



## Gesetz über die Pflegefinanzierung; Erläuternder Bericht zum Vernehmlassungsentwurf

### Inhaltsverzeichnis

<b>A.</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>3</b>
1.	Einleitung .....	3
2.	Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung .....	4
2.1.	Stationäre Pflege .....	5
2.2.	Ambulante Pflege .....	6
2.3.	Akut- und Übergangspflege .....	7
2.4.	Ergänzungsleistungen .....	8
2.5.	Hilflosenentschädigung zur AHV .....	9
2.6.	Übersicht Regelungsbedarf .....	9
<b>B.</b>	<b>Neuerungen durch den Erlass des Gesetzes über die Pflegefinanzierung</b> .....	<b>11</b>
1.	Notwendigkeit eines Gesetzes im formellen Sinne.....	11
2.	Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in der stationären Pflege.....	11
2.1.	Zuständigkeit .....	11
2.2.	Zulassung als Leistungserbringer .....	13
2.3.	Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten .....	13
2.4.	Anrechenbare Pflegekosten .....	13
2.5.	Beiträge der Krankenversicherungen sowie der versicherten Personen .....	14
2.6.	Durchführung und Rechnungsstellung .....	15
2.7.	Controlling und Kostenrechnung .....	15
3.	Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in der ambulanten Pflege.....	16
3.1.	Zuständigkeit .....	16
3.2.	Anrechenbare Kosten .....	17
3.3.	Beiträge der versicherten Personen .....	17
3.4.	Controlling und Kostenrechnung .....	18
3.5.	Finanzierung von Tages- und Nachtstrukturen.....	18



4.	Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in der Akut- und Übergangspflege.....	18
4.1.	Zuständigkeit .....	19
4.2.	Zulassung als Leistungserbringer .....	19
4.3.	Durchführung und Rechnungsstellung .....	19
5.	Notwendigkeit einer Verordnung .....	20
6.	Aufhebung und Revisionsbedarf bestehender Erlasse.....	20
6.1.	Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung .....	20
6.2.	Gesundheitsgesetz .....	20
<b>C.</b>	<b>Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen.....</b>	<b>22</b>
<b>D.</b>	<b>Auswirkungen .....</b>	<b>25</b>
1.	Auf die Gesetzgebung .....	25
2.	Personell.....	25
3.	Organisatorisch.....	25
4.	Finanzielle Auswirkungen .....	25
4.1.	Kostenträgerschaft im Überblick.....	26
4.2.	Kostenentwicklung.....	26
4.3.	Datenlage .....	27
4.4.	Kostenentwicklung in der stationären Pflege.....	28
4.5.	Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege .....	29
4.6.	Kostenentwicklung in der Akut- und Übergangspflege .....	30
4.7.	Kostenentwicklung bei den Ergänzungsleistungen .....	30
<b>E.</b>	<b>Weiteres Vorgehen .....</b>	<b>32</b>
<b>F.</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>33</b>



## A. Ausgangslage

### 1. Einleitung

Beim Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 (BBI 2008 5247) handelte es sich um ein Reformpaket in Zusammenhang mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10). Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten und hatte zum Ziel, seit Einführung des KVG (1. Januar 1996) bestehende Probleme im Bereich der Finanzierung der Pflege zu lösen. Das Paket umfasste auch Anpassungen bei den Vermögensfreibeträgen bei den Ergänzungsleistungen (EL) und die Einführung einer Hilflosenentschädigung (HE) zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) bei leichter Pflegebedürftigkeit zu Hause. Diese Änderungen waren im Kanton direkt anwendbar. Zusätzlich umfasste die Vorlage die Klärung der Finanzierung von ambulanter und stationärer Pflege sowie der neuen Tarifkategorie der Akut- und Übergangspflege. Die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege bildete das Kernstück der Vorlage. Seit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) einen gesamtschweizerisch festgelegten Beitrag an die Pflegekosten. Zusätzlich wurde der Beitrag der Pflegebedürftigen limitiert. Die Finanzierung der restlichen Pflegekosten ist von der öffentlichen Hand sicherzustellen.

Dazu hatten die Kantone bis zum Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung entsprechende Regelungen zu erlassen. Dabei brachte insbesondere die neue Finanzierung der stationären Pflege grosse finanzielle Auswirkungen und organisatorische Veränderungen sowohl für die Pflegeheime als auch für die versicherten Personen mit sich, da die öffentliche Hand als zusätzlicher Kostenträger eingeführt wurde.

Wegen der Dringlichkeit der Einführung der kantonalen Ausführungsbestimmungen zur Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung wurden die erforderlichen Bestimmungen in Appenzell Ausser Rhoden als Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung vom 22. Oktober 2010 (bGS 812.115; Inkrafttreten am 1. Januar 2011) und nicht auf dem Wege der ordentlichen Gesetzgebung erlassen. Wegen der grossen finanziellen Tragweite der Bestimmungen und zur Gewährleistung der Rechtssicherheit ist es nun erforderlich, die Bestimmungen der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung in ein Gesetz im formellen Sinne zu überführen.

Das KVG basiert auf dem Prinzip der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Es brachte Mitte der 1990er-Jahre den grundlegenden Systemwechsel, indem das Obligatorium für eine Grundversicherung eingeführt wurde, die gesetzlich umschriebene Leistungen umfasst und grundlegende Bedürfnisse bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft abdecken soll. Das KVG ist damit eine wichtige Säule im sozialen Sicherungssystem. Demgemäss umfasst es auch den Grundsatz, dass Kosten für die Pflege durch Pflegefachpersonen und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und für die Pflege in Pflegeheimen – abgesehen von Selbstbehalt und Franchise – durch die OKP übernommen werden (Art. 25 Abs. 2 KVG). Eine Kostenbeteiligung der versicherten Personen darüber hinaus war im KVG bisher ebenso wenig vorgesehen wie eine Mitfinanzierung der Pflegekosten durch Kantone oder Gemeinden (Art. 64 KVG).

Da sich jedoch bereits kurz nach Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 zeigte, dass die dieser Regelung zugrundeliegenden Berechnungen zu tief waren, erliess der Bund auf den 1. Januar 1998 Rahmentarife für die von den Krankenversicherern zu vergütenden Kosten der ambulanten Pflege und der Pflege im Pflegeheim.



Diese Tariffestlegung war so lange zu beachten, als sich die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie die Pflegeheime mit den Versicherern nicht über gemeinsam erarbeitete Grundlagen zu den Tarifberechnungen einigen konnten (Art. 104a KVG). Nach diesen Rahmentarifen erfolgte bis zum Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 die Vergütung der Pflegekosten ambulant je Stunde und jene im Pflegeheim je Tag, letztere abgestuft nach Pflegebedarf. Schätzungen zeigen, dass vor Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung die Krankenversicherung die Kosten der Pflege ambulant und im Pflegeheim lediglich etwa zu 60 Prozent deckten (Amtliches Bulletin 2007 der Bundesversammlung 1106). Nachdem die zweite grössere Teilrevision des KVG im Jahr 2003 scheiterte, legte der Bundesrat dem Parlament im Februar 2004 zwei Reformpakete mit voneinander unabhängigen Teilbotschaften vor: die Neuregelung der Spitalfinanzierung sowie die Neuordnung der Pflegefinanzierung.

### **2. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung**

Mit Beschluss vom 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung nach einem umfassenden Differenzbereinigungsverfahren zugestimmt. Dieses ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Mit diesem Mantelerlass wurden neben dem KVG auch das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG; SR 831.10) und das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (ELG; SR 831.30) angepasst.

Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung handelte es sich in erster Linie um eine Finanzierungsvorlage. Sie umfasste keine materiellen Änderungen des Pflegeleistungskatalogs, wie er sich in Art. 7 Abs. 2 der eidgenössischen Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31) findet. Damit bleibt die Pflege nach KVG unverändert, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder vorübergehend nach einem Spitalaufenthalt durch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder in Pflegeheimen erbracht wird.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgte insbesondere zwei Hauptziele: Zum einen soll die wirtschaftlich schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen verbessert werden. Zum anderen soll die OKP, die im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich belastet werden. Das Bundesgesetz regelt dazu die Finanzierung von ambulant durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder stationär in Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen neu. Insbesondere wird neu den Kantonen und/oder Gemeinden eine Mitfinanzierungspflicht überbürdet. Die Neuordnung sieht im Bereich KVG zudem eine Unterscheidung zwischen der Finanzierung der «Pflegeleistungen» und der «Leistungen der Akut- und Übergangspflege» vor. Mit der Schaffung einer Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades zu Hause im Rentenalter und den Anpassungen des ELG wurde zudem angestrebt, dass durch den Aufenthalt in einem Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit entsteht.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung war bereits in den Beratungen der eidgenössischen Räte für die Kantone ein schwieriges Revisionsvorhaben. Mit der Vorlage sollte die finanzielle Belastung der versicherten Personen reduziert werden. Gleichzeitig sollten den Krankenversicherern keine weiteren Kosten überbürdet werden. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde vor diesem Hintergrund unweigerlich zu einer Vorlage mit erheblichen Kostenfolgen für Kantone und/oder Gemeinden. Trotzdem fanden verschiedene materielle Anliegen der Kantone weder in die Gesetzgebung noch in die Verordnungsanpassungen Eingang. Insbesondere



re ist zu bemängeln, dass das Bundesrecht die Gesetzgebungsverfahren und den Vollzug in den Kantonen erschwert, da etliche Fragestellungen ungelöst bleiben, die beispielsweise auch interkantonalen Abstimmungen bedürften, wie z.B. die Zuständigkeitsregelung für die Restfinanzierung. Auf Bundesebene haben in den letzten Jahren zahlreiche parlamentarische Vorstösse die fehlende Zuständigkeitsregelung für die Restfinanzierung aufgegriffen. Namentlich die ungerichtete Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten wurde als grosser Mangel erkannt und ist Gegenstand von verschiedenen derzeit hängigen parlamentarischen Vorstössen.

