

Vollziehungsverordnung zum kantonalen Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

(Vom 27. November 2007)

(Genehmigt vom Eidg. Departement des Innern am 13. Januar 2009)

Der Regierungsrat,

gestützt auf die Artikel 2, 4, 6 und 7 des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung¹⁾,

verordnet:

I. Leistungen bei stationärer Betreuung

Art. 1*

Begrenzung der Kosten in der stationären Altersbetreuung

Bei Aufenthalt in einem Alters- oder Pflegeheim gelangen höchstens die Ansätze gemäss Anhang 1 zur Anrechnung. Über die Begründetheit allfälliger Taxerhöhungen entscheidet das Departement.

Art. 2*

Persönliche Auslagen für Heimbewohner

Bei Aufenthalt in einem Alters-, Pflege- oder Invalidenheim werden als Beiträge pro Jahr für persönliche Auslagen anerkannt:

- | | |
|--------------------------|--------------|
| a. Pflegestufen 0 bis 6 | 5448 Franken |
| b. Pflegestufen 7 bis 12 | 3636 Franken |

II. Krankheits- und Behinderungskosten

1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 3

Zeitlich massgebende Kosten

¹ Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden nur für das Kalenderjahr vergütet, in dem die Behandlung vorgenommen oder der Kauf getätigt wurde. Diese Regelung gilt sinngemäss auch für die Kosten eines vorübergehenden Heimaufenthaltes.

² Massgebend ist das Datum der Rechnungsstellung. Ist keine Rechnung vorhanden, wird auf das Datum der Abrechnung der Krankenversicherung abgestellt. Vorbehalten bleibt Absatz 3.

³ Fällt die jährliche Ergänzungsleistung für den Berechtigten oder für einzelne Familienangehörige dahin, so hat die Ermittlung der zu vergütenden

¹⁾ GS VIII D/13/1

Kosten nach Absatz 1 zu erfolgen. Das Gleiche gilt bei Wohnsitzverlegung des Berechtigten, wenn der alte und der neue Wohnsitzkanton für die zeitlich massgebenden Kosten voneinander abweichende Kriterien nach den Absätzen 1 und 2 anwenden.

Art. 4**Einreichung der Originalbelege*

¹ Für die Rückvergütung der Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten kann die Ausgleichskasse die Originalbelege einverlangen.

² Die Rückvergütung erfolgt mit gesonderter Auszahlung.

Art. 5*Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen*

¹ Anspruch auf Vergütung der Kosten nach Artikel 14 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) besteht nur, soweit nicht andere Versicherungen für die Kosten aufkommen. Der Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV, der IV, der Unfall- oder der Militärversicherung gilt nicht als Kostenvergütung einer anderen Versicherung.

² Erhöht sich der Betrag der Kostenvergütung nach Artikel 14 Absatz 4 ELG, so wird die Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten nach den Artikeln 14–16 dieser Verordnung abgezogen. Der Höchstbetrag nach 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 ELG gelten die Absätze 2 und 3 sinngemäss.

Art. 6*Vergütung nach dem Tod des Versicherten*

Ist eine versicherte Person gestorben, welche in die Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistungen einbezogen war, so werden die von ihr verursachten Krankheits- und Behinderungskosten sowie Kosten für Hilfsmittel vergütet, wenn ihre Rechtsnachfolger dies innert zwölf Monaten nach ihrem Tod verlangen.

Art. 7**Im Ausland entstandene Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten*

¹ In der Schweiz entstandene Krankheits- und Behinderungskosten werden vergütet.

² Krankheits- und Behinderungskosten, die im Ausland entstanden sind, werden ausnahmsweise vergütet, wenn sie während eines Auslandsaufenthaltes notwendig werden oder wenn die medizinisch indizierten Massnahmen nur im Ausland durchgeführt werden können. Anerkannt werden jedoch nur die Kosten im Umfang, wie wenn sie in der Schweiz entstanden wären.

³ Im Ausland entstandene Kosten für Erholungs- und Badekuren werden nicht vergütet.

