

Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG)

vom 16.09.2009 (Stand 01.01.2016)

Der Regierungsrat des Kantons Bern,

gestützt auf Artikel 2 Absatz 2, 10 Absatz 2, 14 und 21 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)¹⁾, Artikel 5 und 6 Absatz 3 des Einführungsgesetzes vom 27. November 2008 zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG)²⁾, auf Antrag der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion,

beschliesst:

1 Jährliche Ergänzungsleistung

Art. 1 Heimdefinition

¹ Als Heim gelten Einrichtungen, die über eine kantonale Betriebsbewilligung gestützt auf die Verordnung vom 18. September 1996 über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung, HEV)³⁾ oder die Pflegekinderverordnung vom 4. Juli 1979⁴⁾ verfügen.

² Wurde die Erteilung der Betriebsbewilligung an eine kommunale Stelle delegiert, ist die durch die kommunale Stelle erteilte Betriebsbewilligung der kantonalen gleichgestellt.

¹⁾ SR 831.30

²⁾ BSG 841.31

³⁾ BSG 862.51

⁴⁾ BSG 213.223

* Änderungstabellen am Schluss des Erlasses

Art. 2 * *Höchstmöglich anrechenbare Heim- oder Spitalkosten***1. Kategorien von Heimen und Spitälern**

¹ Für die Festlegung der höchstmöglich anrechenbaren Kosten werden drei Kategorien von Heimen und Spitälern unterschieden:

- a** Heime und Spitäler, die auf einer kantonalen Spital- und Pflegeheimliste nach Artikel 39 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)⁵⁾ aufgeführt sind und zwischen dem 1. Januar 1991 und dem 31. Dezember 2010
1. keine Investitionsbeiträge des Kantons Bern gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhalten haben oder
 2. Investitionsbeiträge des Kantons Bern gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhalten und diese bis am 31. Januar 2011 zurückerstattet haben oder
 3. Investitionsbeiträge des Kantons Bern gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhalten und mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine Vereinbarung für deren Rückerstattung (Art. 33a) abgeschlossen haben.
- b**
1. Heime und Spitäler, die auf der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern aufgeführt sind, zwischen dem 1. Januar 1991 und dem 31. Dezember 2010 Investitionsbeiträge des Kantons Bern gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhalten und diese weder bis am 31. Januar 2011 zurückerstattet noch mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine Vereinbarung für deren Rückerstattung abgeschlossen haben sowie
 2. alle übrigen Heime im Kanton Bern.
- c *** Heime ausserhalb des Kantons Bern, die im Standortkanton als Heim im Sinne von Artikel 25a der Verordnung des Bundesrates vom 15. Januar 1971 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV)⁶⁾ gelten und nicht unter Buchstabe a fallen.

Art. 3 * *2. Heime und Spitäler der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern*

¹ Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern leben (Art. 2 Bst. a), werden als Ausgaben folgende täglichen Höchstbeträge anerkannt: *

a * Pflegestufe 0:

CHF 160.80

⁵⁾ SR 832.10

⁶⁾ SR 831.301

<i>b</i> *	Pflegestufe 1:	CHF 162.35
<i>c</i> *	Pflegestufe 2:	CHF 174.45
<i>d</i> *	Pflegestufe 3 bis 12:	CHF 182.40

² Der Pflegeaufwand ist mit dem Bewohnerbeurteilungssystem BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) oder RAI/RUG (Resident Assessment Instrument/Resource Utilization Group) zu erheben.

³ Bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern leben, hat die Einstufung bei BESA im Leistungskatalog 2010 mit der Version 4.0 oder höher zu erfolgen. Bei RAI/RUG hat die Einstufung mit der Version RAI/RUG 2.0 (CH-Index Bern 2015) zu erfolgen. *

⁴ Das Ergebnis des erhobenen Pflegeaufwands wird anhand der Tabelle in Anhang 1 der entsprechenden Pflegestufe des zentralen Systems zugeordnet. Sie ist für die Berechnung der Ergänzungsleistungen massgebend.

⁵ Die für die Berechnung der Ergänzungsleistungen erforderlichen Angaben sind für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern leben, auf einen Tarifausweis zu übertragen, der von der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) anerkannt ist. Diese Angaben sind durch eine Ärztin oder einen Arzt sowie durch die Heim- beziehungsweise Spitalleitung auf dem Tarifausweis zu bestätigen.

Art. 3a * 3. Heime und Spitäler der Spital- und Pflegeheimliste eines andern Kantons

¹ Die höchstmöglich anrechenbaren Heimkosten für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- oder Pflegeheimliste eines andern Kantons leben (Art. 2 Bst. a), richten sich nach Artikel 3 Absatz 1.

² Die Erhebung des Pflegeaufwands und die Zuordnung zu einer Pflegestufe hat bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- oder Pflegeheimliste eines andern Kantons leben, nach Artikel 3 Absatz 2 und 4 zu erfolgen.