Am 24. Juni 2009 hat der Bund die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu den Gesetzesänderungen erlassen. Dabei wurden folgende eidgenössischen Verordnungen angepasst:

- Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102);
- Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31);
- Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 31. Oktober 1947 (AHVV; SR 831.101).

## 2.1. Stationäre Pflege

Der Bundesrat ist beauftragt, die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf festzulegen (Art. 25a Abs. 1 und 4 KVG); dieser hat die ihm eingeräumte Kompetenz zur Legiferierung an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert (Art. 33 lit. i KVV), worauf das EDI die konkreten Beiträge in der KLV festgelegt hat. Die Beiträge werden für zwölf zeitliche Abstufungen von je 20 Minuten täglichem Pflegebedarf festgelegt (von «bis 20 Minuten» bis «mehr als 220 Minuten») und wurden auf Fr. 9.– je 20 Minuten fixiert (Beitrag Krankenkversicherer: minimal Fr. 9.–; maximal Fr. 108.–). Den versicherten Personen dürfen nach Art. 25a Abs. 5 KVG von den nicht durch die OKP gedeckten Pflegekosten maximal 20 Prozent des höchsten vom Bund festgelegten Pflegebeitrags überwältzt werden. Dies entspricht derzeit einer maximalen Kostenbeteiligung der versicherten Personen von Fr. 21.60 je Pflgetag. Zusätzlich zu diesen Kostenanteilen an die Pflege haben die Bewohner und Bewohnerinnen wie bis anhin die vollen Kosten für den Betreuungsaufwand und die Pension zu übernehmen.

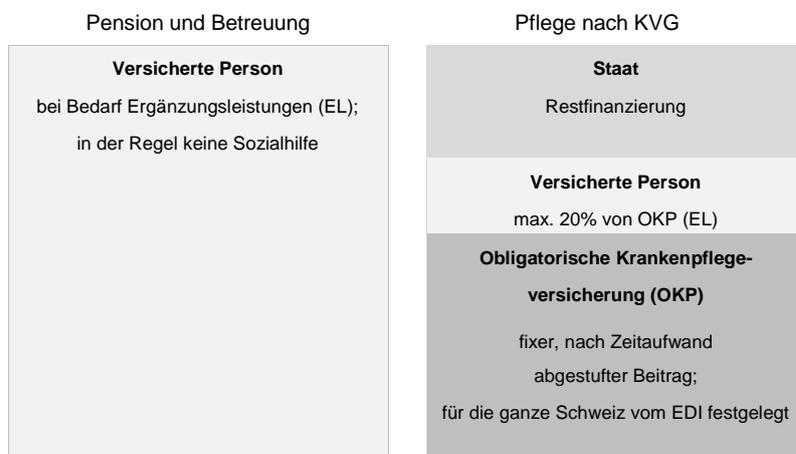


Abbildung: Kostenträger in Pflegeheimen



Sofern die Pflegekosten nicht durch die Beiträge der OKP und den Beitrag der pflegebedürftigen Person gedeckt sind, sieht Art. 25a Abs. 5 KVG eine Restfinanzierung vor, welche die Kantone zu regeln haben. Die Restfinanzierung ist unabhängig von der finanziellen Situation der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten (bedarfsunabhängige Leistung). Des Weiteren gilt es zu berücksichtigen, dass das Bundesrecht nicht definiert, was 100 Prozent der Pflegekosten sind bzw. was alles zu den Pflegekosten zu zählen ist. Entsprechende Regelungen zu den anerkannten Pflegekosten sind deshalb ebenfalls Sache der Kantone.

Um sowohl für alle Bewohner und Bewohnerinnen der Pflegeheime als auch für alle Gemeinden – unabhängig davon, ob sie Standortgemeinden von Pflegeheimen sind oder nicht – einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, müssen die Kantone schliesslich auch festlegen, welche Regelungen und Zuständigkeiten für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten bzw. bei Heimaufenthalten ausserhalb der bisherigen Wohnsitzgemeinde gelten.

## 2.2. Ambulante Pflege

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung regelt die Kostenaufteilung für die ambulante Pflege nach KVG wie folgt:

Pflege nach KVG

<b>Staat</b> Restfinanzierung
<b>Versicherte Person</b> max. 20% von OKP (EL)
<b>Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)</b> fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag; für die ganze Schweiz vom EDI festgelegt

Abbildung: Kostenträger der ambulanten Pflege

Die OKP entrichtet einen Beitrag an die ambulanten Pflegeleistungen (Art. 25a Abs. 1 KVG). Diese Beiträge werden vom Bund differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich in Franken festgelegt (Art. 7a KLV). Für ambulante Pflegeleistungen beläuft sich der Beitrag ab Inkrafttreten je nach Art der Leistungen auf:

- Fr. 79.80 je Pflegestunde für Massnahmen der Abklärung und Beratung;
- Fr. 65.40 je Pflegestunde für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung;
- Fr. 54.60 je Pflegestunde für Massnahmen der Grundpflege.

Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten. Zu vergüten sind wenigstens zehn Minuten (Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV). Die nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen teilweise den Leistungsbezügern und -bezüglerinnen verrechnet werden. Die Höchstbelastung ist dabei auf 20 Prozent des



höchsten vom Bund festgesetzten Pflegebeitrags der Krankenversicherer beschränkt (Art. 25a Abs. 5 KVG), d.h. Fr. 15.95 je Tag. Dies entspricht 20 Prozent des maximalen Stundentarifs von Fr. 79.80. Die Restfinanzierung der Pflegekosten ist von der öffentlichen Hand zu übernehmen.

Nach der Bundesgesetzgebung leistet die OKP auch Beiträge für Pflegeleistungen, die in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Die Beiträge der OKP gelten je Tag oder je Nacht und entsprechen jenen, die Pflegeheimen ausgerichtet werden (Art. 7a Abs. 4 KLV). Für die Kostenübernahme, die anrechenbaren Pflegekosten sowie die Geltendmachung der Restfinanzierung gelten dieselben Regelungsmechanismen wie in Pflegeheimen.

### 2.3. Akut- und Übergangspflege

Mit der Definition der Akut- und Übergangspflege wurden keine neuen Leistungen geschaffen. Es handelt sich um eine neue Tarifkategorie. In Bezug auf die Leistungserbringer und den Leistungskatalog unterscheiden sich die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nicht von den ambulanten und stationären Pflegeleistungen (Art. 7 Abs. 3 KLV). Sie schliessen jedoch zwingend an einen Spitalaufenthalt an und werden bei medizinischer Notwendigkeit durch eine Spitalärztin oder einen Spitalarzt verschrieben und sind auf 14 Tage befristet. Die kumulative Vergütung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege mit anderen Pflegeleistungen ist ausgeschlossen.

Die Akut- und Übergangspflege wird in Art. 25a Abs. 2 KVG nicht näher definiert. Die ‚Akutpflege‘ kann als professionelle Pflege umschrieben werden, die bei einer Akuterkrankung oder einem Unfall erforderlich ist. Die ‚Übergangspflege‘ bringt dagegen zum Ausdruck, dass es sich um einen zeitlich beschränkten, vorübergehend erhöhten Pflegeaufwand handeln soll. Das Fehlen einer näheren Umschreibung veranlasste die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK), die Akut- und Übergangspflege zu definieren. Gemäss dieser Definition müssen bei der Anordnung der Akut- und Übergangspflege durch einen Spitalarzt oder eine Spitalärztin folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf ambulant oder in einer Spezialklinik besteht nicht.
2. Der Patient oder die Patientin benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte, reaktive Pflege durch Pflegepersonen.
3. Die Akut- und Übergangspflege ist ein Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Pflegeheim vorgesehen.
4. Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass der Patient oder die Patientin die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und die Vermeidung einer Rehospitalisation.

