



WEISUNGEN

BETREFFEND VERGÜTUNG VON KRANKHEITS- UND BEHINDERUNGSKOSTEN IM RAHMEN DES GESETZES ÜBER DIE ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN ZUR AHV/IV

Das Departement des Innern

gestützt auf § 13 Abs. 2 des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 28. März 2007 (kant. ELG; SRSZ 362.200 [Stand am 1.1.2015]) und auf § 2 Abs. 2 der Vollzugsverordnung zum Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 11. Dezember 2007 (VVzELG; SRSZ 362.211 [Stand am 1.1.2015]),

erlässt folgende Weisungen:

1. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV.

Die Weisung regelt in Ergänzung zu den Rechtserlassen des Bundes und des Kantons die Durchführung und das Verfahren betreffend die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten.

2. Inkrafttreten

Diese Weisung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

Schwyz, 18. Dezember 2018

Departement des Innern des Kantons Schwyz

Die Vorsteherin:



Petra Steimen-Rickenbacher, Landesstatthalter

Verteiler:

- Ausgleichskasse Schwyz (2)
- Departement des Innern
- Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz
- Vertrauenszahnarzt der Ausgleichskasse Schwyz

1. Teil: Allgemeines

- 101 Die Bestimmungen der Wegleitung des Bundes über die Ergänzungsleistungen insbesondere Rz. 5100.01 bis Rz. 5400.04 (5. Teil: Krankheits- und Behinderungskosten) sind anwendbar.
- 102 Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten ist beschränkt (verfügbare Quote). Pro Kalenderjahr können zusätzlich zur EL gemäss § 8 Abs. 3 kant. ELG (SRSZ, 362.200) höchstens die Beträge nach Art. 14 Abs. 3 lit. a und b ELG vergütet werden (s. Anhang 1).

Für die Vergütung von Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause (Art. 14 Abs. 1 lit. b ELG) ist der Assistenzbeitrag gemäss Art. 42^{quater} ff. des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG) in Abzug zu bringen, sofern die Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause nicht durch Familienangehörige erbracht wird.

2. Teil: Zahnärztliche Behandlung (§ 12 VVzELG)

- 201 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.
- 202 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.
- 203 Zahnbehandlungskosten (Zahnarztkosten, Kosten der zahntechnischen Arbeiten, Material, Medikamente) sind im Rahmen der EL grundsätzlich nur soweit zu berücksichtigen, als sie einer notwendigen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Behandlung und Ausführung entsprechen.
- 204 Kosten für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) werden nur berücksichtigt, wenn dieser durch einen Zahnarzt eingegliedert wird.
- 205 Zur Beurteilung, ob eine notwendige, wirtschaftliche und zweckmässige Behandlung und Ausführung vorliegt, gelten folgende Vorgaben:

Prothetische Versorgungen sollen gemäss den Richtlinien der Vereinigung der Kantonszahnärzte (VKZS) [www.kantonszahnaerzte.ch] erfolgen.

Verbundkeramische Brücken werden im Rahmen der EL nur gemäss den Richtlinien der VKZS bewilligt.

Generell soll bei der Therapieplanung auf das Prophylaxebewusstsein bzw. die zu erwartende Einstellung der Patientin/des Patienten zur Prophylaxe und den langfristigen Erhalt der Zähne geachtet werden. Auch allgemeinmedizinische Aspekte sollen beachtet werden.

Von zwei ausführbaren Therapien ist die kostengünstigere zu wählen.

- 206 Für die Vergütung von Zahnbehandlungskosten sind der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung-Tarif (UV/MV/IV-Tarif) über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und der

UV/MV/IV-Tarif für zahntechnische Arbeiten massgebend.

- 207 Die Rechnungen des Zahnarztes und des zahntechnischen Labors sind entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen. Sie müssen Zahnnummer, Tarifziffer, Menge, Behandlungsart (Klartext zur Tarifziffer), Anzahl Taxpunkte und Taxpunktwert enthalten. Die Anwendung der Tarifpositionen muss gemäss den Richtlinien der SSO korrekt durchgeführt werden. Eigenkreationen und falsch angewendete Tarifpositionen werden nicht berücksichtigt.