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

2. Ärztliche und zahnärztliche Kosten, Kosten für Arznei, Pflege und Betreuung

Art. 8

Kostenbeteiligungen nach KVG

¹ Die Beteiligung nach Artikel 64 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 24 KVG übernimmt, wird vergütet.

² Wird eine Versicherung mit höherer Franchise nach Artikel 93 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) gewählt, so wird höchstens die Franchise gemäss Artikel 103 Absatz 1 KVV vergütet.

Art. 9*

Zahnbehandlungskosten

¹ Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen werden vergütet.

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

³ Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung (inkl. Labor) voraussichtlich höher als 1500 Franken, so ist der Ausgleichskasse Glarus vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen. Andernfalls kann die Vergütung begrenzt oder verweigert werden.

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

⁵ Es werden grundsätzlich nur Kosten für eidgenössisch diplomierte Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie für solche mit kantonaler Berufsausübungsbewilligung berücksichtigt. Vorbehalten bleiben Behandlungen nach Artikel 7.

⁶ Kosten für versäumte Sitzungen werden nicht zurückerstattet.

⁷ Bei mangelnder Mitwirkung, insbesondere bei mangelnder Zahnhygiene kann die Ausgleichskasse eine angemessene Kostenbeteiligung zu Lasten des Versicherten verfügen.

⁸ In Rechnung gestellte Zahnarzkosten, die von den Versicherten noch nicht bezahlt worden sind, können direkt dem Rechnungssteller oder der Rechnungsstellerin vergütet werden.

Art. 10**Diätkosten*

Bei ärztlich verordneten lebensnotwendigen Diäten für Personen, die nicht in einem Heim oder Spital leben, gelten die ausgewiesenen Mehrkosten als Krankheitskosten. Es kann ein jährlicher Pauschalbetrag von maximal 2100 Franken vergütet werden.

Art. 11**Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Spital*

Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Spital wird von der Kostenbeteiligung nach Artikel 8 dieser Verordnung ein angemessener Betrag für den Lebensunterhalt abgezogen. Die Kostenbeteiligungen richten sich grundsätzlich nach den Naturallohnansätzen bei der AHV (WEL 2067).

Art. 12**Kosten von Erholungs- und Badekuren*

¹ Kosten für ärztlich verordnete Erholungskuren und ärztlich verordnete Badekuren werden nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt vergütet, wenn die Kur in einem Heim oder Spital durchgeführt wurde; bei Badekuren, wenn die versicherte Person während des Kuraufenthaltes unter ärztlicher Kontrolle stand.

² Die Begrenzung der Heimtaxen gemäss Artikel 1 dieser Verordnung gilt sinngemäss auch für Erholungskuren und bei Aufenthalt in einem Heilbad.

³ Die Kostenbeteiligungen für die Versicherten gemäss Absatz 1 richten sich grundsätzlich nach den Naturallohnansätzen bei der AHV (WEL 2067).

⁴ Es werden ausschliesslich in der Schweiz entstandene Kosten für Erholungs- und Badekuren übernommen, wobei der Aufenthalt auf maximal drei Wochen pro Kalenderjahr begrenzt wird.

Art. 13**Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause*

¹ Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung, die infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig ist und von anerkannten gemeinnützigen Institutionen (Pro Senectute, Pro Infirmis, Pro Juventute, Spitex) erbracht wird, werden vergütet.

² Pflege- und Betreuungskosten, die in einem öffentlichen oder gemeinnützigen Tagesheim, Tagesspital oder Ambulatorium entstanden sind, werden ebenfalls vergütet.

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

⁴ Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt werden bis höchstens 4800 Franken pro Kalenderjahr vergütet, wenn die Hilfe von einer Person erbracht wird, welche:

- a. nicht im gleichen Haushalt lebt; oder
- b. nicht über eine anerkannte gemeinnützige Institution eingesetzt wird.

⁵ Bei einer Vergütung nach Absatz 4 werden Kosten bis 25 Franken pro Stunde berücksichtigt.

Art. 14

Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal

¹ Zu Hause wohnenden Bezüger mit einer Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit werden die Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal nur für den Teil der Pflege und Betreuung vergütet, der nicht durch eine anerkannte Spitexorganisation im Sinne von Artikel 51 KVV erbracht werden kann.