³ Die für die Berechnung der Ergänzungsleistungen erforderlichen Angaben sind für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste eines andern Kantons leben, auf einen Tarifausweis zu übertragen, der vom jeweiligen Kanton anerkannt ist. Diese Angaben sind durch die vom jeweiligen Kanton vorgesehenen Personen auf dem Tarifausweis zu bestätigen.

Art. 4 * *4. Heime und Spitäler nach Artikel 2 Buchstabe b*

¹ Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital nach Artikel 2 Buchstabe b leben, wird als täglicher Höchstbetrag 135 Franken anerkannt.

² Die für die Berechnung der Ergänzungsleistungen erforderlichen Angaben sind auf einen Tarifausweis zu übertragen, der von der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) anerkannt ist. Diese Angaben sind durch die Heim- beziehungsweise Spitalleitung zu bestätigen.

Art. 5 * *5. Heime nach Artikel 2 Buchstabe c **

¹ Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital nach Artikel 2 Buchstabe c leben, wird als täglicher Höchstbetrag 135 Franken anerkannt.

Art. 6 *Persönliche Auslagen*

¹ Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital gemäss Artikel 3, 4 oder 5 leben, werden monatlich 367 Franken für persönliche Auslagen anerkannt.

2 Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten**2.1 Allgemeine Bestimmungen****Art. 7** *Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen*

¹ Ein Anspruch auf die Vergütung der Kosten nach Artikel 6 EG ELG⁷⁾ besteht nur, soweit nicht andere Versicherungen für die Kosten aufkommen.

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

Art. 8 *Höhe der zu vergütenden Krankheits- und Behinderungskosten***1. Grundsatz**

¹ Für Krankheits- und Behinderungskosten werden pro Kalenderjahr höchstens die Beträge nach Artikel 14 Absätze 3 bis 5 ELG und Artikel 19b der Verordnung des Bundesrates vom 15. Januar 1971 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV)⁸⁾ vergütet.

⁷⁾ BSG 841.31

⁸⁾ SR 831.301

Art. 9 *2. Anspruch während eines Teils des Jahres*

¹ Besteht nur während eines Teils des Jahres Anspruch auf jährliche Ergänzungsleistungen, kommt trotzdem der ganze Höchstbetrag nach Artikel 8 zur Anwendung.

Art. 10 *3. Bezug einer Hilflosenentschädigung*

¹ Erhöht sich der Betrag der Kostenvergütung nach Artikel 14 Absatz 4 ELG oder Artikel 19b ELV, wird die Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Kosten nach Artikel 15, 16 und 18 abgezogen. Der Betrag nach Artikel 14 Absatz 3 Buchstabe a ELG darf jedoch nicht unterschritten werden.

² Hat die Krankenversicherung die Hilflosenentschädigung der IV oder der Unfallversicherung bei der Berechnung ihrer Vergütung von Pflegekosten zu Hause angerechnet, so wird die Hilflosenentschädigung im Umfang der Anrechnung nicht von den ausgewiesenen Kosten abgezogen.

³ Kommt Artikel 14 Absatz 5 ELG zur Anwendung, gelten Absatz 1 und 2 sinngemäss.

Art. 11 *Ort der Kostenentstehung*

¹ Es werden die in der Schweiz entstandenen Krankheits- und Behinderungskosten vergütet.

² Im Ausland entstandene Kosten werden nur vergütet, wenn

- a die medizinischen Massnahmen während eines Auslandsaufenthalts notwendig wurden oder
- b medizinisch indizierte Massnahmen nur im Ausland durchgeführt werden konnten.

Art. 12 *Zeitlich massgebende Kosten*

¹ Die Krankheits- und Behinderungskosten werden für das Kalenderjahr vergütet, in dem die Rechnungsstellung erfolgt ist.

Art. 13 *Abklärung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit*

¹ Die AKB kann im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit von Leistungen durch Fachstellen abklären lassen.

2.2 Die einzelnen Kostenarten

Art. 14 Zahnärztliche Behandlung *

¹ Es werden die Kosten von Zahnärztinnen und Zahnärzten vergütet, die über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung des Kantons verfügen, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben.

² Für die Vergütung sind der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungs-Tarif (UV/MV/IV-Tarif)⁹⁾ über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und der UV/MV/IV-Tarif für zahntechnische Arbeiten massgebend.

³ Sind die Kosten der Zahnbehandlung (inklusive Labor) voraussichtlich höher als 1500 Franken, ist vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag entsprechend den Tarifpositionen des UV/MV/IV-Tarifs einzureichen. *

Art. 15 Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause

1. Pflege zu Hause

¹ Als Pflege gelten alle Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)¹⁰⁾.

² Es werden keine Kosten für Leistungen nach Absatz 1 vergütet, ausser für die von Familienangehörigen erbrachte notwendige Grundpflege im Sinne von Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c Ziffer 1 KLV.