Diese Definition wird auch von den Krankenversicherern anerkannt. Die Tarife (Pauschalen) der Akut- und Übergangspflege werden zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ausgehandelt und von den



Kantonsregierungen genehmigt (Art. 46 Abs. 4 KVG). Dadurch besteht die Gewähr, dass die vereinbarten Pauschalen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen.

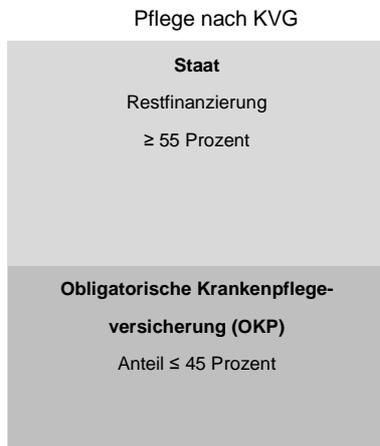


Abbildung: Kostenträger der Akut- und Übergangspflege

Analog zur neuen Spitalfinanzierung sieht die Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Beteiligung der öffentlichen Hand von wenigstens 55 Prozent und der Krankenversicherer von höchstens 45 Prozent an den Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege vor. Anders als bei der neuen Spitalfinanzierung haben Kantone mit unterdurchschnittlichen Erwachsenenprämien keine Möglichkeit, den Anteil der öffentlichen Hand während einer Übergangsfrist unter 55 Prozent festzulegen. Die versicherten Personen müssen sich, abgesehen von den Kostenbeteiligungen bei der OKP (Franchise und Selbstbehalt), nicht an den Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege beteiligen.

## 2.4. Ergänzungsleistungen

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung hat sich der Bundesgesetzgeber auch für Verbesserungen im Bereich der EL ausgesprochen. So wurde der Vermögensfreibetrag bei Alleinstehenden von Fr. 25'000.– auf Fr. 37'500.– und bei Ehepaaren von Fr. 40'000.– auf Fr. 60'000.– erhöht. Zudem wurde ein zusätzlicher Freibetrag von Fr. 300'000.– eingeführt für Liegenschaften, wenn ein Ehegatte in einem Pflegeheim und der andere im Wohneigentum lebt oder wenn eine im eigenen Wohneigentum lebende Person eine HE bezieht.

Die Kantone haben jedoch nach Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG dafür zu sorgen, dass Beziehende von EL durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel nicht sozialhilfeabhängig werden. In Art. 1 der kantonalen Verordnung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (bGS 832.311) sind die höchstens anrechenbaren Tagespauschalen anzupassen. Dabei gilt es, kostensteigernde Anreizsysteme zu verhindern und sowohl die Beiträge nach Pflegestufe als auch den Grundbetrag für Personen ohne Pflegebedürftigkeit den tatsächlichen Kostenstrukturen in den Pflegeheimen anzupassen. Nachdem die EL bislang vornehmlich auch für die Deckung von stationären Pflegekosten sorgen musste, hat die mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung vorgelagerte Restfinanzierung in diesem Bereich zu einer Entlastung geführt (vgl. Abschnitt D, Ziff. 4.7.).



## 2.5. Hilflosenentschädigung zur AHV

Im AHVG wurde eine neue Leistung geschaffen: Die HE leichten Grades für Altersrentner und Altersrentnerinnen, die zu Hause leben (20 Prozent der Mindestrente). Aus den bundesrechtlichen Vorgaben bei Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung bestand weder ein gesetzlicher Anpassungsbedarf noch müssen Kantone und Gemeinden für die neue HE aufkommen. Die Mehrkosten werden durch den Bund finanziert (Art. 102 Abs. 2 AHVG).

## 2.6. Übersicht Regelungsbedarf

Das Bundesrecht zur Pflegefinanzierung brachte Neuregelungen in den Bereichen der Pflege in Pflegeheimen, in Tages- und Nachtstrukturen, der Pflege durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, der Akut- und Übergangspflege, der EL und schliesslich im Bereich der HE zur AHV. Die Gesetzes- und Verordnungsänderungen auf Bundesebene erforderten bzw. erfordern die Festlegung von Ausführungsbestimmungen auf kantonaler Ebene in den Bereichen der ambulanten und stationären Pflege. Es ist zusammenfassend aber noch einmal festzustellen, dass sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Finanzierung der Pflege nach KVG fokussierte. Sie umfasste keine materiellen Änderungen des Pflegeleistungskatalogs, wie er sich in Art. 7 Abs. 2 KLV findet. Damit bleibt die Pflege nach KVG unverändert, unabhängig davon, ob sie ambulant, auch in Tages- und Nachtstrukturen, stationär oder vorübergehend nach einem Spitalaufenthalt durch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder in Pflegeheimen erbracht wird.

Die Eckwerte und Handlungsfelder lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Aufgabenbereich mit Neuordnung der Pflegefinanzierung	Eckwerte der Neuordnung	Regelungsbedarf Kantone
Restfinanzierung der <b>stationären Pflege</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag der OKP</li><li>- Beschränkung des Beitrags der Leistungsbezüger auf max. 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags</li><li>- Restfinanzierung durch Kanton und/oder Gemeinden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bestimmung der anerkannten Pflegekosten je Pflegestufe</li><li>- Festlegung der Beitragshöhe der Leistungsbezüger an die Pflegekosten</li><li>- Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden)</li><li>- Festlegung der Abwicklung</li><li>- Umsetzung des Wohnsitzprinzips (bzw. Herkunftsprinzip soweit nach Bundesrecht zulässig)</li></ul>



<b>Restfinanzierung der ambulanten Pflege</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag der OKP</li><li>- Beitrag der Leistungsbezüger auf max. 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags</li><li>- Restfinanzierung durch Kanton und/oder Gemeinden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Festlegung der Beitragshöhe der Leistungsbezüger an die Pflegekosten</li><li>- Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden)</li><li>- Festlegung der Abwicklung</li><li>- Umsetzung des Wohnsitzprinzips</li></ul>
Finanzierung der stationären und ambulanten <b>Akut- und Übergangspflege</b>	neuer Finanzierungsmodus für ärztlich verordnete Pflegeleistungen während längstens 14 Tagen nach Spitalaufenthalt	Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden)
<b>Ergänzungsleistungen</b>	Erhöhung der Vermögensfreibeträge	kein Regelungsbedarf, Bundesgesetz regelt abschliessend
<b>Hilflosenentschädigung</b>	Anspruch auf HE zur AHV bei leichter Pflegebedürftigkeit zu Hause	kein Regelungsbedarf, Bundesgesetz regelt abschliessend



## **B. Neuerungen durch den Erlass des Gesetzes über die Pflegefinanzierung**

### **1. Notwendigkeit eines Gesetzes im formellen Sinne**

In Appenzell Ausserrhoden bestand für die Restfinanzierung der stationären und ambulanten Pflege sowie die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege keine ausreichende Gesetzesgrundlage. Die Frist nach Erhalt der Bundesvorlage im Sommer 2009 hätte unter Einhaltung der ordentlichen Gesetzgebungsfristen und Einhaltung einer Vorlaufzeit für die Umsetzung der umfangreichen Änderungen seitens der Leistungserbringer nicht erreicht, per 1. Januar 2011 ein kantonales Gesetz einzuführen. Dies hat den Regierungsrat dazu bewogen, die Neuordnung der Pflegefinanzierung als Dringlichkeitsrecht in Form der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung zu erlassen. Um die demokratischen Rechte von Parlament und Volk zu wahren, muss der vorläufige Erlass in ein Gesetz im formellen Sinne überführt werden (Art. 87 Abs. 4 der Verfassung des Kantons Appenzell Ausserrhoden vom 30. April 1995 [KV; bGS 111.1]).

Mit der Schaffung eines Gesetzes über die Pflegefinanzierung können in Appenzell Ausserrhoden die bundesrechtlichen Vorgaben zur Neuordnung der Pflegefinanzierung integral umgesetzt werden. Das neue Gesetz über die Pflegefinanzierung muss die Finanzierung von Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden, regeln.

Im Rahmen des Entlastungsprogramms 2015 wurden mit Beschluss des Kantonsrats vom 16. Juni 2014 im Bereich der Finanzierung der Hilfe und Pflege zu Hause Anpassungen im Gesundheitsgesetz (GG; bGS 811.1) vorgenommen. Mit den Anpassungen wurde der Kanton von der Mitfinanzierung der Hilfe und Pflege zu Hause (Anteil 1/3) entlastet und die Finanzierung vollumfänglich den Gemeinden übertragen. Im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Gesetzesentwurfs wurde festgestellt, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen für die Finanzierung der Hilfe und Pflege zu Hause ungenügend sind. Dies ist im Rahmen dieser Vorlage zu korrigieren (vgl. Abschnitt B, Ziff. 6).