Wird von einem genehmigten Kostenvoranschlag abgewichen, müssen die Änderungen des Behandlungsplanes mit Kostenangabe vor Behandlungsende der EL-Stelle mitgeteilt werden.

- 208 Vor grösseren Behandlungen und Ausführungen ist nach UV/MV/IV-Tarif detaillierter Kostenvoranschlag der Ausgleichskasse Schwyz einzureichen. Eine grössere Behandlung liegt ab 2 500 Franken (§ 12 Abs. 2 VVzELG) vor. Wenn auch Laborkosten anfallen werden, ist ein nach UV/MV/IV-Tarif detaillierter Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors einzureichen. Eine Aufteilung einer vorgesehenen Arbeit in mehrere Therapieschritte um finanziellen Vorteil zu erlangen, ist nicht statthaft.

Auch Behandlungen unter 2 500 Franken müssen die Richtlinien der VKZS erfüllen.

- 209 Es sind UVG-konforme Unterlagen einzureichen. 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 beratenden Zahnarzt aus den Unterlagen im Detail nachvollziehbar sein.
- 210 Der Kostenvoranschlag hat über Zahnnummer, Tarifziffer, Menge, Behandlungsart (Klartext zur Tarifziffer), Anzahl Taxpunkte und Taxpunktwert Auskunft zu geben.
- 211 Die zur Beurteilung des Kostenvoranschlages notwendigen Röntgenaufnahmen sind diesem beizulegen. Studienmodelle sind bei prothetischem Ersatz auf Wunsch des beratenden Zahnarztes, der Parodontalstatus, wenn vorhanden, einzureichen.
- 212 Die Kosten für die Bereitstellung der Unterlagen sind in der Tarifposition 4.0400 enthalten. Es werden keine zusätzlichen Kosten vergütet. Die Vergütung erfolgt auch nur bei vollständig, übersichtlich und nachvollziehbar eingereichten Unterlagen (Formular kann auf der Homepage www.aksz.ch unter Ergänzungsleistungen – Formulare – Abklärung Zahnbehandlungskosten herunter geladen werden).
- 213 Für Behandlungen und Ausführungen ab 2 500 Franken hat die Ausgleichskasse Schwyz den Kostenvoranschlag dem beratenden Zahnarzt zu unterbreiten. Im Zweifelsfall können ihm auch tiefere Kostenvoranschläge oder Rechnungen zur Begutachtung eingereicht werden.
- 214 Wenn die Ausgleichskasse Schwyz einen Kostenvoranschlag genehmigt hat, 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 setzt voraus, dass im Zeitraum der Behandlung die Voraussetzungen für den Bezug von Ergänzungsleistungen und die Voraussetzungen für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten erfüllt sind.

- 215 Wurde eine Zahnbehandlung (inkl. Labor) von über 2 500 Franken ohne genehmigten Kostenvoranschlag durchgeführt, können grundsätzlich höchstens 2 500 Franken vergütet werden. Ausnahmsweise können im Nachhinein höhere Kosten vergütet werden, wenn die EL-beziehende Person anhand einer ausreichenden Dokumentation der Situation vor dem Eingriff (allenfalls mit Fotos, Röntgenaufnahmen usw.) nachweist, dass die durchgeführte Behandlung notwendig, wirtschaftlich und zweckmässig war.
- 216 Es werden höchstens 8 000 Franken pro berechnete Person und zusammenhängende Behandlung übernommen (§ 9 Abs. 2 ELG), d.h. nicht dass automatisch Ober- und Unterkiefer je 8 000 Franken erhalten.
- 217 Als zusammenhängende Behandlung gilt die Wiederherstellung der Kaufunktion des Kauorgans mit einfachen und wirtschaftlich sinnvollen Therapiemitteln, d.h. in der Regel die Wiederherstellung von Oberkiefer und Unterkiefer.
- 218 Besteht der begründete Verdacht, dass mittels Teilbehandlungen die Anwendung des Höchstbetrages umgangen wird, werden die noch nicht beglichenen Zahlungen verweigert.
- 219 Wenn der beratende Zahnarzt die Beurteilung nicht aufgrund der Unterlagen vornehmen kann, kann er die Patienten in seine Praxis aufbieten. Die Kosten gehen zulasten der verfügbaren EL-Quote (Höchstbetrag gemäss Art. 14 Abs. 3 ELG). Dem Patienten werden die Fahrkosten gemäss Rz. 601 ff vergütet.