³ Ausgewiesene Kosten für die von Familienangehörigen erbrachte notwendige Grundpflege (Abs. 2) werden mit 25 Franken pro Stunde und höchstens 9600 Franken pro Jahr vergütet, wenn die oder der Familienangehörige nicht in die EL-Berechnung eingeschlossen ist.

Art. 16 * 2. Hilfe und Betreuung zu Hause

¹ Als Hilfe und Betreuung zu Hause gelten

- a die Kontrollgänge zur Verzögerung oder Vermeidung eines Heim- oder Spitaleintritts bei Personen mit kognitiven Einschränkungen oder psychischen Erkrankungen, die alleine leben und ab und zu eine geringfügige Überwachung oder Kontrolle benötigen,
- b die Begleitung auf Spaziergängen ausser Haus zur Erhaltung der Mobilität, zum Kontakt mit der Aussenwelt und zur Prävention von Immobilität, sozialer Isolation und psychischen Krisen,

⁹⁾ Zu beziehen bei: Zentralstelle für Medizinaltarife UVG, Postfach 4358, 6002 Luzern

¹⁰⁾ SR 832.112.31

- c die Hilfestellung bei Bewegungsabläufen ausserhalb von therapeutischen Sequenzen zur Erhaltung oder Wiedererlangung von Fähigkeiten oder der Selbstständigkeit,
- d die Präsenz einer Person zur punktuellen Entlastung von betreuenden Familienangehörigen bei Sterbenden als Ergänzung zu Palliative-Care-Leistungen und bei erwachsenen Personen mit kognitiven Einschränkungen, die eine ständige Überwachung benötigen, und
- e die Installation, die Miete und die Wartung eines Notrufsystems bei sturzgefährdeten Personen zur Vermeidung eines Heim- oder Spitaleintritts.

² Anspruch auf Leistungen nach Absatz 1 haben Personen, die

- a eine Hilfflosenentschädigung beziehen und
- b * mit einem detaillierten Arzzeugnis nachweisen, dass sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllen.

³ Das detaillierte Arzzeugnis (Abs. 2 Bst. b) muss vorgelegt werden, wenn ein neuer Bedarf besteht oder der Bedarf sich ändert. *

⁴ Anspruch auf die Leistung nach Absatz 1 Buchstabe d haben auch Personen, die keine Hilfflosenentschädigung beziehen, wenn sie an einer progredienten, weit fortgeschrittenen Krankheit leiden und zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht, nur noch eine begrenzte Lebenserwartung haben. Der Bedarf an dieser Leistung ist mit einem detaillierten Arzzeugnis nachzuweisen, aus dem hervorgeht, inwieweit die Voraussetzungen nach Absatz 1 Buchstabe d erfüllt sind.¹¹⁾

⁵ Die Kosten für Leistungen nach Absatz 1 werden mit höchstens 46 Franken pro Stunde und mit einer Wegpauschale von 5 Franken vergütet, wenn der Bedarf mit einem detaillierten Arzzeugnis nach Absatz 2 Buchstabe b nachgewiesen wird. Die Wegpauschale wird höchstens einmal pro Tag vergütet. *

⁶ Lebt die versicherte Person in einer an ein Heim angegliederten Wohnung und erbringt das Heim die Leistungen, wird keine Wegpauschale nach Absatz 5 vergütet. *

⁷ Die Kosten für Leistungen von Familienangehörigen werden mit 25 Franken pro Stunde und höchstens im Umfang der Erwerbseinbusse vergütet, wenn die oder der Familienangehörige¹²⁾

- a nicht in die EL-Berechnung eingeschlossen ist,
- b durch die Hilfe und Betreuung eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse erleidet und

¹¹⁾ Entspricht dem bisherigen Absatz 3

¹²⁾ Entspricht dem bisherigen Absatz 6

c das ordentliche AHV-Alter noch nicht erreicht hat.

⁸ Ein Anspruch auf eine Vergütung nach Absatz 7 besteht, wenn die versicherte Person mit einem detaillierten Arztzeugnis nachweist, inwieweit sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt. *

Art. 17 * 3. Hilfe und Betreuung im Haushalt

¹ Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt werden vergütet.

² Die Kosten für Leistungen nach Absatz 1 werden mit höchstens 46 Franken pro Stunde und mit einer Wegpauschale von 5 Franken vergütet, wenn mit einer Bedarfsabklärung nach Absatz 3 und einem detaillierten Arztzeugnis belegt wird, dass diese Leistungen für die versicherte Person notwendig sind. Die Wegpauschale wird höchstens einmal pro Tag vergütet. *

³ Die Bedarfsabklärung muss mit dem Bedarfsabklärungsformular für hauswirtschaftliche Dienstleistungen des SPITEX Verbands des Kantons Bern oder mit RAI-HC (Resident Assessment Instrument–Home-Care) «Hauswirtschaft» vorgenommen werden. Das Bedarfsabklärungsformular und das detaillierte Arztzeugnis (Abs. 2) müssen vorgelegt werden, wenn ein neuer Bedarf besteht oder der Bedarf sich ändert. *

⁴ Lebt die versicherte Person in einer an ein Heim angegliederten Wohnung und erbringt das Heim die Leistungen, wird keine Wegpauschale nach Absatz 2 vergütet. *

⁵ Erbringt eine Organisation in einem Einsatz hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen, wird nur eine Wegpauschale vergütet.