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

Art. 15

Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige

¹ Kosten für Pflege und Betreuung, die durch Familienangehörige erbracht wird, 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.

Art. 16

Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von behinderten Personen in Tagesstrukturen

¹ Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von behinderten Personen 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 Franken pro Tag, an dem sich die behinderte Person in der Tagesstruktur aufgehalten hat.

³ Keine Kosten werden vergütet:

a. bei Beschäftigung mit einer Entlohnung in Geld von über 50 Franken pro Monat;

b. bei Heimaufenthalt mit EL-Berechnung nach Artikel 10 Absatz 2 ELG.

Art. 17*

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. Ist die versicherte Person wegen ihrer Behinderung auf die Benützung eines andern Transportmittels angewiesen (Rotkreuz-Fahrdienst, Rollstuhltaxi), so werden diese Kosten vergütet.

³ Erfolgen die Transporte aus medizinischen Gründen mit Privatfahrzeugen, werden die ausgewiesenen Kosten mit 65 Rappen pro Kilometer vergütet. Die gefahrenen Kilometer sind aufzulisten und die Behandlungstermine von den entsprechenden Stellen bestätigen zu lassen.

⁴ Tagesstrukturen nach Artikel 16 dieser Verordnung sind den medizinischen Behandlungsorten im Sinne von Absatz 2 gleichgestellt.

3. Hilfsmittel und Hilfsgeräte

Art. 18*

Anspruch

¹ Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen haben im Rahmen von Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe f ELG Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten oder auf die leihweise Abgabe der im Anhang 2 aufgeführten Hilfsmittel oder Hilfsgeräte (Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte). Die im Anhang 2 mit * bezeichneten Hilfsmittel und Hilfsgeräte werden nur leihweise abgegeben. Die Liste über die Hilfsmittel im Anhang 2 ist abschliessend.

² Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen haben zudem Anspruch auf eine Vergütung in Höhe eines Drittels des Kostenbeitrages der AHV bei Hilfsmitteln:

- a. die im Anhang zur Verordnung vom 28. August 1978 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) aufgeführt sind; und
- b. an welche die AHV einen Kostenbeitrag geleistet hat.

³ 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 Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte nach Abschnitt II des Anhangs 2 werden nur für die Hauspflege leihweise abgegeben.

⁴ Die Anschaffungs- oder Mietkosten werden vergütet, sofern die Ausführung des Hilfsmittels einfach und zweckmässig ist.

⁵ Für die Vergütung der Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchstrainingskosten gelten sinngemäss die Vorschriften der Invalidenversicherung.

Art. 19

Abklärung

¹ Wo es zweifelhaft erscheint, ob ein Hilfsmittel oder Hilfsggerät notwendig oder dessen Ausführung einfach und zweckmässig ist, hat die versicherte Person 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 durch von der Invalidenversicherung für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Expertinnen oder Experten bescheinigt sein.

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

Art. 20

Abgabe aus IV-Depots und Rücknahme

¹ Ist das leihweise abzugebende Hilfsmittel oder Hilfsggerät in einem IV-Depot vorhanden, so besteht kein Anspruch auf die Abgabe eines neuen Gerätes.

² Für die Rücknahme, Einlagerung und Weiterverwendung leihweise abgegebener Hilfsmittel oder Hilfsggeräte sind die Vorschriften der Invalidenversicherung massgebend.

III. Organisation und Verfahren

Art. 21*

Die Ausgleichskasse Glarus erlässt die erforderlichen administrativen Weisungen.

IV. Schlussbestimmungen

Art. 22

Aufhebung bisherigen Rechts

Die Vollziehungsverordnung vom 19. Oktober 1966 zum Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung sowie die Ausführungsbestimmung vom 20. Oktober 1966 zu Artikel 9 des Gesetzes über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung werden aufgehoben.