3. Teil: Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen (§§ 13-17)

3.1 Private Haushalthilfe (§ 13)

- 301 Als hauswirtschaftliche Hilfe gelten unmittelbare Tätigkeiten im Haushalt wie kochen, waschen, bügeln, reinigen der Wohnung, usw.
- 302 Nicht als hauswirtschaftliche Hilfe gelten u. a. die Erledigung von Einkäufen und administrativen Arbeiten.
- 303 Die Endreinigung einer Wohnung bei einem Todesfall, Wohnungswechsel oder endgültigem Heimeintritt gilt als hauswirtschaftliche Hilfe. Werden die Reinigungsarbeiten durch Verwandte vorgenommen, erfolgt keine Vergütung. Die Kosten sind auf alle Fälle zu belegen.
- 304 Die Aufwendungen für Zügeltransporte gelten nicht als hauswirtschaftliche Hilfe und werden nicht vergütet.
- 305 Bestehen Zweifel, ob eine hauswirtschaftliche Hilfe notwendig ist, verlangt die Ausgleichskasse Schwyz ein Arzteugnis oder veranlasst eine Abklärung vor Ort.
- 306 Fallen die Aufwendungen für hauswirtschaftliche Tätigkeiten regelmässig und über einen längeren Zeitraum an, kann die Ausgleichskasse Schwyz auf die erneute Einreichung der Belege verzichten und die Auszahlungen monatlich vornehmen.
- 307 Wird die Hilfe durch eine im gleichen Haushalt resp. auf dem gleichen Hof lebende Person erbracht oder ist diese Person gleichfalls Bezüger oder Bezügerin von Ergänzungsleistun-

gen, so kann keine Vergütung erfolgen.

- 308 Pro aufgewendete Stunde können höchstens 25 Franken vergütet werden und pro Kalenderjahr können höchstens 4 800 Franken geltend gemacht werden. Sind bei einem Ehepaar beide Ehepartner behindert, werden höchstens 9 600 Franken vergütet.

Es ist sicher zu stellen, dass die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Beitragserfassung (AHV-Beitragspflicht für Hilfspersonen) eingehalten werden.

3.2 Haushaltshilfe durch öffentliche oder gemeinnützige Träger (§ 14) - Spitex

- 321 Kosten für hauswirtschaftliche Leistungen (Haushilfe) von Spitex-Organisationen und ähnlichen gemeinnützigen Organisationen können übernommen werden, soweit sie notwendig sind und den Kosten öffentlicher und gemeinnütziger Träger entsprechen.
- 322 Bei Vorliegen einer Krankenzusatzversicherung nach VVG ist eine schriftliche Entscheidung der Krankenkasse notwendig, um eine Vergütung der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex zu prüfen.