⁶ Bezieht die versicherte Person keine Hilflosenentschädigung, werden höchstens 9600 Franken pro Jahr für die Kosten für hauswirtschaftliche Leistungen (Abs. 2 bis 5) vergütet. *

⁷ Die Kosten für Leistungen von Familienangehörigen oder Drittpersonen werden nur vergütet, wenn die oder der Familienangehörige oder die Drittperson nicht im gleichen Haushalt wie die versicherte Person lebt. Vergütet werden höchstens 25 Franken pro Stunde und höchstens 4800 Franken pro Jahr.

⁸ Ein Anspruch auf eine Vergütung nach Absatz 7¹³⁾ besteht, wenn die versicherte Person mit einem detaillierten Arztzeugnis nachweist, inwieweit für sie hauswirtschaftliche Leistungen notwendig sind.

¹³⁾ Durch den Regierungsrat am 28. Oktober 2015 in Anwendung von Artikel 27 des Publikationsgesetzes berichtigt; RRB Nr.1266

Art. 18 *4. Hilfe, Pflege und Betreuung von Personen mit schwerer oder mittelschwerer Hilflosigkeit durch direkt angestelltes Personal*

¹ Kosten für arbeitsvertraglich direkt angestelltes Personal für Pflege und Betreuung werden zu Hause wohnenden Bezügerinnen und Bezügeren einer Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit nur vergütet, wenn

- a* diese Leistungen nicht durch einen nach Artikel 51 der Verordnung des Bundesrates vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)¹⁴⁾ zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden können und
- b* vorgängig von einer von der AKB bestimmten Fachperson Art und Umfang der Leistungen, die im konkreten Fall nicht von einem nach Artikel 51 KVV zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden können, und das Anforderungsprofil der anzustellenden Person festgelegt worden ist.

² Wird eine Person angestellt, die das festgelegte Anforderungsprofil nicht erfüllt, werden keine Kosten vergütet.

Art. 19 *Hilfe, Pflege und Betreuung von Behinderten in Tagesstrukturen*

¹ Die 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 Pro Tag, an dem sich die behinderte Person in der Tagesstruktur aufhält, werden höchstens 45 Franken vergütet.

³ Keine Kosten werden vergütet, wenn die behinderte Person

- a* für ihre Tätigkeit in der Tagesstruktur mehr als 50 Franken pro Monat in Geld erhält oder
- b* bei Heimaufenthalt mit EL-Berechnung nach Artikel 10 Absatz 2 ELG.

Art. 20 *Ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren*

¹ Die Kosten für ärztlich angeordnete Badekuren der versicherten Person werden nach Abzug eines angemessenen Betrags für den Lebensunterhalt vergütet, wenn die versicherte Person während des Kuraufenthalts unter ärztlicher Kontrolle stand.

¹⁴⁾ SR 832.102

² Die Kosten für Erholungskuren der versicherten Person in einem Heim oder Spital und Heim- oder Spitalaufenthalte der versicherten Person zur Entlastung der Angehörigen werden nach Abzug eines angemessenen Betrags für den Lebensunterhalt vergütet, wenn sie ärztlich angeordnet sind.

³ Die Höchstbeträge der Artikel 3, 4 oder 5 sind sinngemäss anwendbar.

⁴ Für im Ausland durchgeführte Bade- und Erholungskuren werden in Abweichung von Artikel 11 Absatz 2 keine Kosten vergütet.

Art. 21 Diät

¹ Ausgewiesene Mehrkosten für eine von einer Ärztin oder einem Arzt verordneten, medizinisch erforderlichen Diät gelten als Krankheitskosten, sofern die versicherte Person nicht in einem Heim oder Spital lebt. Es wird dafür ein jährlicher Pauschalbetrag von 2100 Franken vergütet.

Art. 22 Transporte

¹ Es werden die ausgewiesenen Kosten für folgende Transporte vergütet:

- a Notfalltransporte in der Schweiz,
- b notwendige Verlegungen in der Schweiz,
- c Transporte zur nächstgelegenen medizinischen Behandlungsstelle,
- d Transporte zu Tagesstrukturen (Art. 19).