## **2. Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in der stationären Pflege**

### **2.1. Zuständigkeit**

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die öffentliche Hand direkter Kostenträger für die Pflegekosten von Personen in Alters- und Pflegeheimen. Das Bundesrecht lässt offen, ob die Restkosten der Pflege von den Gemeinde und/oder vom Kanton zu tragen sind. Das GG hält folgende Zuständigkeiten fest:

- Gemäss Art. 3 Abs. 1 GG schaffen Kanton und Gemeinden zusammen die Voraussetzungen für eine ausreichende und kostenbewusste medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung.
- Gemäss Art. 5 Abs. 1 lit. a GG obliegt die Sicherstellung der Versorgung mit Alters- und Pflegeheimen den Gemeinden.



Mit der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung wurde das GG dahingehend ausgelegt, dass die Finanzierung der Restkosten der Pflege den Gemeinden obliegt. Seit 1. Januar 2011 sind die Gemeinden somit direkte Kostenträger für die Pflegekosten von Personen in Alters- und Pflegeheimen. Alle Bewohner und Bewohnerinnen haben seither – unabhängig von Einkommen und Vermögen – Anspruch auf Beiträge der Gemeinden an ihre stationären Pflegekosten (bedarfsunabhängige Leistung).

Es gilt jedoch zu bestimmen, welche Gemeinde für die Finanzierung der Restkosten der Pflege aufkommen muss, insbesondere bei Personen, welche mit dem Eintritt in das Pflegeheim einen neuen zivilrechtlichen Wohnsitz begründen.

Bei Eintritt in ein Pflegeheim kann es unter Umständen vorkommen, dass der zivilrechtliche Wohnsitz des Leistungsbezügers oder der Leistungsbezügerin im Sinn von Art. 23 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210) zur Standortgemeinde des Pflegeheims wechselt (vgl. auch BGE 133 V 309). Um die Standortgemeinden von Pflegeheimen nicht zu benachteiligen, sieht der vorliegende Gesetzesentwurf vor, dass der Eintritt in ein Pflegeheim die Zuständigkeit der bisher zuständigen Gemeinde für die Finanzierung nicht verändert (Art. 4 Abs. 1). Dies entspricht der Regelung in Art. 21 Abs. 1 ELG für den Bereich der EL sowie Art. 5 des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 (ZUG; SR 851.1) für die wirtschaftliche Sozialhilfe.

Verschiedene Kantone, so auch Appenzell Ausserrhoden, haben in der kantonalen Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für interkommunale und interkantonale Heimeintritte die Regelung erlassen, dass unabhängig vom zivilrechtlichen Wohnsitz die Wohnsitzgemeinde/der Wohnkanton vor Eintritt in ein Pflegeheim für die Restfinanzierung zuständig ist.

Das Hauptargument für die Regelung der Zuständigkeit für die Finanzierung der Pflegekosten nach zivilrechtlichem Wohnsitz (Wohnsitzprinzip) betrifft die fiskalische Äquivalenz. Das heisst, dass der Kanton, in welchem während des Heimaufenthalts Steuern (ggf. auch Erbschaftssteuern) bezahlt werden, auch für die Restfinanzierung verantwortlich ist. Das Hauptargument für eine Regelung gemäss ELG (Herkunftsprinzip) betrifft versorgungspolitische Überlegungen und die Vereinfachung der Umsetzung durch Übereinstimmung der Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung und für die EL: Für die Finanzierung des gesamten Aufenthalts in einem Pflegeheim sind nicht zwei Kantone (Restfinanzierung beim Standortkanton und EL beim Herkunftskanton), sondern nur ein Kanton zuständig. Längerfristig könnte es zum versorgungspolitischen Problem werden, wenn jeder Kanton aufgrund der finanziellen Anreize versucht ist, trotz generell steigendem Bedarf das Angebot zu Lasten anderer Kantone möglichst zu beschränken.

Das Bundesgericht fällt jüngst einen Entscheid zur Frage des Herkunfts- oder Wohnsitzprinzips (Urteil 9C\_54/2014 vom 18. Dezember 2014): Dabei kam es zum Ergebnis, dass derzeit noch offen sei, ob künftig für die Zuständigkeit zur Restfinanzierung ungedeckter Pflegekosten eine Lösung nach dem Herkunftsprinzip bestehen werde und damit der zivilrechtliche Wohnsitz und die Zuständigkeit für die Restfinanzierung auseinanderfallen könnten (aber nicht müssen; vgl. BGE 138 V 23, E. 3.4.4), oder, ob der wohnsitzbegründende Eintritt in ein Pflegeheim zur Zuständigkeit des Standortkantons führt (vgl. Urteil 9C\_54/2014, E. 5.3). Letztendlich stellt das Bundesgericht Folgendes fest: «Unabhängig davon, ob eine der grundsätzlichen Zuständigkeitsperpetuierung gemäss Art. 21 Abs. 1 ELG nachempfundene Regelung im Bereich der Restfinanzierung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG sachgerecht wäre, kann eine entsprechende Voraussetzung jedenfalls nicht (nur) in einem kantonalen oder kommunalen Erlass verankert sein. Sie bedürfte vielmehr einer bundesrechtlichen, für



die ganze Schweiz gültigen Normierung, da bei kantonsübergreifenden Sachverhalten nicht ein Kanton oder eine Gemeinde über die Finanzierungszuständigkeit eines anderen (ausserkantonalen) Gemeinwesens befinden kann.»

Aufgrund dieses Bundesgerichtsentscheids ist die Verankerung des Herkunftsprinzips im interkantonalen Verhältnis bundesrechtswidrig, d.h. das Herkunftsprinzip kann derzeit nur innerkantonal verwirklicht werden. Daher sieht der Gesetzesentwurf einen Vorbehalt des Bundesrechts im interkantonalen Verhältnis vor (Art. 4 Abs. 2).

### **2.2. Zulassung als Leistungserbringer**

Als Leistungserbringer sind Pflegeheime zugelassen, soweit sie auf einer kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG mit Angabe der zugelassenen Plätze und Pflegestufen aufgeführt sind. Diese Bestimmungen erfahren durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung keine Änderung und sind deshalb unverändert massgebend.

### **2.3. Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten**

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tangiert den Leistungskatalog und damit die Definition der Pflege nach KVG nicht. Trotz unveränderter Ausgangslage ergeben sich in Pflegeheimen allerdings Schwierigkeiten für die Umsetzung der Pflegefinanzierung: Wie auch in der Botschaft des Bundesrates zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung festgehalten, entzieht sich die pflegerische Tätigkeit in der Praxis einer scharfen Abgrenzung von Betreuungsleistungen, denn im Heimalltag gehen Pflege und Betreuung in der Regel einher. Die Finanzierungspflicht gemäss der vorliegenden Gesetzesvorlage beschränkt sich jedoch auf die Restfinanzierung der Kosten für die Pflege nach KVG bzw. nach Art. 7 Abs. 2 KLV. Betreuungs- und Pensionskosten fallen nicht darunter. Deshalb sind alle Akteure gefordert, für eine einheitliche und gesetzeskonforme Bemessung, Kostenermittlung und Abrechnung der Pflegeleistungen zu sorgen.

### **2.4. Anrechenbare Pflegekosten**

In der Bundesgesetzgebung sind keine Höchstgrenzen für Pfl egetaxen festgelegt. Der Gesetzgeber hat es den Kantonen überlassen, die konkrete Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung und insbesondere die Restfinanzierung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG zu regeln. Es besteht damit ein legitimes Interesse, auf die Kostenentwicklung im Bereich der Pflege Einfluss zu nehmen und finanzielle Fehlanreize für die Leistungserbringer zu vermeiden. Es ist deshalb angezeigt, Höchst- oder Normansätze für die Pfl egetaxen festzulegen. Zahlreiche Kantone haben eine Begrenzung der anrechenbaren Pflegekosten vorgenommen. Insbesondere bei der Festlegung von Normansätzen sieht die eidgenössische Preisüberwachung jedoch eine Verletzung des Tarifschutzes nach Art. 44 KVG. Die eidgenössische Preisüberwachung hält fest, dass die Restkosten der KVG-pflichtigen Pflege zwingend heimspezifisch zu ermitteln sind. Die Kostenträgerrechnung habe dabei den Anforderungen des KVG zu genügen. Mit der Einführung von Tarifobergrenzen bei der KVG-pflichtigen Pflege könnte gemäss Preisüberwachung eine Verrechnung ungedeckter Kosten auf die Kostenträger Betreuung oder Pension hervorgerufen werden. Diese Befürchtungen sind nicht unbegründet. Dennoch ist eine unbegrenzte



Anerkennung der individuellen Pflegekosten eines jeden Pflegeheims keine Alternative. Es ist auch zu gewährleisten, dass Steuergelder ausschliesslich zur Deckung von anerkannten Pflegekosten nach Art. 7 Abs. 2 KLV verwendet und die Pflegeleistungen nach Art. 32 KVG wirtschaftlich erbracht werden. Nach Art. 49 Abs. 8 in Verbindung mit Art. 50 KVG sind dazu Betriebsvergleiche durchzuführen. Diese dienen der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG und stellen damit eine wesentliche Basis für die Tarifierung dar. Die Pflegekosten und ein allfälliges Kostendach für die Restfinanzierung dürfen nicht willkürlich und systematisch zu tief festgelegt werden, sondern bedürfen einer betriebswirtschaftlichen Grundlage.