3.3 Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal (§ 15)

- 331 Bei EL-beziehenden Personen, die zu Hause wohnen, und eine Hilflosenentschädigung beziehen, können die Kosten für Pflege und Betreuung durch direkt angestellte Pflegekräfte vergütet werden, soweit die Pflege und Betreuung nicht durch eine anerkannte Spitex-Organisation erbracht werden kann.
- 332 Die von der Ausgleichskasse Schwyz beauftragte Fachperson legt fest, welche Pflege und Betreuung (z.B. welche Art der Pflege, Anzahl Stunden pro Tag) im konkreten Fall nicht von einer anerkannten Spitex-Organisation erbracht werden kann. Weiter legt die Fachperson das Anforderungsprofil (z.B. Krankenschwester, Hauspflegerin, nicht speziell ausgebildetes Personal) der anzustellenden Person fest.
- 333 Keine Kosten werden vergütet, wenn die Vorgaben der Fachperson nach Rz. 332 nicht eingehalten werden oder sie nicht beigezogen wird.
- 334 Für direkt angestelltes Pflegepersonal geschuldete Arbeitgeberbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen (AHV, IV, EO, ALV, FAK, UV und BV) werden in die Berechnung der Vergütung einbezogen.
- 335 Die Hilflosenentschädigung wird in Abzug gebracht.

3.4 Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige (§ 16)

- 341 Kosten für die notwendige Pflege und Betreuung durch Familienangehörige, die nicht von einer bewilligten Spitexorganisation oder Pflegefachperson erbracht werden kann, werden nur vergütet, wenn die betreffenden Familienangehörigen durch die Pflege und Betreuung nachweisbar eine länger dauernde und wesentliche Erwerbseinbusse erleiden und keine Altersrente gemäss AHVG beziehen. Die Pflegebedürftigkeit muss durch Arztzeugnis ausgewiesen sein.

- 342 Für Familienangehörige, die in die EL-Berechnung eingeschlossen sind, werden keine Kosten für Pflege und Betreuung vergütet.
- 343 Die Kosten werden höchstens im Umfang des Erwerbsausfalls vergütet. Der Umfang des Erwerbsausfalls entspricht dem zeitlichen Pflegeaufwand, der von der Fachperson festgelegt wird.
- 344 Für Familienangehörige geschuldete Arbeitgeberbeiträge an obligatorische Sozialversicherungen (AHV, IV, EO, ALV, FAK, UV und BV) werden in die Berechnung der Vergütung einbezogen.
- 345 Die Hilflosenentschädigung wird in Abzug gebracht.

3.5 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von Behinderten in Tagesstrukturen (§ 17)

- 351 Die Ausgleichskasse Schwyz kann die Vergütung aufgrund von Sammelrechnungen der Tagesstruktur (nur mit Vollmacht der Versicherten) vornehmen. Auf der Sammelrechnung müssen die Angaben der einzelnen Berechtigten detailliert vorhanden sein. Die Auszahlung erfolgt in diesen Fällen direkt an die Tagesstruktur.
- 352 Bei Heimaufenthalt mit EL-Berechnung (auch bei internen Heimaufenthalten) werden keine Betreuungskosten vergütet.
- 353 Kosten für Kurz- und Ferientaufenthalte werden übernommen. Die Vergütung dieser Kosten erfolgt in sinngemässer Anwendung von § 5 Abs. 1 kant. ELG.
- 354 Kosten für begleitetes Wohnen (bei selbständigem Wohnen) und Entlastungseinsätze von öffentlichen und gemeinnützigen Trägern werden im Rahmen der verfügbaren Quote mit 25 Franken pro Stunde vergütet.

4. Teil: Kosten für Bade- und Erholungskuren (§§ 18-19 VVzELG)

- 401 Der angemessene Betrag gemäss § 18 Abs. 2 und § 19 Abs. 1 VVzELG entspricht dem Betrag für volle Verpflegung gemäss den AHV-Naturallohnanätzen.

5. Teil: Diätkosten (§ 20 VVzELG)

- 501 Ausgewiesene Mehrkosten für vom Arzt oder von der Ärztin verordnete lebensnotwendige Diät von Personen, die weder in einem Heim noch Spital leben, gelten als Krankheits- und Behinderungskosten.
- 502 Bei Personen, welche im Heim oder Spital wohnen, sind Diätkosten in die Tagestaxe einzuschliessen. Eine zusätzliche Vergütung der Diätpauschale ist ausgeschlossen.
- 503 Nicht jede vom Arzt oder Ärztin verordnete Diät ist lebensnotwendig und führt zwangsläufig

zu Mehrkosten. Damit ein Anspruch entstehen kann, ist vom zuständigen Arzt oder der Ärztin zu bescheinigen, in welchem medizinischen Zusammenhang die Einhaltung einer Diät lebensnotwendig ist.