² Für die Transporte nach Absatz 1 Buchstaben c und d werden die Kosten für die Benützung der 2. Klasse eines öffentlichen Verkehrsmittels vergütet. Ist die versicherte Person wegen ihrer Krankheit oder Behinderung auf die Benützung eines anderen Transportmittels angewiesen, werden die dafür entstandenen Kosten vergütet.

Art. 23 Hilfsmittel und Pflegehilfsgeräte

1. Grundsätze der Vergütung

¹ Für Hilfsmittel und Pflegehilfsgeräte nach Anhang 2 werden die Abgabegebühren oder Mietkosten vergütet.

² Anstelle der Abgabegebühren oder Mietkosten werden die Anschaffungskosten vergütet, wenn

- a es sich um einen in Anhang 2 besonders gekennzeichneten Gegenstand handelt oder
- b die voraussichtlichen Abgabegebühren oder Mietkosten höher sind als die Anschaffungskosten.

³ Die Abgabegebühren, Miet- oder Anschaffungskosten von Pflegehilfsgeräten nach Ziffer 2 Anhang 2 werden nur für die Hauspflege vergütet.

Art. 24 2. Bescheinigung

¹ Ist die Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit oder Zweckmässigkeit eines Hilfsmittels oder Pflegehilfsgeräts zweifelhaft, hat die versicherte Person eine Bescheinigung einer Ärztin oder eines Arztes, einer Spezialstelle für Invalidenhilfe oder einer Beschäftigungstherapie stelle vorzulegen.

² Bei Hörapparaten muss die Bescheinigung nach Absatz 1 von einer oder einem von der Invalidenversicherung für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Expertin oder Experten ausgestellt sein.

³ Die Kosten für die Abklärungen werden vergütet.

Art. 25 3. Vergütung bei Hilfsmitteln der AHV

¹ Bezügerinnen und Bezüger von Altersrenten der AHV haben Anspruch auf die Vergütung eines Drittels des von der AHV geleisteten Kostenbeitrags für Hilfsmittel, die im Anhang zur Verordnung des EDI vom 28. August 1978 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA)¹⁵⁾ aufgeführt sind.

Art. 26 4. Im Ausland gekaufte Hilfsmittel und Pflegehilfsgeräte

¹ Wird ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsgerät, für das die Anschaffungskosten vergütet werden, im Ausland gekauft, so werden diese Kosten erstattet, wenn der dafür bezahlte Preis deutlich niedriger ist als in der Schweiz.

Art. 27 5. Abgabe aus IV-Depots und Rücknahme

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

² Für die Rücknahme, Einlagerung und Weiterverwendung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsgeräten, die leihweise abgegeben werden, sind die Bestimmungen der Verordnung des EDI vom 29. November 1976 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI)¹⁶⁾ sinngemäss anwendbar.

¹⁵⁾ SR 831.135.1

¹⁶⁾ SR 831.232.51

Art. 28 *6. Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchstrainingskosten*

¹ Für die Vergütung der Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchstrainingskosten sind die Bestimmungen der HVI sinngemäss anwendbar.

Art. 29 *Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG*

¹ Vergütet wird die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG für Leistungen, die die obligatorische Krankenversicherung nach Artikel 24 KVG übernimmt.

² Hat eine versicherte Person eine Krankenversicherung mit höherer Franchise als nach Artikel 103 Absatz 1 KVV gewählt, so wird ihr eine Kostenbeteiligung von höchstens 1000 Franken pro Jahr vergütet.

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

3 Organisation und Verfahren

Art. 30 *Zuständigkeit und Anmeldung*

¹ Für die Festsetzung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen ist die Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) zuständig.

² Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen ist schriftlich bei der AHV-Zweigstelle am Wohnsitz der Ansprecherin oder des Ansprechers geltend zu machen.

³ Stellvertretung ist zulässig, falls die Ansprecherin oder der Ansprecher ihre oder seine Interessen nicht selber vertreten kann.

Art. 31 *Prüfung der Angaben*

¹ Die AHV-Zweigstelle prüft die Angaben auf ihre Vollständigkeit und Richtigkeit und klärt den Sachverhalt ab, nimmt in der Regel eine Vorberechnung des möglichen Anspruchs vor und leitet die Akten zusammen mit ihrem Antrag an die AKB weiter.

Art. 32 *Entscheid und Auszahlung*

¹ Die AKB prüft den Antrag der AHV-Zweigstelle und eröffnet der Ansprecherin oder dem Ansprecher den Entscheid mit Verfügung.

² Die AKB überweist die Ergänzungsleistungen grundsätzlich auf ein Bank- oder Postkonto. In einzelnen Fällen kann sie

- a die Ergänzungsleistungen bar über die Post oder die AHV-Zweigstelle auszahlen und die Auszahlung mit Auflagen verbinden,
- b in Rechnung gestellte, noch nicht bezahlte Krankheits- und Behinderungskosten direkt der Rechnungsstellerin oder dem Rechnungssteller vergüten.