Wie oben dargelegt, ist bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung dem Tarifschutz nach Art. 44 KVG Nachachtung zu verschaffen. Es ist aber auch zu gewährleisten, dass Steuergelder ausschliesslich zur Deckung von anerkannten Pflegekosten verwendet und die Pflegeleistungen nach Art. 32 KVG wirtschaftlich erbracht werden. Das Restfinanzierungsmodell muss diesen beiden Zielsetzungen genügen. Der Gesetzgeber hat geeignete Massnahmen zu ergreifen, dass die Restfinanzierung ausschliesslich Pflegekosten betrifft, die Pflegeleistungen wirtschaftlich erbracht werden und der Tarifschutz durch die Pflegeheime eingehalten wird.

Eine normative Festlegung der Pfelegtarife für sämtliche Pflegeheime wäre ein grosser Eingriff in die Preisgestaltung und würde keine wirtschaftliche Leistungserbringung gewähren. Die Festlegung eines Kostendachs mittels Höchstansätzen hat sich dagegen bereits in anderen Bereichen, insbesondere bei den EL, bewährt. Damit werden die effektiven Pflegekosten je Pflegeheim bis zu einem je Pflegestufe festgelegten maximalen Kostendach vergütet. Sofern die effektiven Kosten tiefer sind, werden diese verrechnet. Diese Höchstansätze sollen wie bei den EL auf Verordnungsstufe festgelegt werden. Grundlage für die Festlegung der anrechenbaren Pflegeleistungen bilden die Kostenrechnungen der Pflegeheime, welche diese bereits heute nach Krankenversicherungsrecht und seit 1. Januar 2015 durch Erlass von Richtlinien zur Kostenrechnung des Departements Gesundheit nach einem einheitlichen Standard erstellen müssen. Diese Kostenrechnungen sollen von den Einrichtungen nach qualitativ einheitlichem Standard geführt werden und können im Controlling für die Überwachung einheitlicher und korrekter Abgrenzungen zwischen Pflege- und Betreuungskosten herangezogen werden. Die Schaffung dieser Leistungs- und Kostentransparenz auch gegenüber dem Kanton ist notwendig, um den Tarifschutz nach Art. 44 KVG sicherzustellen.

### **2.5. Beiträge der Krankenversicherungen sowie der versicherten Personen**

Sowohl die Höhe des Beitrags der Krankenversicherer als auch des maximalen Beitrags der versicherten Personen sind betragsmässig durch das Bundesrecht bestimmt (vgl. Kapitel A, Ziff. 2.1.). Pflegebedürftigen Personen im Pflegeheim dürfen nach Art. 25a Abs. 5 KVG von den Gesamtpflegekosten im Sinn von Art. 7 Abs. 2 KLV maximal 20 Prozent des höchsten vom Bund für die Krankenversicherer festgelegten Pflegebeitrags je Tag überwält werden. Bei der Krankenpflege im Pflegeheim entspricht dies derzeit Fr. 21.60 (Art. 7a Abs. 3 KLV; 20 Prozent von Fr. 108.–). Die bundesrechtliche Formulierung bedeutet, dass es grundsätzlich auch möglich wäre, den pflegebedürftigen Personen tiefere oder keine Pflegekosten zu überwält. Dies würde eine entsprechende Mehrbelastung der Gemeinden bei der Restfinanzierung bedeuten.

Zu beachten gilt, dass pflegebedürftige Personen zusätzlich zum Beitrag an die Pflegekosten weiterhin die Pensions- und Betreuungskosten zu tragen haben. Trotzdem können mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung vor allem Bewohner und Bewohnerinnen mit hohem Pflegebedarf von einer deutlichen finanziellen Entlastung profitieren.



Die neu den Gemeinden zu tragende Restfinanzierung umfasst nach Art. 25a Abs. 5 KVG sämtliche Pflegekosten, die nicht durch den Beitrag der Sozialversicherungen und den Beitrag der pflegebedürftigen Person gedeckt sind. Dabei gelten Beiträge der EL und HE nicht als Sozialversicherungen im Sinne der neuen Bestimmungen, sondern dienen den versicherten Personen zur Deckung ihres Beitrags an die Pflege- und Betreuungskosten. Die neue Restfinanzierung von Pflegekosten durch die Gemeinden ist hingegen finanzbedarfsunabhängig auszurichten und demgemäss der EL vorgelagert.

### **2.6. Durchführung und Rechnungsstellung**

Wie bisher sollen die Pflegeheime den betroffenen Leistungsbezügern oder Leistungsbezügerinnen, den für sie zuständigen Krankenversicherungen sowie den für die Restfinanzierung zuständigen Gemeinden Rechnung stellen. Die versicherten Personen sollen sodann mit der für sie zuständigen Ausgleichskasse abrechnen.

### **2.7. Controlling und Kostenrechnung**

Die Berechnung der Restfinanzierung soll in Appenzell Ausserrhoden auf den individuellen Pflegekosten je Pflegeheim basieren, aber durch ein Kostendach je Pflegestufe begrenzt werden. Damit müssen die von den Heimen ausgewiesenen Pflegekosten nicht nur daraufhin geprüft werden, ob sie tatsächlich angefallen sind, sondern auch, ob sie bei Einhaltung der geforderten Qualität auch wirtschaftlich vertretbar sind. Dazu muss gegenüber der mitfinanzierenden öffentlichen Hand Kosten- und Leistungstransparenz hergestellt werden, sodass eine Prüfung der abgeltungsrechtlichen Vorgaben im Bereich der Finanzierung möglich wird. Eine verantwortungsvolle Aufgabenerfüllung durch Gemeinden und Kanton bedingt deshalb, dass ihnen die dazu erforderlichen Informationen und Daten zur Verfügung stehen.

Nach Art. 27 Abs. 2 KV sind bestehende wie neue Aufgaben dauernd daraufhin zu überprüfen, ob sie notwendig und finanzierbar sind sowie wirtschaftlich und zweckmässig erfüllt werden. Dazu sind vom Regierungsrat und den Departementen vielfältige Controllingaufgaben wahrzunehmen. Der Regierungsrat stützt sich dabei auf die im deutschen Sprachraum am meisten verbreitete Definition von Controlling ab, worunter Controlling der gesamte Prozess der Zielfestlegung, Planung und Steuerung verstanden wird. Das Controlling soll in erster Linie die Führungskräfte in ihren Führungsaufgaben (definieren, regeln, planen, entscheiden und steuern) unterstützen. Im vorliegenden Gesetzesentwurf wird das Controlling als Instrument zur externen Überwachung, Planung und Steuerung von Ausgaben der öffentlichen Hand für den Aufenthalt von Personen in Alters- und Pflegeheimen (Subjektfinanzierung) eingesetzt. Aus Sicht des Regierungsrates macht es Sinn, das Controlling in einer zentralen Organisationseinheit wahrzunehmen.

Für die auf der Pflegeheimliste zugelassenen Pflegeheime sind durch den Regierungsrat nach Art. 52e lit. d die massgeblichen Indikatoren für das Reporting und Controlling sowie die Anforderungen an die Qualitätssicherung seitens der Leistungserbringer zu bestimmen. Dabei ist durch den Kanton auf einheitliche Kriterien hinzuwirken.

Die zuständige Organisationseinheit ist für die Erarbeitung von Planungs- und Steuerungsgrundlagen für wiederkehrende Ausgaben der öffentlichen Hand verantwortlich. Dies wird insbesondere durch eine vereinfachte



betriebsübergreifende Vergleichbarkeit ganzer Kostenblöcke bei den Leistungserbringern und mit der Ausrichtung auf eine kennzahlengestützte Analyse erreicht.

Das Controlling hat dazu hauptsächlich auf die nachfolgenden Interessen einzugehen:

- Erarbeiten eines Kennzahlenkatalogs zur Auswertung der Kostenrechnungen
- kennzahlenbasierende Prüfung der Kostenrechnungen und Prüfung von kostenrelevanter Pflegekostenverrechnung innerhalb der kantonal geltenden Höchstansätze
- Ermittlung von kantonalen Mittelwerten
- regelmässiges, normiertes Reporting

Im Bereich der stationären Pflege soll das finanzielle Controlling weiterhin zentral durch das zuständige Departement vorgenommen werden. Hierbei sind die Synergien zum bereits bestehenden Controlling von Einrichtungen, welche der Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen vom 13. Dezember 2002 (IVSE) unterstellt sind, zu nutzen.

