



27. Ungedekte Krankheits- und Behinderungskosten

1. Grundsatz

Gemäss Artikel 8 lit e ZuD werden seit dem 1. Juli 1998 Krankheits- und Behinderungskosten nach den Bestimmungen über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV vergütet. Es kann deshalb im Rahmen der Zuschüsse nur zu einer Übernahme entsprechender Kosten kommen, wenn der bei den Ergänzungsleistungen dafür reservierte Betrag nicht ausreicht oder keine Ergänzungsleistungen geschuldet sind (z.B. Karenzfrist für Ausländerinnen und Ausländer). Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf die am häufigsten zu Diskussionen führenden Sachverhalte. Massgebend sind in jedem Fall die EL-Bestimmungen.

2. Kostenbeteiligungen

2.1 Klientinnen und Klienten mit Ergänzungsleistungen

Die Selbstbehalte und die Franchise werden im Rahmen der Ergänzungsleistungen bis maximal Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr vergütet. Dabei ist es unerheblich wie sich die Summe zusammensetzt (z.B. Anteil erhöhte Franchise).

Bei Klientinnen und Klienten, welche nicht die ordentliche, sondern eine höhere Franchise gewählt haben, können folglich ungedeckte Kosten entstehen. Diese werden im Rahmen der Zuschüsse nicht vergütet. Die betroffenen Personen haben über die Ergänzungsleistungen Subventionen in Form einer Pauschale „Krankenkassenprämie“ erhalten, welche der durchschnittlichen Prämie für eine Grundversicherung mit ordentlicher Franchise entspricht. Durch die Wahl einer höheren Franchise erhalten sie einen Prämienrabatt. Es ist zumutbar, diesen „Gewinn“ (Differenz zwischen Pauschale und effektiver Prämie für die Grundversicherung) für die Bezahlung der ungedeckten Kostenbeteiligung zu verwenden.

2.2 Klientinnen und Klienten ohne Ergänzungsleistungen

Klientinnen und Klienten ohne Ergänzungsleistungen wird anstelle einer Pauschale die effektive Prämie für die Krankenpflegegrundversicherung vergütet. Mit anderen Worten können sie aus einer höheren Franchise keinen „Gewinn“ erzielen. Folglich finanzieren wir die effektiv anfallende Kostenbeteiligung ohne betragliche Limitierung.

3. Ungedekte Spitalkosten

3.1 Durch Aufenthalt in Halbprivat- / Privatabteilung

Die medizinische Versorgung in der allgemeinen Abteilung ist umfassend. Die Übernahme von ungedeckten Kosten, welche durch den Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung eines Spitals entstehen, mit Zuschüssen ist ausgeschlossen.

3.2 Durch Aufenthalt in einem ausserkantonalen Spital

Erfolgt die Behandlung aus medizinischen Gründen ausserhalb des Kantons Bern gehen die Kosten vollumfänglich zulasten der Krankenkasse und des Kantons Bern. Als medizinische Gründe gelten sowohl Notfallbehandlungen als auch das Fehlen eines entsprechenden medizinischen Angebotes im Kanton Bern. Folglich kann es nur zu ungedeckten Kosten kommen, wenn aus „persönlichen“ Gründen ein ausserkantonales Spital gewählt wird. Deren Übernahme im Rahmen der Zuschüsse ist ausgeschlossen.

3.3 Durch Aufenthalt in einem nicht auf der Spitalliste figurierenden Spital

Die Kosten für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines auf der Spitalliste des Kantons Bern figurierenden Spitals gehen zulasten der Krankenkasse. Aufnahme in die Liste finden alle Spitäler (auch private), welche der kantonalen Spitalplanung entsprechen. Ungedeckte Kosten, welche durch die Wahl eines Spitals entstehen, welche nicht auf der Liste figuriert, können nicht über Zuschüsse finanziert werden.

4. Brillen

Die Verordnung über die Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) sieht die Übernahme von Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen (Ausnahme nach Staroperationen) nicht vor. Die Vergütung von Brillen im Rahmen der Zuschüsse ist damit ausgeschlossen. Im KVG werden für ärztlich verordnete Brillengläser 1 x alle drei Jahre Fr. 200.– übernommen.

Wir empfehlen den Klientinnen und Klienten ihre Rechnungen für Brillen dem zuständigen Pro Werk (Pro Senectute, Pro Infirmis, Pro Juventute) zu unterbreiten.

5. Andere ungedeckte Kosten

Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte, welche nicht in Artikel 16 Absatz 1 ELKV bzw. im Anhang zur ELKV aufgeführt sind, können auch im Rahmen der Zuschüsse nicht vergütet werden. Zu den nicht gedeckten Kosten gehören weiter: Medikamente, welche nicht in der Spezialitätenliste aufgeführt sind; wissenschaftlich nicht anerkannte Therapien und Diagnoseverfahren und Behandlungen durch Personen, welche nicht zulasten der Krankenkassen tätig sein dürfen. Die Übernahme entsprechender Kosten über die Zuschüsse ist ausgeschlossen.

<i>Vgl. auch</i>	<i>Kapitel 29</i>	<i>Kontrollierte Drogenabgabe</i>
	<i>Kapitel 30</i>	<i>Ungedeckte Spitexkosten</i>
	<i>Kapitel 31</i>	<i>Pflege zu Hause durch angestellte Person</i>