³ In begründeten Fällen können die Ergänzungsleistungen auf Antrag der Bezügerin oder des Bezügers bar ausbezahlt werden

Art. 33 Verrechnung

¹ Rückforderungen von geleisteten Prämienverbilligungen aufgrund der Kantonalen Krankenversicherungsverordnung vom 25. Oktober 2000 (KKVV)¹⁷⁾ können mit fälligen Ergänzungsleistungen verrechnet werden.

3a Rückerstattung von Investitionsbeiträgen *

Art. 33a * *Freiwillige Rückerstattung*

¹ Heime und Spitäler, die auf der Spital- und Pflegeheimliste aufgeführt sind, können die zwischen dem 1. Januar 1991 und dem 31. Dezember 2010 vom Kanton gemäss Sozialhilfegesetzgebung erhaltenen Investitionsbeiträge zurückerstatten. Davon ausgenommen sind Investitionsbeiträge, die für besondere Fälle wie beispielsweise das Erreichen des Minergiestandards 2010 oder Massnahmen zur Erdbebenertüchtigung ausgerichtet worden sind.

² Heime und Spitäler, die Investitionsbeiträge zurückerstatten wollen, haben mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine Rückerstattungsvereinbarung abzuschliessen. Diese tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

³ Mit Abschluss der Rückerstattungsvereinbarung gelten insbesondere folgende Bedingungen:

- a Die Höhe der Rückerstattung wird pro rata temporis berechnet.
- b Der zurückzuerstattende Betrag ist am 31. Januar 2011 fällig.
- c Für Rückerstattungen nach dem 1. Februar 2011 wird ein Verzugszins gemäss Absatz 4 geschuldet.
- d Die Rückerstattung muss bis spätestens Ende 2020 erfolgen.

¹⁷⁾ BSG 842.111.1

⁴ Die Höhe des Verzugszinses richtet sich im 2011 nach dem hypothekarischen Referenzzinssatz gemäss Bundesamt für Wohnungswesen. In den Folgejahren richtet sich die Höhe des Verzugszinses nach dem hypothekarischen Referenzzinssatz vom März des jeweiligen Vorjahres und wird um einen Zuschlag erhöht. Der Zuschlag beträgt im 2012 0.25 Prozent und erhöht sich in den Folgejahren um jeweils weitere 0.25 Prozent. Ab 2017 erhöht sich der Zuschlag nicht mehr.

Art. 33b * *Dahinfallen der bedingten Rückerstattungspflicht*

¹ Eine mit der Gewährung eines Investitionsbeitrags auferlegte Rückerstattungspflicht für den Fall der ganzen oder teilweisen Veräusserung des Heims oder Spitals oder dessen Zweckänderung oder der Einstellung oder Einschränkung des Betriebs fällt dahin, wenn

- a eine Rückerstattungsvereinbarung abgeschlossen (Art. 33a) oder
- b der Investitionsbeitrag vor 1991 gewährt worden ist.

4 Übergangs- und Schlussbestimmungen

Art. 34 *An ein Heim angegliederte Wohnungen*

¹ An ein Heim angegliederte Wohnungen gelten längstens bis zum 31. Dezember 2012 als Teil eines anerkannten Heims, wenn

- a das Heim über eine Betriebsbewilligung nach HEV verfügt,
- b ein Notrufsystem vorhanden ist und im Falle eines Notrufs innerhalb von 15 Minuten jemand, der die Situation einschätzen und entsprechende Hilfe anfordern kann, bei der Wohnungsbewohnerin oder dem -bewohner ist,
- c allen Wohnungsbewohnerinnen und -bewohnern ein Tarifausweis mit Pflegestufe 0 mit dem Vermerk «Wohnheimmodell» ausgestellt wird,
- d der Übertritt in die stationäre Pflege des Heims jederzeit möglich ist und
- e alle Mahlzeiten und die Wohnungsreinigung in der Taxe inbegriffen sind.

² Bei Personen, die vor dem 1. Januar 2013 in einer an ein Heim angegliederten Wohnung nach Absatz 1 gelebt und jährliche Ergänzungsleistungen bezogen haben und weiterhin in einer solchen Wohnung leben, gilt die Wohnung auch nach dem 1. Januar 2013 als Teil eines anerkannten Heims. *

³ Als anrechenbare Ausgabe werden höchstens 115 Franken anerkannt.¹⁸⁾

¹⁸⁾ Entspricht dem bisherigen Absatz 2

Art. 35 *Änderung von Erlassen*¹

1. Verordnung vom 10. September 1980 über Inkassohilfe und Bevorschussung von Unterhaltsbeiträgen für Kinder:¹⁹⁾
2. Verordnung vom 18. Dezember 2002 über das Grundstückdateninformationssystem (GRUDIS-Verordnung):²⁰⁾