Um den administrativen Aufwand für die Beteiligten möglichst gering halten zu können, soll sich das Controlling auf Auszüge aus der für die Einrichtungen bereits in Art. 11 der eidgenössischen Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (VKL; SR 832.104) vorgeschriebenen und nach einheitlichem Standard zu führenden Kostenrechnung abstützen. Die konkreten Bestimmungen sollen durch das zuständige Departement erlassen werden.

### **3. Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in der ambulanten Pflege**

#### **3.1. Zuständigkeit**

Auch die Restfinanzierung der Pflegekosten der ambulanten Pflege obliegt den Gemeinden. Durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung umfasst die Restfinanzierung durch die Gemeinden aber nicht nur die Pflegeleistungen von Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit einem Versorgungsauftrag einer Gemeinde, sondern aller Leistungserbringer, d.h. auch der privaten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause ohne Leistungsauftrag sowie der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen. Alle drei Gruppen der Leistungserbringer können Beiträge für die Deckung der Restfinanzierung bei den Gemeinden einfordern.

Die Kantone haben bei der Restkostenfinanzierung keinen Ermessensspielraum, der ihnen erlauben würde, Leistungen gemäss Art. 25a KVG und Art. 7 KLV an zusätzliche, nicht schon im KVG vorgesehene Bedingungen zu knüpfen. Sie sind verpflichtet, die Restkosten aller zugelassenen Leistungserbringer (mit oder ohne Leistungs- bzw. Versorgungsauftrag einer Gemeinde) zu bezahlen. Der Kanton oder die Gemeinden können nicht einzelne zugelassene Leistungserbringer von der Restfinanzierung der Pflege ausschliessen oder diese an Einschränkungen knüpfen, die nicht schon in der eidgenössischen Gesetzgebung zur OKP enthalten sind.



### 3.2. Anrechenbare Kosten

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tangiert den Leistungskatalog und damit die Definition der Pflege nach KVG nicht. Die Finanzierungspflicht gemäss der vorliegenden Gesetzesvorlage beschränkt sich auf die Restfinanzierung der Kosten für die Pflege nach KVG bzw. nach Art. 7 KLV. Gemeinwirtschaftliche Leistungen fallen nicht darunter.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen sind Leistungen, die im öffentlichen Interesse erbracht werden, die jedoch nicht einem bestimmten Leistungsbezüger oder einer bestimmten Leistungsbezügerin zugeordnet und verrechnet werden können, wie beispielsweise: Sicherstellung des Service Public (Versorgungspflicht für sämtliche Einwohnern und Einwohnerinnen des Einzugsgebietes, Annahme aller Aufträge und Erbringung der erforderlichen Leistung selbst oder in Zusammenarbeit mit geeignetem Partner), Sicherstellung einer bedarfsgerechten Koordination, Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung, Leistungen als Ausbildungsbetrieb.

Gemäss Art. 5 Abs. 1 lit. b GG gewährleisten die Gemeinden die Sicherstellung der Versorgung mit Diensten der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege (Hilfe und Pflege zu Hause). Zur Erfüllung dieses Sicherstellungsauftrags schliessen die Gemeinden weiterhin – je nach Bedarf – mit ausgewählten Organisationen Leistungsvereinbarungen zur Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen ab. Die Gemeinden bleiben zuständig für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Die Finanzierung der Restkosten der Pflege von Organisationen ohne Versorgungsauftrag einer Gemeinde (Finanzierung der Pflegerestkosten ohne gemeinwirtschaftliche Leistungen) und der Finanzierung von Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit Versorgungsauftrag (Finanzierung der Pflegerestkosten und der gemeinwirtschaftlichen Leistungen) hat nach spezifischen Vorgaben zu erfolgen. Die Vorgaben dazu sollen kantonal einheitlich erfolgen, so dass die Finanzierung der Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen in Appenzell Ausserrhoden bzw. der aller zugelassenen Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause im ganzen Kanton nach einheitlichen Kriterien erfolgt. Die konkrete Ausgestaltung der anrechenbaren Kosten ist auf Verordnungsstufe festzulegen.

Wie im Bereich der stationären Pflege (vgl. Abschnitt B, Ziff. 2.4.) dargelegt, ist bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung dem Tarifschutz nach Art. 44 KVG Nachachtung zu verschaffen. Es ist zu gewährleisten, dass die Pflegefinanzierung ausschliesslich zur Deckung von anerkannten Pflegekosten verwendet und die Pflegeleistungen nach Art. 32 KVG wirtschaftlich erbracht werden. Dazu soll der Regierungsrat auf Verordnungsstufe die Höchstansätze für die Pflegeleistungen nach Art. 7a Abs. 1 KLV von Organisationen ohne Versorgungsauftrag einer Gemeinde (Leistungserbringung von zugelassenen Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause) festlegen. Die Höchstansätze für die Pflegeleistungen sollen den effektiven Aufwand für die Leistung decken.

### 3.3. Beiträge der versicherten Personen

Die nach Abzug des Beitrages des Versicherers verbleibenden Pflegekosten dürfen teilweise den versicherten Personen verrechnet werden. In Appenzell Ausserrhoden beträgt der von den Leistungsbezügerinnen und -bezüger zu übernehmende Anteil derzeit 10 Prozent des höchsten vom EDI für die Krankenversicherer festgelegten Pflegebeitrags je Stunde, d.h. maximal 10 Prozent von Fr. 79.80. Somit haben die Leistungsbezüger



und Leistungsbezügerinnen derzeit nebst Selbstbehalt und Franchise je Tag maximal Fr. 8.– an die Pflegekosten der ambulanten Pflegeleistungen zu bezahlen.

Gemäss vorliegendem Gesetzesentwurf soll der Regierungsrat die Kompetenz erhalten, auf Verordnungsstufe den von den Leistungsbezügerinnen und -bezügerinnen zu übernehmende Anteil festzulegen. Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr ist keine Beteiligung vorgesehen.

### 3.4. Controlling und Kostenrechnung

Die Berechnung der Restfinanzierung soll in Appenzell Ausserrhoden wie im Bereich der stationären Pflege (vgl. Kapitel B, Ziff. 2.7.) auf den individuellen Pflegekosten je Leistungserbringer basieren, aber durch ein Kostendach je Pflegeleistung begrenzt werden. Damit müssen die von den Leistungserbringern ausgewiesenen Pflegekosten nicht nur daraufhin geprüft werden, ob sie tatsächlich angefallen sind, sondern auch, ob sie bei Einhaltung der geforderten Qualität auch wirtschaftlich vertretbar sind. Dazu muss gegenüber der mitfinanzierenden öffentlichen Hand Kosten- und Leistungstransparenz hergestellt werden, sodass eine Prüfung der abgeltungsrechtlichen Vorgaben im Bereich der Finanzierung möglich wird. Eine verantwortungsvolle Aufgabenerfüllung durch Gemeinden und Kanton bedingt deshalb, dass ihnen die dazu erforderlichen Informationen und Daten zur Verfügung stehen. Im Bereich der ambulanten Pflege soll dieses finanzielle Controlling wie in der stationären Pflege zentral durch den Kanton bzw. das zuständige Departement erfüllt werden.

### 3.5. Finanzierung von Tages- und Nachtstrukturen

In Art. 7 Abs. 2<sup>ter</sup> KLV ist vorgesehen, dass Pflegeleistungen ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden können. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden. Damit können zur Erbringung von KVG-Leistungen auch Anbieter von Tages- und Nachtstrukturen (in der Praxis meist als Tages- und Nachtstätten bezeichnet) zugelassen werden. Die Beiträge der OKP gelten je Tag oder je Nacht und entsprechen jenen, die Pflegeheimen ausgerichtet werden (Art. 7a Abs. 4 KLV). Für die Kostenübernahme, die anrechenbaren Pflegekosten sowie die Geltendmachung der Restfinanzierung gelten dieselben Regelungsmechanismen wie in Pflegeheimen.

Kriterium für die Abgrenzung zwischen stationärem Aufenthalt und Aufenthalt in Tages- und Nachtstrukturen ist die Dauer des Aufenthaltes. Bei stationärem Aufenthalt dauert dieser "rund um die Uhr" (24 Stunden). In Tages- und Nachtstrukturen erfolgt der Aufenthalt ausschliesslich während des Tages oder der Nacht (weniger als 24 Stunden).

## 4. Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in der Akut- und Übergangspflege

Was unter Akut- und Übergangspflege im Detail zu verstehen ist, wurde vom Bundesgesetzgeber weitgehend offen gelassen. Art. 25a Abs. 2 KVG hält aber ausdrücklich fest, dass die Leistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich als Akut- und Übergangspflege angeordnet werden, von den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand während längstens zwei Wochen zu vergüten sind (vgl. Abschnitt A, Ziff. 2.3.). Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege entsprechen inhalt-



lich grundsätzlich den Pflegeleistungen der Krankenpflege durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder im Pflegeheim.

