

Nr. 881b

# **Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen**

vom 3. Dezember 2010 (Stand 1. Januar 2019)

*Der Regierungsrat des Kantons Luzern,*

gestützt auf § 6 Absatz 2 des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 10. September 2007<sup>1</sup>,  
auf Antrag des Gesundheits- und Sozialdepartementes,

*beschliesst:*

## **1 Allgemeine Bestimmungen**

### **§ 1**      *Geltungsbereich*

<sup>1</sup> Diese Verordnung regelt die Vergütung von Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten im Sinn von Artikel 14 Absatz 1 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 6. Oktober 2006<sup>2</sup> an Bezügerinnen und Bezüger einer jährlichen Ergänzungsleistung sowie an Personen, die nach § 8 Absätze 2 und 3 anspruchsberechtigt sind.

### **§ 2**      *Zeitlich massgebende Kosten*

<sup>1</sup> Die Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden für das Kalenderjahr vergütet, in dem die Rechnungsstellung erfolgt ist.

<sup>2</sup> Fällt die jährliche Ergänzungsleistung für Berechtigte oder für einzelne Familienangehörige dahin, ist das Behandlungsdatum oder bei Hilfsmitteln das Beschaffungsdatum massgebend.

---

<sup>1</sup> SRL Nr. [881](#)

<sup>2</sup> SR [831.30](#). Auf dieses Gesetz wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

\* Siehe Tabellen mit Änderungsinformationen am Schluss des Erlasses.

<sup>3</sup> Die Kosten werden frühestens ab Beginn des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen vergütet.

### § 3 *Auszahlung*

<sup>1</sup> In Rechnung gestellte Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten, die noch nicht bezahlt sind, kann das Sozialversicherungszentrum direkt dem Rechnungssteller oder der Rechnungsstellerin vergüten. \*

<sup>2</sup> Kosten von total weniger als 50 Franken werden halbjährlich vergütet.

### § 4 *Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen*

<sup>1</sup> Ein Anspruch auf die Vergütung von Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten besteht nur, soweit nicht andere Versicherungen für die Kosten aufkommen.

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

### § 5 *Anrechnung einer Hilflosenentschädigung*

<sup>1</sup> Hat die Krankenversicherung für ihre Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten zu Hause die Hilflosenentschädigung der IV oder der Unfallversicherung angerechnet, wird die Hilflosenentschädigung im Umfang der Anrechnung nicht von den ausgewiesenen Kosten abgezogen.

<sup>2</sup> Erhöht sich bei zu Hause lebenden Personen mit einem Anspruch auf Hilflosenentschädigung der IV oder der Unfallversicherung für mittelschwere oder schwere Hilflosigkeit der Betrag der Kostenvergütung nach Artikel 14 Absatz 4 ELG oder Artikel 19b der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV) vom 15. Januar 1971<sup>3</sup>, wird die Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten abgezogen. Der Mindestbetrag nach Artikel 14 Absatz 3a ELG darf jedoch nicht unterschritten werden.

<sup>3</sup> Für Bezügerinnen und Bezüger einer Hilflosenentschädigung der AHV, die vorher eine Hilflosenentschädigung der IV bezogen haben, gilt Absatz 2 sinngemäss.

### § 6 *Vergütung nach dem Tod der versicherten Person*

<sup>1</sup> Ist eine versicherte Person gestorben, welche in die Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistungen einbezogen war, werden die von ihr verursachten Krankheits- und Behinderungskosten sowie Kosten für Hilfsmittel vergütet, wenn ihre Rechtsnachfolger dies innert 15 Monaten nach dem Tod verlangen.

---

<sup>3</sup> [SR 831.301](#)

## § 7 *Im Ausland entstandene Kosten*

<sup>1</sup> In der Schweiz entstandene Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden vergütet.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Im Ausland entstandene Kosten für Bade- und Erholungskuren werden nicht vergütet.

<sup>4</sup> Wird ein nicht leihweise abzugebendes Hilfsmittel im Ausland angeschafft, ist der in der Schweiz hierfür vorgesehene Preis massgebend, sofern er offensichtlich niedriger ist.

## 2 Krankheits- und Behinderungskosten

### § 8 *Grundsatz*

<sup>1</sup> Für Krankheits- und Behinderungskosten werden pro Kalenderjahr höchstens die Beträge nach Artikel 14 Absätze 3–5 ELG und Artikel 19b ELV vergütet.