Art. 36 *Inkrafttreten*¹ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.**T1 Übergangsbestimmungen der Änderung vom 17.10.2012 *****Art. T1-1 ***¹ Die Vergütung der Hilfe und Betreuung zu Hause, für die die Rechnungsstellung bis am 31. Dezember 2012 erfolgt ist, richtet sich nach dem bisherigen Artikel 16 EV ELG.² Personen, bei denen für die Hilfe und Betreuung zu Hause eine Rechnungsstellung im Jahr 2012 erfolgt ist, müssen für die Vergütung der Hilfe und Betreuung zu Hause, für die die Rechnungsstellung zwischen dem 1. Januar 2013 und dem 31. Dezember 2014 erfolgt, die Voraussetzung nach Artikel 16 Absatz 2 Buchstabe a EV ELG nicht erfüllen.**T2 Übergangsbestimmung der Änderung vom 17.09.2014 *****Art. T2-1 ***¹ Bei einer Person, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital der Spital- und Pflegeheimliste des Kantons Bern lebt, bei der die Pflegestufe bis am 31. Dezember 2014 ermittelt worden ist, bleibt die Pflegestufe bis längstens am 30. Juni 2015 gültig, sofern sich der Pflegebedarf dieser Person nicht vorher ändert.

Bern, 16. September 2009

Im Namen des Regierungsrates
Der Präsident: Käser
Der Staatsschreiber: Nuspliger

¹⁹⁾ BSG 213.221²⁰⁾ BSG 215.321.5

Vom Eidgenössischen Departement des Innern genehmigt am 6. November 2009. (BAG 10-14)

Änderungstabelle - nach Beschluss

Beschluss	Inkrafttreten	Element	Änderung	BAG-Fundstelle
16.09.2009	01.01.2010	Erlass	Erstfassung	09-108
11.11.2009	01.01.2001	Art. 3	geändert	09-141
11.08.2010	01.01.2011	Art. 4	geändert	10-63
11.08.2010	01.01.2011	Art. 5	geändert	10-63
11.08.2010	01.01.2011	Titel 3a	eingefügt	10-63
11.08.2010	01.01.2011	Art. 33a	eingefügt	10-63
11.08.2010	01.01.2011	Art. 33b	eingefügt	10-63
08.12.2010	01.01.2011	Art. 34 Abs. 2	geändert	11-3
26.10.2011	01.01.2012	Art. 2	geändert	11-127
26.10.2011	01.01.2012	Art. 3	geändert	11-127
26.10.2011	01.01.2012	Art. 3a	eingefügt	11-127
26.10.2011	01.01.2012	Art. 4	geändert	11-127
26.10.2011	01.01.2012	Art. 5	Titel geändert	11-127
17.10.2012	01.01.2013	Art. 2 Abs. 1, c	geändert	12-87
17.10.2012	01.01.2013	Art. 16	geändert	12-87
17.10.2012	01.01.2013	Art. 34 Abs. 2	geändert	12-87
17.10.2012	01.01.2013	Titel T1	eingefügt	12-87
17.10.2012	01.01.2013	Art. T1-1	eingefügt	12-87
04.12.2013	01.01.2014	Art. 14	Titel geändert	14-9
04.12.2013	01.01.2014	Art. 14 Abs. 3	geändert	14-9
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 Abs. 2, b	geändert	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 Abs. 3	geändert	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 Abs. 5	geändert	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 Abs. 6	geändert	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 Abs. 8	eingefügt	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 17	geändert	14-35
26.03.2014	28.04.2014	Art. 17 Abs. 4	geändert	14-36
17.09.2014	01.01.2015	Art. 3 Abs. 1	geändert	14-84
17.09.2014	01.01.2015	Art. 3 Abs. 3	geändert	14-84
17.09.2014	01.01.2015	Titel T2	eingefügt	14-84
17.09.2014	01.01.2015	Art. T2-1	eingefügt	14-84
17.09.2014	01.01.2015	Anhang 1	Inhalt geändert	14-84
16.09.2015	01.01.2016	Art. 3 Abs. 1, a	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 3 Abs. 1, b	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 3 Abs. 1, c	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 3 Abs. 1, d	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 16 Abs. 2, b	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 16 Abs. 3	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 16 Abs. 5	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 17 Abs. 2	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 17 Abs. 3	geändert	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 17 Abs. 6	eingefügt	15-78