Art. 23

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Änderungen der Vollziehungsverordnung:

- RR 27. Mai 2008 (SBE 10. Bd. Heft 7 S. 524)
Art. 1, (Tabelle zu Anhang 1) in Kraft ab 1. Juli 2008
- RR 16. Dez. 2008 (SBE 11. Bd. Heft 1 S. 63)
Tabelle zu (Anhang 1 und Abs. 2) dazu in Kraft ab 1. Januar 2009
(genehm. EDI, 13. 1. 2009)
- RR 24. Nov. 2009 (SBE 11. Bd. Heft 4 S. 286)
Art. (2), Anhang 1 (Ergänzung unter Tabelle BESA) in Kraft ab 1. Januar 2010; die Alters- und Pflegeheime, welche die Pflegebedürftigkeit anhand des RAI erheben, sind verpflichtet, bis Ende Februar 2010 die Auswertung ihres Case Mix dem Departement Volkswirtschaft und Inneres zuzustellen.
- RR 7. Dez. 2010 (SBE 11. Bd. Heft 8 S. 523)
Art. 2, 4 Abs. 1, 7 Abs. 3, 9 Abs. 3, 5, 6 (n), 7 (n) und 6 bisher zu 8, 10, 11, 12 Abs. 3 (n) und 4 (n), 13, 17 Abs. 2, 3 (n) und 3 bisher zu 4, 18 Abs. 1, 3 (+) und 4–6 bisher zu 3–5, 21, Tabelle zu Anhang 1 und Abs. 2 dazu in Kraft ab 1. Januar 2011 (genehm. EDI, 5. 7. 2011)

Anhang 1: maximal anrechenbare Heimgestufen (Art. 1)*

(massgebend sind die Spalten 3, 5, 7 und 9; die Spalten 1, 2, 4 und 6 haben primär Orientierungscharakter)

Pflegestufen	Pflegebedarf (in Min.) (nach Art. 7a Abs. 3 KLV)	BESA-Punkte	BESA-Minuten	Original-RUG	RAI-Minuten	Maximale Pensions-/ Hoteltaxen zu Lasten EL	Betreuung/Stufenaus- gleich zu Lasten EL	Max. anrechenbare Pflegekosten zu Lasten Bewohner, bzw. EL (nach Art. 25a Abs. 5 KVG)
0	kein					85.50	kein	0.00
1	bis 20	1– 6	3.06– 18.36	PA0	15	85.50	23.00	0.00
2	21– 40	7–13	21.42– 39.78	PA1	38	85.50	24.00	0.75
3	41– 60	14–19	42.84– 58.14	BA1, PA2	52–53	85.50	24.00	5.75
4	61– 80	20–26	61.2 – 79.56	IA1, BA2	71–74	85.50	24.00	13.50
5	81–100	27–32	82.62– 97.92	PB1, PB2, BB1	81–99	85.50	24.00	21.25
6	101–120	33–39	110.98–119.34	CA1, IB1, PC1, BB2, PC2	101–118	85.50	23.00	21.60
7	121–140	40–45	122.4 – 137.7	IA2, IB2, CA2	124–140	85.50	22.00	21.60
8	141–160	46–52	140.76–157.04	PD1, PD2, CB1, RMA, RLA	149–159	85.50	21.00	21.60
9	161–180	53–58	162.18–177.48	CB2, SSA, RMB, CC1	163–179	85.50	18.00	21.60
10	181–200	59–65	180.54– 198.9	SSB, PE1, RLB, CC2, PE2	185–194	85.50	10.00	21.60
11	201–220	66–71	201.96–217.26	SE1, SSC	202–220	85.50	3.00	21.60
12	über 220	72+	220.32+	RMC, SE2, SE3	220+	85.50	0.00	21.60

1. Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen wird grundsätzlich diejenige plausibilisierte Pensionstaxe übernommen, die im jeweiligen Heim im Jahr 2005 Gültigkeit hatte, jedoch höchstens bis zu den in der Tabelle genannten Maximalbeträgen.
2. Die Tarife werden indexiert anhand des Landesindex der Konsumentenpreise (Stand Oktober 2006 100,7 Punkte, Basis Dezember 2005). Eine Anpassung erfolgt bei einer Veränderung um mehr als 5 Punkte des Standes per Ende Oktober jeweils auf den 1. Januar des Folgejahres.
3. Im Grundsatz sind begründete Anpassungen der Tarife gemäss Absatz 2 möglich.

Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen für Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen, welche die Pflegebedürftigkeit nach dem Resident Assessment Instrument (RAI) erheben, sind maximal die folgenden Pflege- und Betreuungskosten (Spalte 5) anzurechnen:

<i>Pflege- stufe</i>	<i>RAI-Aufwandgruppe</i>	<i>Pflegepauschale für Pflegemassnahmen KLV (Rückerstattung durch KK, inkl. Mittel- und Gegenstände- liste Produkte); Fr.</i>	<i>Pauschalen für weitere Betreuungs- leistungen Fr.</i>	<i>Total Pauschale Pflege und Betreuung Fr.</i>
0	PA0	–	–	–
1	PA1	20.50	22.00	42.50
2	BA1, PA2	24.50	34.50	59.00
3	IA1, BA2, PB1, PB2	34.50	49.50	84.00
4	BB1, CA1, IB1, PC1, BB2	48.00	50.50	98.50
5	PC2, IA2, IB2, CA2	62.00	81.00	143.00
6	PD1, PD2, CB1, RLA, RMA	70.00	90.50	160.50
7	CB2, SSA, CC1, SSB, RMB	79.00	99.00	178.00
8	PE1, CC2, PE2, SE1, RLB	88.00	102.00	190.00
9	SSC	101.00	117.50	218.50
10–12	RMC, SE2, SE3	*	*	*

* Sonderaufwand nach separaten Tarifen

Anhang 2: Liste der Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte (Art. 20 Abs. 1)

Abschnitt I: Hilfsmittel

2 **Orthesen**

2.03 *Rumpforthesen*

sofern eine funktionelle Insuffizienz der Wirbelsäule mit erheblichen Rückenbeschwerden sowie klinisch und radiologisch nachweisbare Veränderungen der Wirbelsäule vorliegen, die durch medizinische Massnahmen nicht oder nur ungenügend zu beeinflussen sind.

4 **Schuhwerk**

4.02 *Kostspielige orthopädische Änderungen / Schuhzurichtungen 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 Personen**11.01¹⁾ Blindenlangstöcke****11.02¹⁾ Blindenführhunde**

sofern die Eignung des Versicherten als Führhundehalter erwiesen ist und er sich dank dieser Hilfe ausserhalb des Hauses selbstständig fortbewegen kann. Die Versicherung übernimmt die Mietkosten.

11.03¹⁾ Punktschriftschreibmaschinen**11.04¹⁾ Tonbandgeräte**

für Blinde und hochgradig Sehschwache zum Abspielen von auf Tonband gesprochenen Literatur.

16 Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt**16.01¹⁾ Elektrische Schreibmaschinen**

sofern ein Versicherter wegen Lähmung oder anderer Gebrechen der oberen Gliedmassen weder von Hand schreiben noch eine gewöhnliche Schreibmaschine bedienen kann.

16.02¹⁾ Automatische Schreibgeräte

sofern ein Versicherter wegen Lähmung sprech- und schreibunfähig ist und nur mit Hilfe eines solchen Gerätes mit der Umwelt in Kontakt treten kann.

16.03¹⁾ Tonbandgeräte

sofern ein gelähmter Versicherter, der nicht in der Lage ist, selbstständig Bücher zu lesen, zum Abspielen von auf Tonband gesprochenen Literatur auf einen solchen Behelf angewiesen ist.

16.04¹⁾ Seitenwendegeräte

sofern ein Versicherter, der die Voraussetzungen für ein Tonbandgerät erfüllt, dieses Gerät anstelle eines Tonbandes benötigt.

16.05¹⁾ Steuergeräte zur selbstständigen 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.

Abschnitt II: Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte**20¹⁾ Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz****21¹⁾ Inhalationsapparate****22¹⁾ Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen**

sofern ein Versicherter ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist.

23¹⁾ Krankenheber

sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist.

¹⁾ leihweise

- 24¹⁾ *Elektrobetten*
sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege
eine absolute Notwendigkeit darstellt.
- 25 *Nachtstühle*
- 26¹⁾ *Coxarthrosestühle*
- 27¹⁾ *Aufzugständer (Bettgalgen)*

¹⁾ leihweise