöcke	
b	Blindenführhunde	Sofern die Eignung der versicherten Person als Führhundehalterin oder -halter erwiesen ist und sie sich dank dieser Hilfe ausserhalb des Hauses selbstständig fortbewegen kann.
c	Punktschriftschreibmaschinen	
d	Abspielgeräte für Tonträger	Zum Abspielen von auf Tonträgern gesprochener Literatur.

1.4	Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt	
a	Automatische Schreibgeräte	Sofern eine versicherte Person wegen Lähmung sprech- und schreibunfähig ist und nur mit Hilfe eines solchen Geräts mit der Umwelt in Kontakt treten kann.
b	Abspielgeräte für Tonträger	Zum Abspielen von auf Tonträger gesprochener Literatur, falls eine gelähmte versicherte Person nicht in der Lage ist, selbstständig Bücher zu lesen.
c	Seitenwendegeräte	Sofern eine versicherte Person die Voraussetzungen für ein Abspielgerät für Tonträger erfüllt und das Seitenwendegerät anstelle des Abspielgeräts benutzt.
d	Steuergeräte zur selbstständigen Bedienung des Telefons	Sofern eine schwerstgelähmte versicherte Person, die nicht in einem Spital oder einer spezialisierten Institution für Chronischkranke untergebracht ist, nur durch diese Vorrichtung mit der Umwelt in Kontakt treten kann.
2.	Pflegehilfsgeräte	
a	Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen	Sofern die versicherte Person ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist.
b	Krankenheber	Sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist.
c	Elektrobetten	Sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit ist.
d*	Nachtstühle	
e	Aufzugständer (Bettgalgen)	

Legende:

*: Es werden die Anschaffungskosten vergütet.

Anhang 3

16.9.2009 EV

BAG 09–108, in Kraft am 1. 1. 2010

Änderungen

11.11.2009 EV

BAG 09–141, in Kraft am 1. 1. 2010

11.8.2010 EV

BAG 10–63, in Kraft am 1. 1. 2011

8.12.2010 EV

BAG 11–3, in Kraft am 1. 1. 2011

26.10.2011 EV

BAG 11–127, in Kraft am 1. 1. 2012