

Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL)

Vom 18. Januar 2011 (Stand 1. Januar 2011)

Das Volkswirtschaftsdepartement des Kantons Solothurn gestützt auf Artikel 14 Absätze 2, 3 und 7 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 06. Oktober 2006¹⁾ und auf § 82 Absatz 2 Buchstabe c) des Sozialgesetzes vom 31. Januar 2007²⁾ sowie § 65 Absatz 4 der Sozialverordnung vom 29. Oktober 2007³⁾ und RRB Nr. 2009/2297 vom 7. Dezember 2009

beschliesst:

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsatz

¹ Ausgewiesene Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten im Sinne von Artikel 14 Absatz 1 ELG werden bis zur Höhe der Kosten einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Ausführung rückerstattet.

² Die Ausgleichskasse des Kantons Solothurn (nachstehend AKSO genannt) kann die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit überprüfen lassen.

§ 2 Höchstbeträge

¹ Die Höchstbeträge, die für Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung vergütet werden können, entsprechen den in Artikel 14 Absätze 3 bis 5 ELG festgelegten Beträgen.

§ 3 Zeitlich massgebende Kosten

¹ Krankheits- und Behinderungskosten werden für das Kalenderjahr vergütet, in dem die Behandlung vorgenommen oder der Kauf getätigt wurde.

² Die AKSO ist ermächtigt, allgemein auf das Datum der Rechnungsstellung abzustellen.

³ Die Einreichungsfrist für die Geltendmachung der Kosten beträgt 15 Monate nach Rechnungsstellung.

⁴ 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 Rechtsnachfolger dies innert zwölf Monaten nach ihrem Tod verlangen.

¹⁾ SR [831.30](#).

²⁾ BGS [831.1](#).

³⁾ BGS [831.2](#).

831.3

§ 4 *Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen*

¹ Anspruch auf Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten besteht nur, soweit nicht andere Versicherungen für die Kosten aufkommen.

² Erhöht sich der Betrag der Kostenvergütung nach Artikel 14 Absatz 4 ELG oder Artikel 19b der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELV), so wird die Hilfflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten abgezogen. Der Höchstbetrag nach Artikel 14 Absatz 3 ELG darf jedoch nicht unterschritten werden.

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

§ 5 *Im Ausland entstandene Krankheits- und Hilfsmittelkosten*

¹ Im Ausland entstandene Krankheits- und Behinderungskosten werden ausnahmsweise vergütet, wenn sie während eines Auslandsaufenthalts notwendig werden oder wenn die medizinischen Massnahmen nur im Ausland durchgeführt werden konnten.

² Im Ausland entstandene Kosten für Kuraufenthalte werden nicht vergütet.

2. Abschnitt: Kosten für Arzt, Zahnarzt, Arznei, Pflege und Betreuung

§ 6 *Kostenbeteiligung*

¹ Die Beteiligung nach Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 24b KVG übernimmt, wird vergütet.

² Vergütungen von Kostenbeteiligungen nach Absatz 1 können nur auf Grund von detaillierten Abrechnungen der Krankenversicherung erfolgen.

³ In Rechnung gestellte Verpflegungskostenanteile bei stationären Behandlungen (Spitalbeiträge) werden nicht übernommen.

⁴ Die Patientenbeteiligung im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung für EL-Bezüger zu Hause (SPITEX) oder Heimbewohner (SPITIN) werden vollumfänglich übernommen.

§ 7 *Versicherung mit wählbaren Franchisen*

¹ Wird eine Versicherung mit höherer Franchise nach Artikel 93 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) gewählt, so wird eine Kostenbeteiligung von höchstens 1'000 Franken pro Jahr vergütet.

§ 8 *Zahnbehandlungskosten*

¹ Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen werden vergütet. Zusätzlich müssen die Bedingungen nach den Absätzen 3 und 5 erfüllt werden.

² Für die Vergütung ist der Tarif der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (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 1'000 Franken ist der AKSO ein Kostenvoranschlag einzureichen. Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung bei 3'000 Franken oder mehr, so sind der AKSO vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag, die Röntgenbilder und die Befundaufnahme einzureichen. Wurde eine Behandlung von über 3'000 Franken ohne genehmigten Kostenvoranschlag durchgeführt, übernimmt die EL maximal 1'000 Franken.

⁴ Die Kostenvoranschläge und Rechnungen sind entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen und müssen abschliessend sein.

⁵ Damit eine Kostenübernahme der Narkosekosten überprüft werden kann, muss ein Arztzeugnis vorliegen. Die Notwendigkeit einer Vollnarkose muss mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung in Zusammenhang stehen. Es können zusätzliche Kosten von maximal 2'000 Franken vergütet werden. Vorgängig ist ein Beitrag der Invalidenversicherung oder der Krankenkasse zu prüfen.