Anders als bei der ambulanten und stationären Pflege werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (Art. 25a Abs. 2 KVG). Dies bedeutet faktisch, dass es sich bei der Akut- und Übergangspflege nicht um ein inhaltlich neues Pflegesegment, sondern um eine bestehende Leistung handelt, die anders finanziert wird.

### 4.1. Zuständigkeit

Nach Art. 25a KVG hat der Wohnkanton wenigstens 55 Prozent und die OKP höchstens 45 Prozent der Pflegeleistungen zu finanzieren. Die Formulierung von Art. 25a KVG schliesst eine Kostenbeteiligung der Gemeinden nicht aus, da der Bund bei einer Übertragung von Aufgaben an den Kanton nicht vorschreibt, wie die Kostenträgerschaft zwischen Kanton und Gemeinden aufgeteilt wird.

Die Akut- und Übergangspflege wird während längstens zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt und nach den Regeln der Spitalfinanzierung übernommen, wobei Versicherer und Leistungserbringer dazu Pauschalen vereinbaren sollen. Die Zuständigkeit für die Spitalfinanzierung obliegt dem Kanton. Im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung wurde das GG dahingehend geändert, dass die Finanzierung von Leistungen sowohl der stationären medizinischen Versorgung als auch der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton erfolgt (Art. 4 Abs. 1 lit a<sup>bis</sup> GG).

### 4.2. Zulassung als Leistungserbringer

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege können nach Art. 7 Abs. 3 KLV von stationären Einrichtungen (Pflegeheime), Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie Pflegefachpersonen erbracht werden. Spitäler (darunter fallen auch Rehabilitationskliniken) sind gemäss KLV keine zugelassenen Leistungserbringer für die Akut- und Übergangspflege. Da es sich bei der Akut- und Übergangspflege nicht um eine neue Leistung handelt, wird auf die Festlegung von Zulassungsbedingungen verzichtet. Leistungserbringer für die stationäre Akut- und Übergangspflege sind Pflegeheime, welche bis zur höchsten Pflegestufe zugelassen sind. Leistungserbringer für die ambulante Akut- und Übergangspflege sind Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause.

### 4.3. Durchführung und Rechnungsstellung

Der Kantonsanteil für die Leistungen der Akut- und Übergangspflege soll entsprechend der Mindestvorgabe des Bundes auf 55 Prozent festgelegt werden. In Anbetracht der Mehrbelastung, welche die neue Pflegefinanzierung zur Folge hat, drängt sich kein höherer Kantonsanteil auf. Wie in der Spitalfinanzierung soll der Regierungsrat ermächtigt werden, den Kantonsanteil zu erhöhen (vgl. die vorgeschlagene Änderung von Art. 7 Abs. 1 lit. i GG).



## 5. Notwendigkeit einer Verordnung

Zusätzlich zum neuen Gesetz über die Pflegefinanzierung (PFG) ist der Erlass einer Verordnung erforderlich. Darin sind sowohl die Bestimmungen des PFG näher auszuführen als auch die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie der Hilfe zu Hause gemäss den revidierten Bestimmungen im GG (Art. 7 Abs. 1 lit. j und Art. 5 Abs. 4 GG) zu konkretisieren. Die geplante Verordnung soll sich sowohl auf das PFG (für die pflegerischen Leistungen nach KVG) als auch auf das GG (für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die Hilfe zu Hause sowie die Akut- und Übergangspflege) abstützen.

## 6. Aufhebung und Revisionsbedarf bestehender Erlasse

### 6.1. Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung, wie sie heute in der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung geregelt ist, soll gemäss vorliegendem Gesetzesentwurf umgesetzt werden. Das Gesetz über die Pflegefinanzierung wird die Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung ersetzen; letztere wird mit Inkrafttreten des neuen Gesetzes aufgehoben.

### 6.2. Gesundheitsgesetz

Das GG enthielt bis Ende 2014 in Art. 3 Abs. 3 die Bestimmung, dass Kanton und Gemeinden die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (die Hilfe und Pflege zu Hause) leistungsbezogen gemeinsam finanzieren. Mit dem Anliegen, den Kanton von dieser Finanzierungspflicht zu entlasten, wurde diese Bestimmung mit Beschluss des Kantonsrats vom 16. Juni 2014 aufgehoben. Dabei wurde in Art. 4 GG, Aufgaben des Kantons, die finanzielle Beteiligung des Kantons für die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege gestrichen; Art. 5 GG, Aufgaben der Gemeinden, wurde unverändert beibehalten.

Mit den vorgenommenen Anpassungen wurde die Kostenträgerschaft für die leistungsbezogene Finanzierung der Hilfe und Pflege zu Hause geklärt, nicht aber, auf welcher Ebene Vorgaben für die anrechenbaren Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Hilfe zu Hause (stellvertretende Haushaltsführung, sozialbegleitende Unterstützung und Betreuung von Kindern) erfolgen sollen.

In der geltenden Verordnung über die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Spitex-Verordnung; bGS 812.113) wird die Finanzierung der Dienstleistungen der Spitex-Organisationen im Detail geregelt, ebenso das Verfahren. Mit den kantonalen Vorgaben konnte eine Gleichbehandlung aller Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen im Kanton sowie der anerkannten Spitex-Organisationen gewährleistet werden. Im Weiteren erfolgte die Prüfung der Kostenrechnungen und Abwicklung zentral, womit Personalressourcen und Fachwissen gebündelt werden konnte.

Im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Gesetzesentwurfs wurde festgestellt, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen für kantonale Vorschriften in diesem Bereich ungenügend sind, das heisst, dass die Kompetenz für den Kanton zur Legiferierung im Bereich der nicht KVG-pflichtigen Leistungen der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause fehlt. Regierungsrat und Vorstand der Gemeindepräsidienkonferenz Appen-



zell Ausserrhoden erachten die bestehende kantonale Lösung jedoch als zweckdienlich und sinnvoll. Insbesondere auch durch den Umstand in Appenzell Ausserrhoden, dass bei den drei grössten Spitex-Organisationen das Versorgungsgebiet drei, sechs und neun Gemeinden umfasst. Die Bestimmung des Finanzierungsmodells des Verfahrens je Versorgungseinheit wäre für die Vielzahl der involvierten Gemeinden sowie für die Leistungserbringer aufwendig. Im Weiteren wäre eine Gleichbehandlung aller Leistungsbezüglerinnen und Leistungsbezügler in Appenzell Ausserrhoden nicht mehr gewährleistet.

Mit dem vorliegenden Erlass soll daher eine Bestimmung im GG aufgenommen werden, welche dem Kanton die Kompetenz einräumt, im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause, soweit es nicht den Vollzug des KVG betrifft, hoheitlich Vorschriften zu erlassen, welche für die Gemeinden bindende Vorgaben beinhalten (Art. 7 Abs. 1 lit. j GG).

In Art. 5 Abs. 4 GG wird unter anderem ausgeführt, dass die Gemeinden die Finanzierung der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege regeln. In diesem Bereich ist das GG durch die Aufnahme des vorher genannten Art. 7 Abs. 1 lit. j GG anzupassen. Bei der erwähnten Norm ist ein Vorbehalt der übergeordneten Vorschriften zu verankern.

Mit dem Erlass der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung wurde festgelegt, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege vom Kanton finanziert werden sollen und dass der kantonale Anteil 55 Prozent betragen soll (Art. 18 der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung). Im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung wurde der Grundsatz der Finanzierung dieser Leistungen durch den Kanton auch im GG verankert (Art. 4 Abs. 1 lit. a<sup>bis</sup> GG). Das soll grundsätzlich so belassen werden. Der Regierungsrat soll neu aber die Kompetenz erhalten, die Beteiligung des Kantons, entsprechend der Regelung bei der Spitalfinanzierung, über das bundesrechtliche Minimum hinaus auf über 55 Prozent zu erhöhen (Art. 7 Abs. 1 lit. i GG).



## C. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

### Art. 1 Zweck

Nach Art. 25a KVG haben die Kantone die Restfinanzierung der Pflegeleistungen zu regeln. Der Erlass regelt demgemäss die Umsetzung der bundesrechtlichen Bestimmungen über die Pflegefinanzierung.

### Art. 2 Stationäre Pflege

#### a) Rechnungsstellung

Die vielschichtige Tätigkeit in Pflegeheimen erschwert in der Praxis eine klare Abgrenzung zwischen pflegerischen und nicht-pflegerischen Leistungen. In Art. 2 werden daher die Kosten, die von einem Pflegeheim in Rechnung gestellt werden, in Kosten für Pflegeleistungen und Kosten für nicht-pflegerische Leistungen unterteilt. Als Pflegekosten nach Art. 2 Abs. 1 lit. a gelten dabei Kosten, welche dem Pflegeheim für erbrachte Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstanden sind. Unter Kosten für nicht-pflegerische Leistungen nach Art. 2 Abs. 1 lit. b fallen die Kosten für Betreuung, Pension (Unterkunft und Verpflegung) sowie weitere Leistungen.