Ob tatsächlich Mehrkosten entstehen, hat der EL-Bezüger nachzuweisen. Zur Beurteilung sind der Ausgleichskasse Schwyz z.B. der Ernährungsplan einer ausgewiesenen Ernährungsberaterin oder -beraters sowie eine Aufstellung der durchschnittlichen Kosten einzureichen.

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

- 504 Anstelle einer jährlichen, einmaligen Auszahlung des Pauschalbetrages von 2 100 Franken kann die Ausgleichskasse Schwyz auch die monatliche Auszahlung von 175 Franken vornehmen.

6. Teil: Transportkosten zur nächstgelegenen Behandlungsstelle (§ 21 VwzELG)

- 601 Ausgewiesene Transportkosten werden als Krankheitskosten vergütet, soweit sie in der Schweiz durch einen Notfalltransport oder durch eine notwendige Verlegung entstanden sind.
- 602 Als Krankheits- und Behinderungskosten gelten auch Kosten für Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort. Tagesstrukturen gelten auch als medizinische Behandlungsorte.
- 603 Ob ein medizinischer Behandlungsort vorliegt, richtet sich danach, ob Kosten für die medizinische oder therapeutische Behandlung gemäss KVG bzw. nach Art. 14 Abs. 1 ELG übernommen werden.
- 604 Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (IV-Wohnheime), bei denen die EL als Heimbewohner vorgenommen wurde, haben Anrecht auf die Vergütung von Transportkosten für regelmässige Wochenendfahrten nach Hause. Es werden die Kosten für die Hin- und Rückfahrt ins Wochenende sowie die Hin- und Rückfahrt zurück ins Heim übernommen. Es werden nur die Fahrkosten übernommen, nicht hingegen die zeitlichen Aufwendungen des Fahrers oder der Begleitperson.
- 605 Grundsätzlich können die Kosten für die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels (2. Klasse) berücksichtigt werden.
- 606 Es werden ausschliesslich die tatsächlich ausgewiesenen Auslagen, die für die einzelne Fahrt entstanden sind, vergütet.
- 607 Ist bei länger dauernden Therapien oder häufigen Arztbesuchen der Kauf eines Streckenabonnements oder eines Halbtaxabonnements kostengünstiger, wird dieses berücksichtigt. Die Kosten eines Abonnements werden nicht vergütet, wenn dieses auch für Transporte für andere Besorgungen benötigt bzw. benützt wird.
- 608 Kann kein öffentliches Verkehrsmittel benutzt werden, können die Kosten eines anderen, zumutbaren Verkehrsmittels übernommen werden.

Es werden folgende Ansätze vergütet:

- Personenwagen: 70 Rappen pro Kilometer
- Taxi: Tatsächliche Auslagen (nur Fahrkosten, ohne Wartezeiten und Gebühren)
- Rotkreuzfahrdienst: Im Zusammenhang mit der Fahrt erfolgten tatsächlichen Auslagen
- Fahrdienst von Alters- und Pflegeheime oder von IV-Wohnheimen: 70 Rappen pro Kilometer, Pauschaltarife bis 10 Franken pro Fahrt (Hin- und Rückfahrt) innerhalb der Gemeinde werden berücksichtigt.
- Fahrdienst von Tagesstrukturen (§ 21 Abs. 3 VVzELG): Werden Monatspauschalen in Rechnung gestellt, werden diese vergütet, sofern sich der Versicherte regelmässig in der Tagesstruktur aufhält und die Kosten gemäss § 17 VVzELG übernommen werden. Wenn der Versicherte eine Heimberechnung hat, können Kosten in die Tagesstruktur nicht übernommen werden.

