

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

Vom 18. Dezember 2007¹⁾

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, gestützt auf § 6 des Gesetzes über die Einführung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie über die Ausrichtung von kantonalen Beihilfen (EG/ELG) vom 11. November 1987²⁾, beschliesst:

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Zeitlich massgebende Kosten

§ 1. 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.

Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen

§ 2. Anspruch auf Vergütung der Kosten nach Art. 14 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 6. Oktober 2006 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 oder Art. 19b der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV) vom 15. Januar 1971, so wird die Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten nach den §§ 13–17 dieser Verordnung abgezogen. Der Höchstbetrag nach Art. 14 Abs. 3 lit. a 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 Abs. 2 und 3 sinngemäss.

¹⁾ Vom Eidgenössischen Departement des Innern genehmigt am 4. Februar 2008.

²⁾ SG 832.700.

Vergütung nach dem Tod des Versicherten

§ 3. Ist eine versicherte Person gestorben, welche in die Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistung einbezogen war, so werden die von ihr verursachten Krankheits- und Behinderungskosten sowie Kosten für Hilfsmittel vergütet, wenn ihre Rechtsnachfolgerin oder ihr Rechtsnachfolger dies innert zwölf Monaten nach ihrem Tod verlangen und die Frist nach Art. 15 lit. a ELG eingehalten ist.

Im Ausland entstandene Krankheits- und Hilfsmittelkosten

§ 4. In der Schweiz entstandene Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden vergütet.

² Im Ausland entstandene Kosten werden ausnahmsweise vergütet, wenn sie während eines Auslandsaufenthaltes 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 Hilfsmittel im Ausland angeschafft, so ist der in der Schweiz hierfür vorgesehene Preis massgebend, sofern er niedriger ist.

Auszahlung

§ 5. Vergütungen für Krankheits- und Behinderungskosten werden in der Regel jährlich ausbezahlt. Übersteigt das Guthaben aber 300 Franken, kann vorzeitige Vergütung verlangt werden.

² Die Krankheits- und Behinderungskosten werden der Bezügerin oder dem Bezüger ausbezahlt. Sind diese Kosten noch nicht bezahlt, so können sie direkt dem Rechnungssteller oder der Rechnungsstellerin vergütet werden.

II. KOSTEN FÜR ÄRZTIN ODER ARZT, ZAHNÄRZTIN ODER ZAHNARZT, ARZNEI, PFLEGE UND BETREUUNG

Kostenbeteiligung

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

Versicherung mit wählbaren Franchisen

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

Zahnbehandlungskosten

§ 8. Zahnbehandlungskosten (Zahnarztkosten, Kosten der zahntechnischen Arbeiten, Material, Medikamente) sind nur soweit zu berücksichtigen, als sie einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Behandlung und Ausführung entsprechen.

² Ob eine einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Behandlung und Ausführung vorliegt, bestimmt sich nach den Behandlungsempfehlungen der Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz im Bereich Ergänzungsleistungen.

³ Für die Vergütung sind 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. Bei von Schweizer Zahnärztinnen oder Zahnärzten im Ausland eingekauften zahntechnischen Arbeiten ist der ausländische Zahntechnikertarif massgebend, sofern er niedriger ist.

⁴ Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung (inkl. Labor) voraussichtlich höher als 3000 Franken, so ist dem Amt für Sozialbeiträge vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag einzureichen.

⁵ Die Kostenvoranschläge und Rechnungen sind entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen.

Diätkosten

§ 9. Ausgewiesene Mehrkosten für von der Ärztin oder vom Arzt 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.

Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Spital

§ 10. Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Spital wird von der Kostenbeteiligung nach § 6 ein angemessener Betrag für den Lebensunterhalt in Form des Betrages für volle Verpflegung nach Art. 11 Abs. 2 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) vom 31. Oktober 1947 abgezogen.

Kosten von Erholungskuren und Erholungsaufenthalten

§ 11. Kosten für ärztlich verordnete Erholungskuren werden vergütet, wenn die Kur in einem Heim oder Spital gemäss Pflegeheimliste bzw. Spitalliste des Standortkantons durchgeführt wurde. Kosten von Erholungsaufenthalten zur Entlastung von Angehörigen werden ebenfalls berücksichtigt, wenn der Aufenthalt in einem Heim oder Spital gemäss Pflegeheimliste bzw. Spitalliste des Standortkantons erfolgte.

² Die versicherte Person hat einen angemessenen Selbstbehalt in Form des Betrages für volle Verpflegung nach Art. 11 Abs. 2 AHVV selber zu tragen.

Kosten bei Aufenthalt in einem Heilbad

§ 12. Kosten für ärztlich verordnete Badekuren werden berücksichtigt, wenn die versicherte Person während des Kuraufenthaltes unter ärztlicher Kontrolle stand.

² Die versicherte Person hat einen angemessenen Selbstbehalt in Form des Betrages für volle Verpflegung nach Art. 11 Abs. 2 AHVV selber zu tragen.

Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause durch Anbieter mit einer kantonalen Spitex-Bewilligung

§ 13. 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. Massgebend sind dabei die vom Regierungsrat genehmigten Spitex-Tarife.

² Die Vergütung kann von der Zustimmung der Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements abhängig gemacht werden.

³ Kosten für Leistungen privater Träger werden vergütet, soweit sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen.

Kosten für Hilfe und Betreuung zu Hause durch Anbieter ohne kantonale Spitex-Bewilligung

§ 14. Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt werden bis höchstens 25 Franken pro Stunde und 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 einen Anbieter mit einer kantonalen Spitex-Bewilligung eingesetzt wird.

² Bei Personen, die Leistungen durch eine anerkannte Einrichtung gemäss Verordnung zur Anerkennung von Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Erwachsenen (Anerkennungsverordnung) vom 16. Oktober 2007 beziehen, werden höchstens die im Leistungsauftrag festgelegten Tarife vergütet.

Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal

§ 15. Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal werden zu Hause lebenden Bezügerinnen und Bezüger nur für den Teil der Pflege und Betreuung vergütet, der nicht von einem Anbieter mit einer kantonalen Spitex-Bewilligung erbracht werden kann.

² Die Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements legt die Pflege und Betreuung, die im konkreten Fall nicht von einem Anbieter mit einer kantonalen Spitex-Bewilligung erbracht werden kann, und das Anforderungsprofil der anzustellenden Person fest. Wird die Abteilung Langzeitpflege nicht beigezogen oder werden deren Vorgaben nicht eingehalten, so werden die Kosten nicht vergütet.

³ Für direkt angestelltes Pflegepersonal geschuldete Arbeitgeberbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen werden in die Berechnung der Vergütung einbezogen.

Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige

§ 16. Kosten für Pflege und Betreuung, die durch Familienangehörige erbracht wird, werden nur vergütet, wenn die betreffenden Familienangehörigen:

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

² Die Pflegebedürftigkeit muss durch Arztzeugnis ausgewiesen sein. Die Vergütung kann von der Zustimmung der Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements abhängig gemacht werden.

³ Für Familienangehörige geschuldete Arbeitgeberbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen werden in die Berechnung der Vergütung einbezogen.

⁴ Die Kosten werden höchstens im Umfang des Erwerbsausfalls vergütet.

Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung in Tages- und Nachtstrukturen

§ 17. Bei zu Hause lebenden Personen werden Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung, die in einem Tagesheim, einem Tagesspital, einem Ambulatorium, einer Beschäftigungsstätte oder einer ähnlichen Tagesstruktur von einem öffentlichen oder gemeinnützigen privaten Träger erbracht wird, vergütet. Von diesem Betrag ist der Naturallohnansatz für die Essen (Art. 11 Abs. 2 AHVV), welche die Person in der Tagesstruktur erhält, abzuziehen.

² Abs. 1 gilt sinngemäss auch für die Vergütung der Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung in Nachtstrukturen.

Transportkosten

§ 18. 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 (2. Klasse) für Fahrten auf dem direkten Weg entsprechen. Ist die versicherte Person wegen ihrer Behinderung auf die Benützung eines andern Transportmittels angewiesen, so werden die Kosten wie folgt vergütet:

- a) Personenwagen (Abgabe oder Amortisation durch IV): 25 Rappen pro km;
- b) Personenwagen: höchstens 65 Rappen pro km;
- c) Taxi: Tatsächliche Auslagen.

³ Tages- und Nachtstrukturen nach § 17 sind den medizinischen Behandlungsorten im Sinne von Abs. 2 gleichgestellt.

III. HILFSMITTEL UND HILFSGERÄTE

Anspruch

§ 19. Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen haben im Rahmen von Art. 14 Abs. 1 lit. f ELG Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten oder der Mietkosten der in der Liste des Wirtschafts- und Sozialdepartements aufgeführten Hilfsmittel oder Hilfsggeräte (Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte). Die Hilfsmittel und Hilfsggeräte, für die nur die Mietkosten vergütet werden, sind in der Liste zu bezeichnen.

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 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) vom 28. August 1978 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 bzw. vergütet werden. Bei den Hilfsggeräten gemäss Liste des Wirtschafts- und Sozialdepartements werden die Mietkosten nur für die Hauspflege vergütet.

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.

Abklärung

§ 20. Wo es zweifelhaft erscheint, ob ein Hilfsmittel oder Hilfsgerät notwendig oder dessen Ausführung einfach und zweckmässig ist, hat die Bezügerin oder der Bezüger 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 von einer oder einem von der Invalidenversicherung für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Expertin oder Experten bescheinigt sein.

³ Die Kosten für die Abklärungen gelten als Kosten im Sinne von Art. 14 Abs. 1 lit. f ELG.

IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Wirksamkeit

§ 21. Diese Verordnung ist zu publizieren. Sie wird gleichzeitig mit der Änderung des Gesetzes über die Einführung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie über die Ausrichtung von kantonalen Beihilfen (EG/ELG) vom 7. November 2007 wirksam.³⁾

³⁾ Wirksam seit 1. 1. 2008.