

Verordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV

Vom 18. Dezember 2007

GS 36.0471

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft, gestützt auf die §§ 2, 2a Absatz 1, 2c Absatz 1 sowie 16 Absatz 2 des Ergänzungsleistungsgesetzes vom 15. Februar 1973¹ zur AHV und IV, beschliesst:

A. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Geltendmachung des Anspruchs

¹ Der Anspruch auf eine Ergänzungsleistung wird durch Einreichung des ausgefüllten und unterschriebenen Anmeldeformulars und der erforderlichen Unterlagen und Ausweise bei der Gemeindezweigstelle der kantonalen Ausgleichskasse am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person geltend gemacht.

² Zur Einreichung des Anmeldeformulars befugt sind die oder der Rentenberechtigte, die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter, die Ehegattin oder der Ehegatte, die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner, die Blutsverwandten in auf- und absteigender Linie, die Geschwister sowie die Sozialhilfe- und Vormundschaftsbehörden.

³ Die Gemeindezweigstellen leiten das Gesuch nach Prüfung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person an die kantonale Ausgleichskasse weiter.

⁴ Die kantonale Ausgleichskasse entscheidet durch Verfügung.

§ 2 Aufgaben der Gemeindezweigstellen

¹ Die Gemeindezweigstelle hat derjenigen Person, die für sich oder einer Drittperson eine Ergänzungsleistung geltend macht, nötigenfalls beim Ausfüllen des Anmeldeformulars behilflich zu sein.

² Erhält die Gemeindezweigstelle am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person Kenntnis von Änderungen der persönlichen Verhältnisse, von wesentlichen Änderungen der wirtschaftlichen Verhältnisse oder von Adressänderungen der anspruchsberechtigten Person oder derjenigen Familienglieder, die in die

¹ GS 25.130, SGS 833

Berechnung der Ergänzungsleistung einbezogen werden, so hat sie diese von sich aus der kantonalen Ausgleichskasse zu melden.

§ 3 Publikationen, Formulare

Die kantonale Ausgleichskasse erlässt die für die Durchführung des Gesetzes erforderlichen Publikationen und erstellt die amtlichen Formulare.

B. Heime

§ 4 Anrechenbare Kosten in Alters- und Pflegeheimen sowie in Spitälern

¹ Bei Personen die in Alters- und Pflegeheimen, die auf der Pflegeheimliste des Kanton Basel-Landschaft aufgeführt sind und die mit einer oder mehreren Gemeinden einen Leistungsauftrag abgeschlossen haben, sowie bei Personen, die in den Kantonsspitalern und den Kantonalen Psychiatrischen Diensten leben, werden bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen die jeweiligen Taxen für Unterbringung, Pflege und Betreuung angerechnet.

² Bei Personen, welche in anderen Alters- und Pflegeheimen leben, werden pro Tag höchstens folgende Taxen für Unterbringung, Pflege und Betreuung angerechnet:

a. in der Pflegebedarfsstufe 1	180 Fr.
b. in der Pflegebedarfsstufe 2	230 Fr.
c. in der Pflegebedarfsstufe 3	300 Fr.
d. in der Pflegebedarfsstufe 4	340 Fr.

³ Bei Personen, welche in anderen Spitälern leben, werden pro Tag höchstens folgende Taxen für Unterbringung, Pflege und Betreuung angerechnet:

a. in der Pflegebedarfsstufe 1	190 Fr.
b. in der Pflegebedarfsstufe 2	240 Fr.
c. in der Pflegebedarfsstufe 3	320 Fr.
d. in der Pflegebedarfsstufe 4	380 Fr.

§ 5 Persönliche Auslagen

Der anrechenbare Betrag für persönliche Auslagen der in Heimen oder Spitälern lebenden Personen beträgt 360 Franken pro Monat.

C. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten**I. Allgemeine Bestimmungen****§ 6 Regelungsbereich**

Die §§ 7 - 24 regeln die Kosten, die gemäss Artikel 14 Absatz 1 die Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006¹ über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vergütet werden.

§ 7 Zeitlich massgebende Kosten

Ausgewiesene Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden für dasjenige Kalenderjahr vergütet, in dem sie entstanden sind.

§ 8 Einreichungsfrist

Die Kosten gemäss § 7 werden vergütet, wenn:

- die Vergütung innert 12 Monaten nach Rechnungsstellung geltend gemacht wird; und
- die Kosten in einem Zeitabschnitt entstanden sind, während dem Anspruch auf Ergänzungsleistungen bestanden hat.