<sup>2</sup> Besteht nur während eines Teils des Jahres Anspruch auf jährliche Ergänzungsleistungen, wird der ganze Höchstbetrag nach Absatz 1 vergütet.

<sup>3</sup> Personen, die aufgrund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung haben, haben Anspruch auf die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten, die den jährlichen Einnahmenüberschuss übersteigen.

### § 9 *Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*

<sup>1</sup> Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 64 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994<sup>4</sup> werden wie folgt vergütet:

- a. Franchise im Umfang von Artikel 103 Absatz 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995<sup>5</sup>,
- b. Selbstbehalt im Umfang von Artikel 103 Absatz 2 KVV.

<sup>2</sup> Wird eine Versicherung mit höherer Franchise nach Artikel 93 Absatz 1 KVV gewählt, wird eine Kostenbeteiligung von höchstens 1000 Franken pro Jahr vergütet.

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

---

<sup>4</sup> SR [832.10](#). Auf dieses Gesetz wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

<sup>5</sup> SR [832.102](#). Auf diese Verordnung wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

## § 10 Zahnbehandlungen

<sup>1</sup> Kosten für Zahnbehandlungen werden vergütet, soweit sie einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Behandlung und Ausführung im Sinn der Behandlungsempfehlungen der Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz im Bereich Ergänzungsleistungen entsprechen und von einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin erbracht werden, der oder die über eine kantonale Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung verfügt und dem Tarifvertrag zwischen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (UV/MV/IV-Tarif)<sup>6</sup> beigetreten ist. Die Absätze 3–5 bleiben vorbehalten. \*

<sup>2</sup> Für die Vergütung sind der UV/MV/IV-Tarif über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und der UV/MV/IV-Tarif für zahntechnische Arbeiten massgebend. Rechnungen und Kostenvoranschläge sind nach den entsprechenden Tarifpositionen zu gliedern. Sie haben den Namen des behandelnden Zahnarztes oder der behandelnden Zahnärztin zu enthalten. \*

<sup>3</sup> Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung (inkl. Labor) voraussichtlich höher als 600 Franken, ist dem Sozialversicherungszentrum vor der Behandlung ein detaillierter Kostenvoranschlag (inkl. Labor) einzureichen. Wurde eine Behandlung von über 600 Franken ohne genehmigten Kostenvoranschlag durchgeführt, werden höchstens 600 Franken vergütet. Eine höhere Vergütung ist möglich, wenn der oder die Versicherte nachweisen kann, dass eine höhere Vergütung aufgrund einer notwendigen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Behandlung gerechtfertigt war. \*

<sup>4</sup> Kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren können vergütet werden, wenn die Kriterien der Behandlungsempfehlungen der Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz im Bereich Ergänzungsleistungen erfüllt sind. Kieferorthopädische Behandlungen im Erwachsenenalter werden nicht vergütet. \*

<sup>5</sup> Das Sozialversicherungszentrum kann die Vergütung um maximal 20 Prozent kürzen, wenn die Zahnbehandlung auf wiederholte Vernachlässigung der üblichen Prophylaxe zurückzuführen ist. \*

## § 11 Diäten

<sup>1</sup> Ausgewiesene Mehrkosten für eine ärztlich verordnete, lebensnotwendige Diät von Personen, die nicht in einem Heim leben, gelten als Krankheitskosten. Es wird ein jährlicher Pauschalbetrag von maximal 2100 Franken vergütet.

<sup>2</sup> Nicht vergütet werden Diätkosten bei

- a. Diabetes mellitus,
- b. cholesterinarme Diät,
- c. Reduktionsdiät.

---

<sup>6</sup> zu beziehen bei der Suva, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Abteilung Medizinaltarife, Postfach 4358, 6002 Luzern

## § 12 *Vorübergehender Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim*

<sup>1</sup> Kosten für ärztlich angeordnete Aufenthalte von weniger als zwei Monaten in einem Spital oder Pflegeheim gemäss Spital- oder Pflegeheimliste eines Kantons werden vergütet.

<sup>2</sup> Von der Vergütung werden ein angemessener Betrag für den Lebensunterhalt in Form der Beträge für die Verpflegung nach Artikel 11 Absatz 2 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) vom 31. Oktober 1947<sup>7</sup> sowie allfällige Leistungen Dritter abgezogen.

<sup>3</sup> Die Begrenzungen der anrechenbaren Tagestaxe nach § 1 der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 30. November 2007<sup>8</sup> gelten sinngemäss.