609 Ist die berechtigte Person auf eine Begleitperson angewiesen, werden die Transportkosten für die Begleitperson bei Benützung des ÖV übernommen.

610 Der Zeitaufwand oder andere Spesen für eine Begleitperson werden nicht vergütet.

7. Teil: Hilfsmittel (§§ 22-25 VVzELG)

7.1 Allgemeines

701 Bezüger von Ergänzungsleistungen haben Anspruch auf Vergütung der Anschaffungskosten oder auf die leihweise Abgabe der in § 25a VVzELG aufgeführten Hilfsmittel, sofern:

- die Hilfsmittel nicht aufgrund der Bestimmungen der AHV, der IV oder der Kranken-, Unfall-, oder Militärversicherung abgegeben werden.

Insbesondere bei IV-Rentnern ist vorrangig zu klären, ob das Hilfsmittel nicht von der IV abgegeben bzw. finanziert wird. Besteht ein Anspruch gegenüber der AHV gestützt auf Art. 4 HVA (Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung, SR 831.135.1), sog. Besitzesstandfälle, können keine Kosten übernommen werden.

- und die Hilfsmittel notwendig und deren Ausführungen einfach und zweckmässig sind.

Hierzu kann eine Bescheinigung eines Arztes, einer Fachstelle für Invalidenhilfe oder einer Beschäftigungstherapiestelle eingeholt werden. Die Kosten zur Abklärung und Bescheinigung gelten, soweit sie nicht von einer Kranken- oder einer anderen Versicherung zu tragen sind, als Krankheits- und Behinderungskosten. Bevor eine Bescheinigung eingeholt wird, ist im Rahmen der Verhältnismässigkeit abzuwägen, inwiefern die anfallenden Bescheinigungskosten angesichts des noch verfügbaren Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zumutbar sind.

702 Stehen Hilfsmittel leihweise zur Verfügung, besteht i.d.R. kein Anspruch auf ein neues Gerät:

Ist das benötigte Hilfsmittel in einem IV-Depot erhältlich, wird es von dort aus der versicherten Person abgegeben. Sie selbst oder eine beauftragte Person der privaten Alters- oder Invalidenhilfe kann mit einem Doppel der schriftlichen Zusprechungsmitteilung das Gerät im Depot abholen. Auf dem Mitteilungsdoppel ist der Empfang des Hilfsmittels zu bestätigen. Das Depot sendet daraufhin das Mitteilungsdoppel an die Ausgleichskasse Schwyz zurück. Wenn ein IV-Depot eigene Formulare für das Abgabeverfahren hat, können diese verwendet werden.

703 Gemäss der Liste in § 25a WzELG können folgende Hilfsmittel abgegeben oder finanziert werden:

- *Rumpforthesen*, sofern eine funktionelle Insuffizienz der Wirbelsäule mit erheblichen Rückenbeschwerden sowie klinisch und radiologisch nachweisbaren Veränderungen an der Wirbelsäule vorliegt, die durch medizinische Massnahmen nicht oder nur ungenügend zu beeinflussen ist
- *Atmungsapparate* bei Ateminsuffizienz
- *Inhalationsapparate*
- *Zusätze zu Sanitäreinrichtungen*, sofern ein Versicherter ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist
- *Krankenheber*, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist
- *Elektrobetten*, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit darstellt
- *Nachtstühle*
- *Coxarthrosestühle*
- *Aufzugständer* (Bettgalgen)

7.2 Besondere Bestimmungen

704 Im Weiteren können Hilfsmittel, die im Anhang zur HVA aufgeführt sind, mitfinanziert werden, wenn die Ausgleichskasse in Anwendung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) einen Kostenbeitrag geleistet hat. Die Vergütung, gestützt auf die EL-Gesetzgebung, beträgt maximal einen Drittel des Kostenbetrages der AHV. Wenn gestützt auf die HVA kein Kostenbeitrag erfolgt, besteht auch kein Anspruch auf eine Vergütung.