§ 9 Höchstbeträge (Artikel 14 Absätze 3 und 4 ELG)

¹ Für die zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung vergütungsberechtigten Krankheits- und Behinderungskosten gelten folgende Höchstbeträge pro Jahr:

- bei zu Hause lebenden Personen:
 - alleinstehende und verwitwete Personen 25'000 Fr.
 - Ehegatten von in Heimen oder Spitälern lebenden Personen 25'000 Fr.
 - Ehepaare 50'000 Fr.
 - Vollwaisen 10'000 Fr.
- bei in Heimen oder Spitälern lebenden Personen 6'000 Fr.

² Bei zu Hause lebenden Personen mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV oder der Unfallversicherung erhöht sich der Betrag gemäss Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1, soweit die Kosten für Pflege und Betreuung durch die Hilflosenentschädigung nicht gedeckt sind, wie folgt:

- bei mittelschwerer Hilflosigkeit auf 60'000 Fr.
- bei schwerer Hilflosigkeit auf 90'000 Fr.

³ Bei zu Hause lebenden Ehepaaren mit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV oder der Unfallversicherung erhöht sich der Betrag gemäss Absatz

¹ SR 831.30

1 Buchstabe a Ziffer 3, soweit die Kosten für Pflege und Betreuung durch die Hilflosenentschädigung nicht gedeckt sind, wie folgt:

- bei schwerer Hilflosigkeit beider Ehegatten auf 180'000 Fr.
- bei mittelschwerer Hilflosigkeit beider Ehegatten auf 120'000 Fr.
- bei mittelschwerer und schwerer Hilflosigkeit beider Ehegatten auf 150'000 Fr.
- bei schwerer Hilflosigkeit eines Ehegatten auf 115'000 Fr.
- bei mittelschwerer Hilflosigkeit eines Ehegatten auf 85'000 Fr.

§ 10 Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen

¹ Anspruch auf Vergütung der Kosten gemäss Artikel 14 ELG¹ besteht nur im Rahmen einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung sowie unter der Voraussetzung, dass nicht andere Versicherungen für die Kosten aufkommen. Nicht als Kostenvergütung einer anderen Versicherung gilt der Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, der IV, der Unfall- oder der Militärversicherung.

² Erhöht sich der Betrag der Kostenvergütung gemäss Artikel 14 Absatz 4 ELG² oder Artikel 19b der Verordnung vom 15. Januar 1971³ über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV), so wird die Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten gemäss den §§ 18 - 20 abgezogen. Der Höchstbetrag gemäss Artikel 14 Absatz 3 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 Artikel 14 Absatz 5 ELG⁴ gilt Absatz 3 sinngemäss.

§ 11 Im Ausland entstandene Krankheits- und Hilfsmittelkosten

¹ 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.

¹ SR 831.30
² SR 831.30
³ SR 831.301
⁴ SR 831.30

⁴ Wird ein nicht leihweise abzugebendes Hilfsmittel im Ausland angeschafft, so ist der in der Schweiz hiefür vorgesehene Preis massgebend, sofern er offensichtlich niedriger ist.

II. Kosten für Arzt, Zahnarzt, Arznei, Pflege und Betreuung

§ 12 Kostenbeteiligung

Die Beteiligung gemäss Artikel 64 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹ über die Krankenversicherung (KVG) an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 24 KVG übernimmt, wird vergütet.

§ 13 Versicherung mit wählbaren Franchisen

Wird eine Versicherung mit höherer Franchise gemäss Artikel 93 der Verordnung vom 27. Juni 1995² über die Krankenversicherung (KVV) gewählt, so wird eine Kostenbeteiligung vergütet, die pro Jahr höchstens der Summe aus ordentlicher Franchise und Selbstbehalt gemäss Artikel 103 Absatz 2 KVV entspricht.

§ 14 Zahnbehandlungskosten

¹ Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen werden vergütet. Vorbehalten bleibt Absatz 3.

² Für die Vergütung ist der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungs-Tarif³ (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 3'000 Fr., so ist der kantonale Ausgleichskasse vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag einzureichen.

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

§ 15 Diätkosten

¹ Ausgewiesene Mehrkosten für ärztlich verordnete, lebensnotwendige Diät für Personen, die weder in einem Heim noch Spital leben, gelten als Krankheitskosten.