<sup>4</sup> Kosten nach Artikel 25a Absatz 5 KVG sind Heimtaxen gleichgestellt.

## § 13 *Erholungskuren*

<sup>1</sup> Kosten für ärztlich verordnete Erholungskuren in einem Spital oder Pflegeheim gemäss Spital- oder Pflegeheimliste eines Kantons werden für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr vergütet. Einrichtungen gemäss «Verzeichnis der Kur- und Erholungshäuser der Krankenversicherer» des Branchenverbandes der Krankenversicherer, Santésuisse, sind Spitälern und Pflegeheimen gleichgestellt.

<sup>2</sup> Von der Vergütung werden ein angemessener Betrag für den Lebensunterhalt in Form der Beträge für die Verpflegung nach Artikel 11 Absatz 2 AHVV sowie allfällige Leistungen Dritter abgezogen.

<sup>3</sup> Die Begrenzungen der anrechenbaren Tagestaxe nach § 1 der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV gelten sinngemäss.

## § 14 *Badekuren*

<sup>1</sup> Kosten für ärztlich verordnete Badekuren, die unter ärztlicher Aufsicht erfolgen und an welche die Krankenversicherung den Beitrag nach Artikel 25 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995<sup>9</sup> übernimmt, werden für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr und zu maximal 100 Franken pro Tag vergütet.

<sup>2</sup> Von der Vergütung werden ein angemessener Betrag für den Lebensunterhalt in Form der Beträge für die Verpflegung nach Artikel 11 Absatz 2 AHVV sowie allfällige Leistungen Dritter abgezogen.

---

<sup>7</sup> SR [831.101](#). Auf diese Verordnung wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

<sup>8</sup> SRL Nr. [881a](#). Auf diese Verordnung wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

<sup>9</sup> SR [832.112.31](#)

## § 15 *Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause*

<sup>1</sup> Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung, die infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig sind und von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern erbracht werden, werden vergütet. \*

<sup>1bis</sup> Kosten für Pflege, die von privaten Trägern erbracht wird, werden vergütet, soweit sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen. \*

<sup>2</sup> Kosten nach Artikel 25a Absatz 5 KVG sind den Pflegekosten gleichgestellt.

<sup>3</sup> Bei einem nach den Einkommens- oder Vermögensverhältnissen abgestuften Tarif wird nur der tiefste Tarif angerechnet.

<sup>4</sup> Für die notwendige hauswirtschaftliche Hilfe und Betreuung werden höchstens 48 Franken brutto pro Stunde vergütet. Die Vergütung ist auf 25 Franken brutto pro Stunde und maximal 4800 Franken pro Jahr und Haushalt begrenzt, wenn die Leistungen von einer Person erbracht werden, die \*

a. nicht im gleichen Haushalt lebt oder

b. nicht über eine anerkannte Spitex-Organisation eingesetzt wird.

<sup>5</sup> Das Sozialversicherungszentrum kann zur Prüfung der Notwendigkeit und des Umfangs der hauswirtschaftlichen Hilfe und Betreuung Zusatzabklärungen veranlassen. \*

<sup>6</sup> Eine Vergütung setzt voraus, dass für die pflegende oder betreuende Person Beiträge an die obligatorischen Sozialversicherungen (AHV, IV, EO, ALV, FAK, UV, BV) abgerechnet werden. Die Beiträge der gepflegten oder betreuten Person an die obligatorischen Sozialversicherungen werden im Rahmen des Höchstbetrages vergütet.

## § 16 *Pflege und Betreuung durch direkt angestelltes Pflegepersonal*

<sup>1</sup> Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal werden zu Hause wohnenden Bezügerinnen und Bezügerern, die eine Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit erhalten, für den Teil der Pflege und Betreuung vergütet, der nicht durch eine anerkannte Spitex-Organisation erbracht werden kann.

<sup>2</sup> Für Leistungen von angestelltem Pflegepersonal ohne Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden höchstens 30 Franken brutto pro Stunde vergütet, für Leistungen von Pflegepersonal mit Zulassung höchstens 45 Franken brutto pro Stunde.

<sup>3</sup> Eine vom Gesundheits- und Sozialdepartement bezeichnete Fachperson legt die Pflege und Betreuung, die im konkreten Fall nicht von einer anerkannten Spitex-Organisation erbracht werden kann, und das Anforderungsprofil der anzustellenden Person fest. Wird die Fachperson nicht beigezogen oder werden deren Vorgaben nicht eingehalten, werden keine Kosten vergütet.