705 Vergütung der Reparatur-, Anpassungs- und Erneuerungs- und Gebrauchstrainingskosten:

Für die Vergütung der Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchskosten ist das Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die IV (KHMI) sinngemäss anwendbar.

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 Leistungsverpflichtungen eines Lieferanten und werden nicht zusätzlich vergütet. Kosten für im Verlauf des Gebrauchs allfällig notwendig werdende Wiederanpassung sowie für die teilweise Erneuerung von Hilfsmitteln werden vergütet.

Ausgewiesene Kosten für Reparaturen von Hilfsmitteln und Hilfsgeräten können vergütet werden, sofern

- sie trotz sorgfältiger Verwendung und Wartung notwendig sind,
- kein Dritter ersatzpflichtig ist (z. B. der Verkäufer, der Garantie zu leisten hat),
- sie nicht durch grobes Verschulden der besitzenden Person verursacht wurden.

Ausgewiesene Betriebs- und Unterhaltskosten des Hilfsmittels zu berücksichtigen.

706 Mietkosten:

Es werden allenfalls auch die Mietkosten für die im Anhang aufgeführten, nicht leihweise abzugebenden Hilfsmittel im Rahmen des massgebenden Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten berücksichtigt.

707 Bei Einnahmeüberschuss:

Wenn ein Einnahmenüberschuss (anrechenbare Einnahmen höher als anerkannte Ausgaben) besteht, ist wie folgt vorzugehen:

- Leihweise Abgaben des Hilfsmittels, wenn der Neupreis grösser als der Einnahmenüberschuss ist.
- Bei Hilfsmitteln, die nicht leihweise abgegeben und von der versicherten Person gekauft oder gemietet werden, erfolgt die Vergütung nach dem Prinzip Hilfsmittelkosten minus Einnahmenüberschuss.
- Bei Elektrobetten erfolgt die Übernahme der vollen Mietkosten, falls der Einnahmenüberschuss kleiner als 900 Franken ist.

708 Heimaufenthalt:

Pflege- und Behandlungsgeräte können bei Heimaufenthalt nicht abgegeben werden.

7.3 Sonderbestimmungen für einzelne Arten von Hilfsmitteln

709 Starbrillen oder Kontaktlinsen nach Staroperationen:

Diese sogenannten Starbrillen gibt es nicht mehr. Deshalb können nach einer Staroperation keine Kosten für eine Brille oder Kontaktlinsen durch die EL übernommen werden.

710 Elektrobetten (inkl. Matratzen):

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 (s. Rz. 708).

Elektrobetten werden von den Mietstellen 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.

Die Transportkosten für das Elektrobett (zur versicherten Person hin: pauschal 250 Franken plus Mehrwertsteuer, Rücktransport zur Mietstelle: pauschal 280 Franken plus Mehrwertsteuer; die Ausgleichskasse Schwyz hält sich dabei preisliche Anpassungen vor) können ebenfalls der Ausgleichskasse Schwyz zulasten des Betrages für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten verrechnet werden und sind gleichzeitig mit der Sammelrechnung geltend zu machen. Für Seitengitter und Aufzughügel, die erst später wegen Verschlechterung des Zustandes der versicherten Person geliefert werden müssen, kann eine Transportpauschale von 50 Franken plus Mehrwertsteuer (für ein oder zwei Gitter und Aufzughügel) in Rechnung gestellt werden. Mit der Vergütung für den Rücktransport sind sämtliche Kosten für die Rücknahme abgegolten.

8. Teil: Kostenbeteiligungen in der Krankenpflegeversicherung (§ 26 VVzELG)

- 801 Die EL berücksichtigt die Kostenbeteiligungen nach Art. 64 KVG an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 24 KVG übernimmt (Art. 14 Abs. 1 Bst. g ELG).