² Sie werden als jährlicher Pauschalbetrag von 2'100 Fr. vergütet.

¹ SR 832.10

² SR 832.102

³ Zu beziehen bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Luzern.

§ 16 Kosten von Erholungskuren

¹ Kosten für ärztlich verordnete Erholungskuren werden nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt vergütet, wenn die Kur in einem Heim oder Spital durchgeführt worden ist.

² Hat ein Kanton die Kosten für den Aufenthalt in einem Heim oder Spital gemäss Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe a ELG¹ begrenzt, so gilt diese Begrenzung sinngemäss auch für Erholungskuren.

§ 17 Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Heilbad

Kosten für ärztlich verordnete Badekuren werden nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt berücksichtigt, wenn die versicherte Person während des Kuraufenthaltes unter ärztlicher Kontrolle gestanden hat.

§ 18 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause

¹ Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung, die wegen Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig sind und die von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern erbracht werden, werden vergütet.

² Wenden die Träger gemäss Absatz 1 einen nach den Einkommens- oder Vermögensverhältnissen abgestuften Tarif an, wird nur der tiefste Tarif angerechnet.

³ Pflege- und Betreuungskosten, die in einem öffentlichen oder gemeinnützigen Tagesheim, Tagesspital oder Ambulatorium entstanden sind, werden ebenfalls vergütet.

⁴ Kosten für Leistungen privater Träger werden vergütet, sofern sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen.

⁵ Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt werden bis höchstens 4'800 Fr. pro Kalenderjahr vergütet, wenn die Hilfe von einer Person erbracht wird, welche:

- nicht im gleichen Haushalt lebt, oder
- nicht durch die Spitex eingesetzt ist.

⁶ Bei einer Vergütung gemäss Absatz 5 werden Kosten bis 25 Fr. pro Stunde angerechnet.

⁷ Bei Personen, die Hilfe, Pflege oder Betreuung durch eine gemäss § 30a des Sozialhilfegesetzes 21. Juni 2001² anerkannte Einrichtung beziehen, werden höchstens die im Leistungsauftrag festgelegten Höchstwerte vergütet.

§ 19 Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal

¹ Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal werden zu Hause lebenden Bezügerinnen und Bezügerern einer Hilflosenentschädigung für schwere oder

¹ SR 831.30

² GS 34.143, SGS 850

mittelschwere Hilflosigkeit nur für denjenigen Teil der Pflege und Betreuung vergütet, der nicht durch die Spitex erbracht werden kann.

² Der Spitex-Verband Baselland legt die Pflege und Betreuung, die im konkreten Fall nicht von der Spitex erbracht werden kann, sowie das Anforderungsprofil der anzustellenden Person fest. Wird der Spitex-Verband Baselland nicht beigezogen oder werden dessen Vorgaben nicht eingehalten, so werden die Kosten nicht vergütet.

§ 20 Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige

¹ Kosten für Pflege und Betreuung, die durch Familienangehörige erbracht werden, 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 höchstens im Umfang des Erwerbsausfalls vergütet.

§ 21 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von Behinderten in Tagesstrukturen

¹ 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 Angerechnet werden Kosten bis höchstens 45 Fr. pro Tag, an dem sich die behinderte Person in der Tagesstruktur aufgehalten hat.

³ Bei Personen, die Hilfe, Pflege oder Betreuung durch eine gemäss § 30a des Sozialhilfegesetzes 21. Juni 2001¹ anerkannte Einrichtung beziehen, werden höchstens die im Leistungs-auftrag festgelegten Höchstwerte vergütet.

⁴ Bei Heimaufenthalt mit EL-Berechnung gemäss Artikel 10 Absatz 2 ELG² werden keine Kosten vergütet.

§ 22 Transportkosten

¹ 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 für Fahrten auf dem direkten Weg entsprechen.

¹ GS 34.143, SGS 850
² SR 831.30

Ist die versicherte Person wegen ihrer Behinderung auf die Benützung eines andern Transportmittels angewiesen, so werden diese Kosten vergütet.

³ Tagesstrukturen gemäss § 21 sind den medizinischen Behandlungsorten gemäss Absatz 2 gleichgestellt.