⁶ Die AKSO kann eine Begutachtung direkt bei einem Vertrauenszahnarzt oder einer Vertrauenszahnärztin vornehmen lassen.

§ 9 Diätkosten

¹ Ausgewiesene Mehrkosten für vom Arzt verordnete Diät von Personen, die weder in einem Heim noch Spital leben, gelten als Krankheitskosten. Es ist ein jährlicher Pauschalbetrag von 2'100 Franken zu vergüten.

² Für Personen die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind werden keine Mehrkosten für Diät vergütet.

§ 10 Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt im Heim oder Spital

¹ Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Heim oder Spital wird von der Kostenvergütung der Beitrag der Krankenkasse sowie ein Betrag für den Lebensunterhalt in der Höhe des Naturaleinkommens nach den in der AHV geltenden Ansätzen abgezogen.

§ 11 Kosten von Erholungskuren

¹ Kosten für ärztlich verordnete und in der Schweiz durchgeführte Erholungskuren nach einem Spitalaufenthalt werden nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt in der Höhe des Naturaleinkommens nach den in der AHV geltenden Ansätzen vergütet,

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

² Eine Vergütung ist nur möglich, wenn die Kur in einer von der Krankenkasse anerkannten Institution durchgeführt wird.

³ Vergütet werden höchstens 21 Tage je Kalenderjahr.

⁴ Hat ein Kanton die Kosten für den Aufenthalt in einem Heim oder Spital begrenzt, so gilt diese Begrenzung sinngemäss auch für Erholungskuren.

831.3

§ 12 *Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Heilbad*

¹ Kosten für ärztlich verordnete Badekuren in der Schweiz werden nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt in der Höhe des Natureinkommens nach den in der AHV geltenden Ansätzen berücksichtigt, wenn die versicherte Person während des Kuraufenthaltes unter ärztlicher Kontrolle stand.

² Eine Vergütung ist nur in Heilbädern möglich, welche von der Krankenkasse anerkannt sind.

³ Vergütet werden höchstens 21 Tage je Kalenderjahr.

§ 13 *Haushalthilfe und Begleitetes Wohnen*

¹ Die notwendige hauswirtschaftliche Hilfe im eigenen Haushalt wird bis maximal 25'000 Franken im Kalenderjahr vergütet, wenn die Hilfe durch eine anerkannte Spitex-Organisation erbracht wird.

² Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe im Haushalt können bis höchstens 25 Franken pro Stunde und bis höchstens 4'800 Franken pro Kalenderjahr vergütet werden, wenn die Hilfe von einer Person erbracht wird, welche:

- a) nicht im gleichen Haushalt lebt, oder
- b) nicht in der EL-Berechnung eingeschlossen ist, oder
- c) nicht über eine anerkannte Spitex-Organisation eingesetzt wird.

³ Es werden nur Kosten für Kochen, Waschen, Putzen und Einkaufen übernommen.

⁴ Die Notwendigkeit einer Haushalthilfe ist mittels Arztzeugnis zu bestätigen. Die AKSO kann eine externe Fachstelle mit der Bedarfsabklärung beauftragen.

⁵ Keine Kosten für Haushalthilfeleistungen werden übernommen, wenn die Hilfe durch Ehepartner oder Personen in eingetragenen Partnerschaften sowie durch Personen, die in gerader Linie verwandt sind (Kinder, Eltern, Grosseltern, Grosskinder), erbracht wurde.

⁶ Für begleitetes Wohnen (Integration zur selbstständigen Führung eines Haushaltes) können maximal 4'800 Franken pro Kalenderjahr (IV oder AHV) übernommen werden.

§ 14 *Kosten für Pflege und Betreuung zu Hause*

¹ Kosten für Pflege und Betreuung, die infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig sind und von anerkannten Spitex-Organisationen erbracht wird, werden vergütet.

² Zur Pflege gehören die Behandlungs- und die Grundpflege. Zur Grundpflege gehört die notwendige Hilfe beim Aufstehen, Ankleiden, Baden, bei der Essenseingabe und bei anderen erforderlichen körperlichen Verrichtungen.

³ Bei einem nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen abgestuften Tarif wird nur der tiefste Tarif angerechnet.

⁴ Pflege- und Betreuungskosten, die in einem öffentlichen oder gemeinnützigen Tagesheim, Tagesspital oder Ambulatorium entstanden sind, werden ebenfalls vergütet.

⁵ Kosten für Leistungen privater Träger werden vergütet, soweit sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen.