<sup>4</sup> Eine Vergütung setzt voraus, dass für die pflegende oder betreuende Person Beiträge an die obligatorischen Sozialversicherungen (AHV, IV, EO, ALV, FAK, UV, BV) abgerechnet werden. Die Beiträge der gepflegten oder betreuten Person an die obligatorischen Sozialversicherungen werden im Rahmen des Höchstbetrages vergütet.

### § 17 *Pflege und Betreuung durch Familienangehörige*

<sup>1</sup> Kosten für Pflege und Betreuung, die durch Familienangehörige erbracht wird, werden nur vergütet, wenn die betreffenden Familienangehörigen

- a. nicht in der Berechnung der Ergänzungsleistungen eingeschlossen sind,
- b. durch die Pflege und Betreuung eine Erwerbseinbusse von mehr als zwei Monaten und von mindestens 20 Prozent der bisherigen Erwerbstätigkeit erleiden.

<sup>2</sup> Leistungen von Familienangehörigen ohne Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden zu höchstens 30 Franken brutto pro Stunde vergütet, Leistungen von Familienangehörigen mit Zulassung zu höchstens 45 Franken brutto pro Stunde.

<sup>2bis</sup> Eine vom Gesundheits- und Sozialdepartement bezeichnete Fachperson legt die Pflege und Betreuung fest. Wird die Fachperson nicht beigezogen oder werden deren Vorgaben nicht eingehalten, werden keine Kosten vergütet. \*

<sup>3</sup> Als Familienangehörige gelten die Eltern, die Kinder, die Geschwister und die Schwiegerkinder der gepflegten oder betreuten Person.

<sup>4</sup> Eine Vergütung setzt voraus, dass für die pflegende oder betreuende Person Beiträge an die obligatorischen Sozialversicherungen (AHV, IV, EO, ALV, FAK, UV, BV) abgerechnet werden. Die Beiträge der gepflegten oder betreuten Person an die obligatorischen Sozialversicherungen werden im Rahmen des Höchstbetrages vergütet.

### § 18 *Hilfe, Pflege und Betreuung in Tagesstrukturen*

<sup>1</sup> Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung in vom Kanton anerkannten Tagesheimen, Beschäftigungsstätten und ähnlichen Tagesstrukturen werden vergütet bei

- a. Personen, die eine Invalidenrente beziehen und sich mindestens zwei Stunden pro Tag in der Tagesstruktur aufhalten; angerechnet werden Kosten bis höchstens 45 Franken pro Aufenthaltstag,
- b. Personen, die eine Altersrente beziehen; angerechnet werden Kosten bis höchstens 100 Franken pro Aufenthaltstag.

<sup>1bis</sup> Von der Vergütung werden ein angemessener Betrag für den Lebensunterhalt in Form der Beträge für die Verpflegung nach Artikel 11 Absatz 2 AHVV sowie allfällige Leistungen Dritter abgezogen. \*

<sup>2</sup> Keine Kosten werden vergütet bei

- a. Beschäftigung mit einer Entlohnung in Geld von über 50 Franken pro Monat,
- b. in Heimen oder Spitälern lebenden Personen nach Artikel 10 Absatz 2 ELG.

### § 19 *Betreutes Wohnen*

<sup>1</sup> Die Kosten für betreutes Wohnen werden vergütet, sofern die Betreuung durch eine vom Sozialversicherungszentrum anerkannte öffentliche oder gemeinnützige Institution erfolgt. Pro Kalenderjahr werden maximal 4800 Franken vergütet. \*

## § 20 *Transportkosten*

<sup>1</sup> Ausgewiesene Transportkosten werden vergütet, soweit sie in der Schweiz durch einen Notfalltransport oder durch eine notwendige Verlegung entstanden sind.

<sup>2</sup> 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 anderen Transportmittels angewiesen, werden diese Kosten vergütet. Tagesstrukturen nach § 18 sind den medizinischen Behandlungsorten gleichgestellt.

<sup>3</sup> Bei der Benützung von Personenwagen wird pro Kilometer maximal die Kilometerpauschale gemäss kantonalem Steuerrecht vergütet.

<sup>4</sup> Kosten für Fahrbegleitung, Parkgebühren und Wartezeiten werden nicht vergütet.