Die Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen übernimmt, sind in den Artikeln 25-31 KVG aufgeführt (Art. 24 KVG).

Wer als Leistungserbringer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist, wird in den Artikeln 35-40 KVG und den Artikeln 38 ff. KVV geregelt.

- 802 Vergütet werden höchstens die minimale Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt) nach Art. 64 KVG i.V.m. Art. 103 KVV.

Das bedeutet, dass jeder EL-beziehenden Person pro Kalenderjahr höchstens eine Kostenbeteiligung von 1 000 Franken angerechnet werden kann. Dabei ist unerheblich, wie die Summe zusammengesetzt ist. Hat beispielsweise jemand eine Franchise von 300 Franken gewählt und 325 Franken Selbstbehaltskosten zu zahlen, werden 625 Franken vergütet. Hat eine Person eine Franchise von 500 Franken gewählt und 700 Franken Selbstbehalt zu zahlen, so sind 1 000 Franken zu vergüten.

- 803 Bei Personen die sich dauernd im Pflegeheim aufhalten, zahlt die Ausgleichskasse Schwyz den Betrag von 1 000 Franken für Franchise und Selbstbehalt aus, ohne dass die EL-beziehende Person die Belege einreichen muss.

- 804 Wenn EL-Bezüger/innen einen Spitalkostenbeitrag nach Art. 64 Abs. 5 KVG zu leisten haben, kann von diesem Betrag nur der Teil berücksichtigt werden, welcher den Betrag für volle Verpflegung gemäss den AHV-Naturallohnansätzen übersteigt.

(Da der Betrag für volle Verpflegung zurzeit höher ist als der Beitrag nach KVG, entfällt eine Vergütung).

805 Werden Leistungen aus Zusatzversicherungen erbracht (z.B. 50 Prozent an nichtpflichtige Medikamente), können die Restkosten nicht von der EL vergütet werden.

Davon ausgenommen sind die Restkosten bei Zahnbehandlungen (Rz. 201 - 219), Spitex-Leistungen (hauswirtschaftliche Leistungen), Bade- und Erholungskuren (Rz. 401), Transporte (Rz. 601 - 610) und Hilfsmittel, wenn die entsprechenden Voraussetzungen für eine Vergütung erfüllt sind.

806 Kosten für kosmetische Operationen können nicht berücksichtigt werden.

807 Von den Heimen ausserhalb der Heimtaxe besonders verrechnete Leistungen, welche die Krankenversicherung nicht übernimmt, können bei der EL auch nicht berücksichtigt werden.

9. Teil: Vorübergehender Heimaufenthalt (§ 7 VVzELG)

901 Ein vorübergehender Heimaufenthalt dauert zusammenhängend mehr als 24 Stunden und max. 90 Tage pro Kalenderjahr.

Es handelt sich hierbei um ein stationäres Angebot.

Anhang 1: Beträge für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

Tabelle 1

	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
getrennt lebendes Kind oder	10'000	6'000
übrige Kinder, je	-	6'000

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:

	Erhöhung	Höchstbetrag (Personen zu Hause)
Alleinstehende und verwitwete Personen:		
- bei schwerer Hilflosigkeit	+65'000	90'000
- bei mittelschwerer Hilflosigkeit	+35'000	60'000
Ehegatten von in Heimen wohnenden Per- sonen:		
-bei schwerer Hilflosigkeit	+65'000	90'000
-bei mittelschwerer Hilflosigkeit	+35'000	60'000
Ehepaare (beide zu Hause):		
- beide Ehegatten je schwer	+130'000	180'000
- beide Ehegatten je mittelschwer	+70'000	120'000
- ein Ehegatte schwer, der andere mittelschwer	+100'000	150'000
- nur ein Ehegatte schwer	+65'000	115'000
- nur ein Ehegatte mittelschwer	+35'000	85'000
Vollwaisen	Keine Erhöhung	10'000
getrennt lebendes Kind	Keine Erhöhung	10'000
übrige Kinder	Keine Erhöhung	-