§ 15 *Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal*

¹ Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal werden zu Hause wohnenden Bezügerinnen und Bezügern mit einer Hilflosenentschädigung der IV und der UV für schwere und mittelschwere Hilflosigkeit nur für den Teil der Pflege und Betreuung vergütet, der nicht durch eine anerkannte Spitex-Organisation im Sinne von Artikel 51 KVV erbracht werden kann.

² Die AKSO kann eine externe Fachstelle (wie z. B. den Kantonalen Spitex-Verband) mit der Bedarfsabklärung beauftragen. Ohne Bedarfsabklärung oder bei Nichteinhaltung der Vorgaben der externen Fachstelle, werden keine Kosten übernommen.

§ 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 im Umfang des Erwerbsausfalls vergütet, jedoch höchstens in der Höhe von Kosten, die bei Inanspruchnahme einer Pflegefachperson erwachsen würden.

³ Ein allfälliger Einnahmenüberschuss wird verrechnet.

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

¹ Kosten für Hilfe und Betreuung von behinderten oder betagten Personen in Tagesheimen, Beschäftigungsstätten und ähnlichen Tagesstrukturen werden vergütet, wenn:

- a) sich die behinderte oder betagte 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 50 Franken pro Tag, an dem sich die behinderte oder betagte Person in der Tagesstruktur aufgehalten hat.

³ Keine Kosten werden vergütet:

- a) bei Beschäftigung mit einer Entlohnung in Geld von über 100 Franken pro Monat
- b) bei Heimaufenthalt mit EL-Berechnung nach Artikel 10 Absatz 2 ELG.

§ 18 *Transportkosten*

¹ Ausgewiesene Transportkosten werden vergütet, soweit sie in der Schweiz durch einen Notfalltransport oder durch eine medizinisch 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 (2. Klasse) für Fahrten auf dem direkten Weg entsprechen. Ist die versicherte Person wegen ihrer Behinderung auf die Benützung eines anderen Transportmittels angewiesen, werden die Kosten vergütet. Für private Personenwagen werden höchstens 65 Rappen je Kilometer erstattet.

831.3

³ Tagesstrukturen sind den medizinischen Behandlungsorten im Sinn von Absatz 2 dieser Bestimmung gleichgestellt.

⁴ Kosten für Fahrbegleitungen sowie Wartezeiten werden nicht vergütet.

3. Abschnitt: Hilfsmittel und Hilfsgeräte

§ 19 Anspruch

¹ Bezüger von Ergänzungsleistungen haben im Rahmen von Artikel 14 Absatz 1 Bst. f ELG Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten für:

- a) kostspielige orthopädische Änderungen und Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen;
- b) Starbrillen oder Kontaktlinsen nach Staroperationen.

² Sie haben auch Anspruch auf die Mietkosten für eine leihweise Abgabe von Elektrobetten sofern ärztlich bescheinigt, dass diese für die Hauspflege notwendig sind; dabei werden Mietkosten von höchstens 75 Franken pro Monat für ein Elektrobett übernommen (+ MWST).

³ Die Anschaffungs- und Transportkosten werden voll übernommen von

- a) Krankenhebern, sofern ärztlich bescheinigt, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist;
- b) Aufzugständern;
- c) Automatischen Zusätzen zu Sanitäreinrichtungen, sofern eine zu Hause lebende Person ohne diese Zusätze allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist;
- d) Nachtstühlen bei zu Hause lebenden Personen.

⁴ Für die im nachstehenden Anhang aufgeführten Hilfsmittel besteht ein Anspruch auf eine Vergütung in der Höhe eines Drittels des Kostenbeitrags der AHV gemäss Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (KSHA), wenn die AHV einen Kostenbeitrag geleistet hat. Dabei werden die Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte nur für die Hauspflege abgegeben.

⁵ 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 der Versicherte die Bescheinigung eines Arztes, einer Spezialstelle für Invalidenhilfe oder einer Beschäftigungstherapiestelle beizubringen.

² Bei Hörapparaten muss die Notwendigkeit oder Zweckmässigkeit des Gerätes von einem von der Invalidenversicherung für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Experten bescheinigt sein.

Dieses Reglement tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Es ersetzt das RKEL vom 21. April 2010. Vorbehalten bleibt die Genehmigung gemäss Artikel 29 ELG.

Vom Bund genehmigt am 21. Februar 2011.
Publiziert im Amtsblatt vom 29. Juli 2011.

Liste der Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte (§ 19 Abs. 3)

Hilfsmittel

Schuhwerk

Orthopädische Mass-Schuhe und orthopädische Serien-Schuhe

Hilfsmittel für hochgradige Sehschwäche

Lupenbrillen

Hörhilfsmittel

Hörgeräte für ein Ohr

Sprechhilfsmittel

Sprechhilfegeräte für Kehlkopfooperierte

Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt

Perücken

Gesichtsepithesen

Rollstühle ohne Motor