## 3 Hilfsmittelkosten

### § 21 *Anspruch*

<sup>1</sup> Abgabegebühren und Mietkosten werden für die im Anhang 1 aufgeführten Hilfsmittel und Hilfsgeräte (Pflegehilfsgeräte) vergütet.

<sup>2</sup> Die Anschaffungskosten der Hilfsmittel werden vergütet,

- a. soweit dies im Anhang 1 entsprechend vermerkt ist oder
- b. wenn die voraussichtlichen Abgabegebühren oder Mietkosten höher sind als die Anschaffungskosten.

<sup>3</sup> Voraussetzung für eine Vergütung der Abgabegebühren, Miet- oder Anschaffungskosten ist, dass die Ausführung des Hilfsmittels einfach, wirtschaftlich und zweckmässig ist. Die Abgabegebühren, Miet- oder Anschaffungskosten von Pflegehilfsgeräten nach Ziffer II des Anhangs 1 werden nur für die Hauspflege vergütet.

<sup>4</sup> Vergütet werden ferner die Kosten für Ersatzteile und Behelfe, die im Rahmen eines chirurgischen Eingriffes eingesetzt werden.

<sup>5</sup> Ein Anspruch auf Vergütung der Kosten besteht nur, soweit die Hilfsmittel nicht aufgrund der Bestimmungen der AHV, der IV oder der Kranken-, Unfall- oder Militärversicherung abgegeben werden.

<sup>6</sup> Für die Vergütung der Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchstrainingskosten gelten sinngemäss die Vorschriften der Invalidenversicherung.



## § 22 *Hilfsmittel AHV*

<sup>1</sup> Hilfsmittel, die im Anhang der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) vom 28. August 1978<sup>10</sup> aufgeführt sind und an welche die AHV einen Kostenbeitrag geleistet hat, werden in der Höhe eines Drittels des Kostenbeitrages der AHV vergütet.

## § 23 *Abklärung*

<sup>1</sup> Wo zweifelhaft erscheint, ob ein Hilfsmittel oder Hilfsgerät notwendig oder dessen Ausführung einfach, wirtschaftlich und zweckmässig ist, hat der oder die Versicherte die Bescheinigung eines Arztes oder einer Ärztin, einer Fachstelle für Invalidenhilfe oder einer Beschäftigungstherapie stelle beizubringen.

<sup>2</sup> Bei Hörapparaten muss die Notwendigkeit und Zweckmässigkeit des Gerätes von einer von der IV-Stelle für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Fachperson bescheinigt sein.

<sup>3</sup> Die Kosten für die Abklärung werden vergütet.

## § 24 *Abgabe aus IV-Depots und Rücknahme*

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

<sup>2</sup> Für die Rücknahme, Einlagerung und Weiterverwendung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsgeräten, die leihweise abgegeben werden, sind die Bestimmungen der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) vom 29. November 1976<sup>11</sup> sinngemäss anwendbar.

# 4 Schlussbestimmungen

## § 25 *Inkrafttreten*

<sup>1</sup> Die Verordnung tritt unter Vorbehalt der Genehmigung des Bundes<sup>12</sup> am 1. Januar 2011 in Kraft. Sie ist zu veröffentlichen.

---

<sup>10</sup> SR [831.135.1](#)

<sup>11</sup> SR [831.232.51](#)

<sup>12</sup> Vom Bund genehmigt am 14. Dezember 2010.

## Änderungstabelle - nach Paragraf

Element	Beschlussdatum	Inkrafttreten	Änderung	Fundstelle G
Erlass	03.12.2010	01.01.2011	Erstfassung	G 2010 331
§ 3 Abs. 1	20.11.2018	01.01.2019	geändert	G 2018-090
§ 10 Abs. 1	10.11.2015	01.01.2016	geändert	G 2015 321
§ 10 Abs. 2	10.11.2015	01.01.2016	geändert	G 2015 321
§ 10 Abs. 3	10.11.2015	01.01.2016	geändert	G 2015 321
§ 10 Abs. 3	20.11.2018	01.01.2019	geändert	G 2018-090
§ 10 Abs. 4	10.11.2015	01.01.2016	geändert	G 2015 321
§ 10 Abs. 5	20.11.2018	01.01.2019	geändert	G 2018-090
§ 15 Abs. 1	10.11.2015	01.01.2016	geändert	G 2015 321
§ 15 Abs. 1 <sup>bis</sup>	10.11.2015	01.01.2016	eingefügt	G 2015 321
§ 15 Abs. 4	10.11.2015	01.01.2016	geändert	G 2015 321
§ 15 Abs. 5	20.11.2018	01.01.2019	geändert	G 2018-090
§ 17 Abs. 2 <sup>bis</sup>	10.11.2015	01.01.2016	eingefügt	G 2015 321
§ 18 Abs. 1 <sup>bis</sup>	10.11.2015	01.01.2016	eingefügt	G 2015 321
§ 19 Abs. 1	20.11.2018	01.01.2019	geändert	G 2018-090