Änderungstabelle - nach Artikel

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	BAG-Fundstelle
Erlass	16.09.2009	01.01.2010	Erstfassung	09-108
Art. 2	26.10.2011	01.01.2012	geändert	11-127
Art. 2 Abs. 1, c	17.10.2012	01.01.2013	geändert	12-87
Art. 3	11.11.2009	01.01.2001	geändert	09-141
Art. 3	26.10.2011	01.01.2012	geändert	11-127
Art. 3 Abs. 1	17.09.2014	01.01.2015	geändert	14-84
Art. 3 Abs. 1, a	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 3 Abs. 1, b	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 3 Abs. 1, c	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 3 Abs. 1, d	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 3 Abs. 3	17.09.2014	01.01.2015	geändert	14-84
Art. 3a	26.10.2011	01.01.2012	eingefügt	11-127
Art. 4	11.08.2010	01.01.2011	geändert	10-63
Art. 4	26.10.2011	01.01.2012	geändert	11-127
Art. 5	11.08.2010	01.01.2011	geändert	10-63
Art. 5	26.10.2011	01.01.2012	Titel geändert	11-127
Art. 14	04.12.2013	01.01.2014	Titel geändert	14-9
Art. 14 Abs. 3	04.12.2013	01.01.2014	geändert	14-9
Art. 16	17.10.2012	01.01.2013	geändert	12-87
Art. 16 Abs. 2, b	12.03.2014	01.04.2014	geändert	14-35
Art. 16 Abs. 2, b	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 16 Abs. 3	12.03.2014	01.04.2014	geändert	14-35
Art. 16 Abs. 3	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 16 Abs. 5	12.03.2014	01.04.2014	geändert	14-35
Art. 16 Abs. 5	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 16 Abs. 6	12.03.2014	01.04.2014	geändert	14-35
Art. 16 Abs. 8	12.03.2014	01.04.2014	eingefügt	14-35
Art. 17	12.03.2014	01.04.2014	geändert	14-35
Art. 17 Abs. 2	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 17 Abs. 3	16.09.2015	01.01.2016	geändert	15-78
Art. 17 Abs. 4	26.03.2014	28.04.2014	geändert	14-36
Art. 17 Abs. 6	16.09.2015	01.01.2016	eingefügt	15-78
Titel 3a	11.08.2010	01.01.2011	eingefügt	10-63
Art. 33a	11.08.2010	01.01.2011	eingefügt	10-63
Art. 33b	11.08.2010	01.01.2011	eingefügt	10-63
Art. 34 Abs. 2	08.12.2010	01.01.2011	geändert	11-3
Art. 34 Abs. 2	17.10.2012	01.01.2013	geändert	12-87
Titel T1	17.10.2012	01.01.2013	eingefügt	12-87
Art. T1-1	17.10.2012	01.01.2013	eingefügt	12-87
Titel T2	17.09.2014	01.01.2015	eingefügt	14-84
Art. T2-1	17.09.2014	01.01.2015	eingefügt	14-84
Anhang 1	17.09.2014	01.01.2015	Inhalt geändert	14-84

Anhang 1 zu Artikel 3

(Stand 01.01.2015)

Pflegestufen des zentralen Systems	BESA-Minuten	CH-Index Bern 2015
0	0	–
1	1–20	PA0
2	21–40	PA1
3	41–60	PA2, BA1
4	61–80	PB1, BA2, IA1
5	81–100	CA1, BB1, PB2
6	101–120	PC2, BB2, PC1, IB1
7	121–140	CA2, IB2, IA2
8	141–160	RMA, RLA, CB1, PD2, PD1
9	161–180	CC1, RMB, SSA, CB2
10	181–200	SE1, SSB, CC2, RLB, PE2, PE1
11	201–220	SSC
12	>221	SE3, SE2, RMC

Anhang 2 zu Artikel 23

(Stand 01.01.2010)

1.	Hilfsmittel	
1.1*	Schuhwerk	Kostspielige orthopädische Änderungen von Konfektionsschuhen.
1.2*	Starbrillen oder Kontaktlinsen nach Staroperation	Für provisorische Starbrillen direkt nach der Operation werden nur die Mietkosten vergütet.
1.3	Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache	
a	Blindenlangstöcke	
b	Blindenführhunde	Sofern die Eignung der versicherten Person als Führungshelfer oder -halter erwiesen ist und sie sich dank dieser Hilfe ausserhalb des Hauses selbstständig fortbewegen kann.
c	Punktschriftschreibmaschinen	
d	Abspielgeräte für Tonträger	Zum Abspielen von auf Tonträgern gesprochener Literatur.
1.4	Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt	
a	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.
b	Abspielgeräte für Tonträger	Zum Abspielen von auf Tonträger gesprochener Literatur, falls eine gelähmte versicherte Person nicht in der Lage ist, selbstständig Bücher zu lesen.
c	Seitenwendergeräte	Sofern eine versicherte Person die Voraussetzungen für ein Abspielgerät für Tonträger erfüllt und das Seitenwendergerät anstelle des Abspielgeräts benutzt.
d	Steuergeräte zur selbstständigen 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.
2.	Pflegehilfsgeräte	
a	Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen	Sofern die versicherte Person ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist.
b	Krankenheber	Sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist.
c	Elektrobetten	Sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit ist.
d*	Nachtstühle	
e	Aufzugständer (Bettgalgen)	

Legende:

*: Es werden die Anschaffungskosten vergütet.