III. Hilfsmittel und Hilfsgeräte

§ 23 Anspruch

¹ Bezüger von Ergänzungsleistungen haben im Rahmen vom Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe f ELG¹ Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten oder der Miete der im Anhang aufgeführten Hilfsmittel oder Hilfsgeräte (Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte). Für die im Anhang mit einem Stern (*) bezeichneten Hilfsmittel und Hilfsgeräte werden nur die Mietkosten vergütet.

² 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 vom 28. August 1978² über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung 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 werden. Die Hilfsgeräte gemäss Anhang werden nur für die Hauspflege leihweise abgegeben.

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.

§ 24 Abklärung

¹ Wo es zweifelhaft erscheint, ob ein Hilfsmittel oder Hilfsgerät notwendig oder dessen Ausführung einfach und zweckmässig ist, hat die oder der Versicherte 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 von der Invalidenversicherung für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Expertenperson bescheinigt sein.

¹ SR 831.30
² SR 831.135.1

³ Die Kosten für die Abklärungen gelten als Kosten im Sinne von Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe f ELG¹.

D. Schlussbestimmungen

§ 25 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung vom 23. Dezember 1997² über die Einführung eines Freibetrages für selbstbewohnte Liegenschaften bei der Vermögensanrechnung bezüglich Abklärung des Ergänzungsleistungsanspruches,
- b. die Verordnung vom 2. März 1999³ zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV.

§ 26 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Liestal, 18. Dezember 2007

Im Namen des Regierungsrates
die Präsidentin: Pegoraro
der Landschreiber: Mundschin

¹ SR 831.30
² GS 32.1092, SGS 833.22
³ GS 33.631, SGS 833.11

Anhang

I. Hilfsmittel

- 2 *Orthesen*
- 2.03 Rumpforthesen
sofern eine funktionelle Insuffizienz der Wirbelsäule mit erheblichen Rückenbeschwerden sowie klinisch und radiologisch nachweisbaren Veränderungen der Wirbelsäule vorliegt, die durch medizinische Massnahmen nicht oder nur ungenügend zu beeinflussen ist.
- 4 *Schuhwerk*
- 4.02 Kostspielige orthopädische Änderungen / Schuhszurichtungen an Konfektionsschuhen
- 7 *Starbrillen oder Kontaktlinsen nach Staroperationen*
Für provisorische Starbrillen direkt nach der Operation wird nur eine Leihgebühr von höchstens 60 Franken vergütet.
- 11 *Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache*
- 11.01* Blindenlangstöcke
- 11.02* Blindenführhunde
sofern die Eignung des Versicherten als Führhundehalter erwiesen ist und er sich dank dieser Hilfe ausserhalb des Hauses selbständig fortbewegen kann. Die Versicherung übernimmt die Mietkosten.
- 11.03* Punktschriftschreibmaschinen
- 11.04* Tonbandgeräte
für Blinde und hochgradig Sehschwache zum Abspielen von auf Tonband gesprochener Literatur.
- 16 *Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt*
- 16.01* Elektrische Schreibmaschinen
sofern ein Versicherter wegen Lähmung oder anderer Gebrechen der oberen Gliedmassen weder von Hand schreiben noch eine gewöhnliche Schreibmaschine bedienen kann.
- 16.02* Automatische Schreibgeräte
sofern eine versicherte Person wegen Lähmung sprech- und schreibunfähig ist und nur mit Hilfe eines solchen Gerätes mit der Umwelt in Kontakt treten kann.

- 16.03* Tonbandgeräte
sofern ein gelähmter Versicherter, der nicht in der Lage ist, selbständig Bücher zu lesen, zum Abspielen von auf Tonband gesprochener Literatur auf einen solchen Behelf angewiesen ist.
- 16.04* Seitenwendegeräte
sofern ein Versicherter, der die Voraussetzungen für ein Tonbandgerät erfüllt, dieses Gerät anstelle eines Tonbandes benötigt.
- 16.05* Steuergeräte zur selbständigen Bedienung des Telefons,
sofern ein schwerstgelähmter Versicherter, der nicht in einem Spital oder einer spezialisierten Institution für Chronischkranke untergebracht ist, nur durch diese Vorrichtung mit der Umwelt in Kontakt treten kann.

II. Hilfsgeräte (Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte)

20* *Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz*

21* *Inhalationsapparate*

22* *Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen*

sofern ein Versicherter 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 darstellt.

25 *Nachtstühle*

26* *Coxarthrosestühle*

27* *Aufzugständer (Bettgalgen)*

* Nur Vergütung der Mietkosten