**Änderungstabelle - nach Beschlussdatum**

Beschlussdatum	Inkrafttreten	Element	Änderung	Fundstelle G
03.12.2010	01.01.2011	Erllass	Erstfassung	G 2010 331
10.11.2015	01.01.2016	§ 10 Abs. 1	geändert	G 2015 321
10.11.2015	01.01.2016	§ 10 Abs. 2	geändert	G 2015 321
10.11.2015	01.01.2016	§ 10 Abs. 3	geändert	G 2015 321
10.11.2015	01.01.2016	§ 10 Abs. 4	geändert	G 2015 321
10.11.2015	01.01.2016	§ 15 Abs. 1	geändert	G 2015 321
10.11.2015	01.01.2016	§ 15 Abs. 1 <sup>bis</sup>	eingefügt	G 2015 321
10.11.2015	01.01.2016	§ 15 Abs. 4	geändert	G 2015 321
10.11.2015	01.01.2016	§ 17 Abs. 2 <sup>bis</sup>	eingefügt	G 2015 321
10.11.2015	01.01.2016	§ 18 Abs. 1 <sup>bis</sup>	eingefügt	G 2015 321
20.11.2018	01.01.2019	§ 3 Abs. 1	geändert	G 2018-090
20.11.2018	01.01.2019	§ 10 Abs. 3	geändert	G 2018-090
20.11.2018	01.01.2019	§ 10 Abs. 5	geändert	G 2018-090
20.11.2018	01.01.2019	§ 15 Abs. 5	geändert	G 2018-090
20.11.2018	01.01.2019	§ 19 Abs. 1	geändert	G 2018-090



**Anhang 1**

(Stand 01.01.2011)

**Liste der Hilfsmittel und Hilfsgeräte gemäss § 21****I. Hilfsmittel****4 Schuhwerk**

4.02\* *Kostspielige orthopädische Änderungen von Konfektionsschuhen.*

**7\* Starbrillen oder Kontaktlinsen nach Staroperationen**

Für provisorische Starbrillen direkt nach der Operation werden nur die Mietkosten von höchstens 60 Franken vergütet.

**11 Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache**

11.01 *Blindenlangstöcke*

11.02 *Blindenführhunde*

sofern die Eignung der versicherten Person als Führhundehalterin oder -halter erwiesen ist und sie sich dank dieser Hilfe ausserhalb des Hauses selbständig fortbewegen kann.

11.03 *Punktschriftschreibmaschinen*

11.04 *Abspielgeräte für Tonträger*

Zum Abspielen von auf Tonträger gesprochener Literatur.

**16 Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt**

16.02 *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.

16.03 *Abspielgeräte für Tonträger*

Zum Abspielen von auf Tonträger gesprochener Literatur, falls eine gelähmte versicherte Person nicht in der Lage ist, selbständig Bücher zu lesen.

16.04 *Seitenwendegeräte*

sofern eine versicherte Person die Voraussetzungen für ein Abspielgerät für Tonträger erfüllt und das Seitenwendegerät anstelle des Abspielgeräts benutzt.

16.05 *Steuergeräte zur selbständigen 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.

---

\* Es werden die Anschaffungskosten vergütet.

## **II. Pflegehilfsgeräte**

- 22 *Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen*  
sofern die versicherte Person ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist.
- 23 *Krankenheber*  
sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist.
- 24 *Elektrobetten*  
sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit ist. Die Durchführungsstelle ermächtigt Mietstellen zur Abgabe der Elektrobetten. Es wird eine für alle Anbieter geltende Vereinbarung unterzeichnet. Kosten von Vermietstellen, mit denen die Durchführungsstelle keine Vereinbarung abgeschlossen hat, werden nicht vergütet.
- 25\* *Nachtstühle*  
sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Nachtstuhl für die Hauspflege notwendig ist.
- 27 *Aufzugständer (Bettgalgen)*