Diese Unterteilung ist notwendig, da die Kosten für Pflegeleistungen und die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen unterschiedlich finanziert werden. Während die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen vollständig von der versicherten Person übernommen werden müssen, werden die Kosten für Pflegeleistungen nach den Regeln der neuen Pflegefinanzierung nach Art. 25a KVG abgegolten. Die Gemeinden übernehmen dabei die nach Abzug des Beitrags der OKP sowie des Beitrags der versicherten Person verbleibenden Pflegekosten. Um die Finanzierung der verbleibenden Pflegekosten durch die Gemeinden im Sinne von Art. 25a KVG sicherzustellen, ist eine Unterscheidung der gesamten Kosten, die von einem Pflegeheim in Rechnung gestellt werden, notwendig.

### Art. 3 b) Beitrag der versicherten Person

In Art. 3 Abs. 1 wird der Beitrag der versicherten Person an die Kosten für Pflegeleistungen geregelt. Dieser Beitrag beträgt die nicht durch die OKP gedeckten Pflegekosten, maximal aber 20 Prozent des höchsten nach Art. 7a Abs. 3 KLV zu übernehmenden Pflegebeitrags. Der Beitrag der versicherten Person ist demnach nur geschuldet, wenn die Krankenversichererbeiträge sowie allfällige weitere Sozialversicherungsbeiträge die Pflegekosten nicht decken.

### Art. 4 c) Restfinanzierung

Die Restfinanzierung in der stationären Pflege obliegt den Gemeinden. Art. 4 bestimmt diejenige Gemeinde, welche im Einzelfall für die Beteiligung an der Finanzierung von Leistungen zuständig ist. Im vorliegenden Gesetzesentwurf gilt als zuständige Gemeinde jene Gemeinde, in welcher die versicherte Person vor dem erstmaligen Heimeintritt den zivilrechtlichen Wohnsitz hatte. Innerkantonale wird somit das Herkunftsprinzip verwirklicht. Das interkantonale Verhältnis kann Appenzell Ausserrhoden nicht alleine gestalten. Deshalb wird auf das Bundesrecht verwiesen. Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei interkan-



tonalen Sachverhalten das Standortprinzip anzuwenden (vgl. die Ausführungen zu Standort- und Herkunftsprinzip in Abschnitt B, Ziff. 2.1.).

### Art. 5 **Ambulante Pflege**

#### a) Rechnungsstellung

In Art. 5 werden die Kosten, die von einer Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause oder von einer freiberuflich tätigen Pflegefachperson in Rechnung gestellt werden, in Kosten für Pflegeleistungen und in nicht-pflegerische Leistungen unterteilt. Als Pflegekosten nach Art. 5 Abs. 1 lit. a gelten Kosten, die nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstanden sind. Alle übrigen Kosten sind als nicht-pflegerische Kosten in Rechnung zu stellen.

Diese Unterteilung ist notwendig, da die Kosten für Pflegeleistungen und die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen unterschiedlich finanziert werden. Während die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen von der versicherten Person übernommen werden müssen, werden die Kosten für Pflegeleistungen nach den Regeln der neuen Pflegefinanzierung nach Art. 25a KVG abgegolten. Die Gemeinden übernehmen dabei die nach Abzug des Beitrags der OKP sowie des Beitrags der versicherten Person verbleibenden Pflegekosten. Um die Finanzierung der verbleibenden Pflegekosten durch die Gemeinden im Sinne von Art. 25a KVG sicherzustellen, ist eine Unterscheidung der gesamten Kosten, die von den Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden, notwendig.

#### Art. 6 b) Beitrag der versicherten Person

In Art. 6 wird der Beitrag der versicherten Person an den Pflegekosten geregelt. Der durch die versicherte Person je Tag zu leistende Beitrag ist auf der Grundlage der durch Bundesrecht vorgesehenen Vergütungsform zu beschränken. Der Beitrag der versicherten Person ist nur geschuldet, wenn die Beiträge des Krankenversicherers die Pflegekosten nicht decken.

Die Kompetenz zur Festlegung des Beitrags der versicherten Person soll dem Regierungsrat als Verordnungsgeber übertragen werden.

Gemäss vorliegendem Gesetzesentwurf wird auf die Einforderung des Pflegebeitrages von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren verzichtet.

#### Art. 7 c) Restfinanzierung

Die Restfinanzierung der ambulanten Pflege obliegt den Gemeinden. Art. 7 bestimmt diejenige Gemeinde, welche im Einzelfall für die Beteiligung an der Finanzierung von Leistungen zuständig ist. Im vorliegenden Gesetzesentwurf gilt als zuständige Gemeinde jene Gemeinde, in welcher die versicherte Person zum Zeitpunkt des Leistungsbezugs von einer Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat.



### Art. 8 Höchstansätze der Pflegekosten

Das Bundesrecht sieht trotz Vorgabe der wirtschaftlichen Leistungserbringung keine Limitierung der Pflegekosten vor, weshalb dies auf kantonaler Ebene nachzuholen ist. Andernfalls wäre die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nach KVG kaum umsetzbar. Der Regierungsrat hat dazu gemäss Art. 8 Abs. 1 die Höchstansätze für die Pflegekosten festzulegen. Damit werden die maximal zu finanzierenden Restkosten für die Pflegeleistungen bestimmt. Die Höchstansätze sind je Pflegebedarf (stationäre Pflege je Tag; ambulante Pflege je Stunde) im Sinne eines Maximalbetrags unter Berücksichtigung der Teuerung zu bestimmen. Grundlage bilden die Kostenrechnungen der Leistungserbringer. Die Höchstansätze unterliegen regelmässigen Anpassungen. Deshalb sollen diese nicht vom Gesetzgeber erlassen, sondern durch den Regierungsrat mittels Verordnung festgelegt werden. Vor Festlegung der Höchstansätze durch den Regierungsrat sollen die Gemeinden angehört werden, da sie Träger der Pflegerestkosten sind.

Der Regierungsrat soll, gestützt auf diese Kompetenznorm, auf Verordnungsstufe auch Regelungen erlassen können, um den anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer für die Pflegekosten bestimmen zu können. Diese Möglichkeit muss insbesondere zur Prüfung und Umsetzung der Empfehlungen der eidgenössischen Preisüberwachung vorgesehen werden. Diese Bestimmungen können auch beinhalten, dass für spezialisierte Leistungsangebote mit erhöhten Anforderungen an die Pflege Regelungen für die Finanzierung von Zuschlägen möglich sind.

In der Schweiz werden zurzeit drei Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs angewendet (BESA, RAI-RUG und PLAISIR). 2012 haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG), CURAVIVA, die Krankenversicherer und die GDK eine Empfehlung zur Kalibrierung der Instrumente BESA und RAI-RUG erlassen. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Systeme ist aktuell noch nicht absehbar. Zumindest innerkantonale braucht es jedoch eine Konsistenz zwischen den zur Anwendung kommenden Instrumenten und dem Abgeltungssystem. Die Ermächtigung des Regierungsrates zur Festlegung der Höchstansätze umfasst auch, das System oder die Systeme zur Erhebung des Pflegebedarfs festzulegen.

### Art. 9 Ausserkantonale Leistungserbringer

Art. 9 hält fest, dass bei Pflegeleistungen für Personen mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden durch ausserkantonale Leistungserbringer höchstens die für die Leistungserbringer im Kanton Appenzell Ausserrhoden geltenden Kostenansätze angewendet werden. Damit wird sichergestellt, dass bei der Pflege durch ausserkantonale Leistungserbringer im Sinn der Rechtsgleichheit die gleichen Kostenansätze wie für ausserrhodische Leistungserbringer gelten.



## D. Auswirkungen

### 1. Auf die Gesetzgebung

Das neue PFG erfordert den Erlass einer Verordnung. Darin sind sowohl die Bestimmungen des PFG näher auszuführen als auch die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie der Hilfe zu Hause gemäss den revidierten Bestimmungen im GG (Art. 7 Abs. 1 lit. j und Art. 5 Abs. 4 GG) zu konkretisieren. Die geplante Verordnung soll sich sowohl auf das PFG (für die pflegerischen Leistungen gemäss KVG) als auch auf das GG (für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die Hilfe zu Hause sowie die Akut- und Übergangspflege) abstützen.

Die bestehende Spitex-Verordnung wird beim Inkrafttreten der neu zu schaffende Verordnung materiell ersetzt und aufgehoben werden.

### 2. Personell

Der Vollzug des vorliegenden Gesetzesentwurfs erfordert gemäss heutigem Kenntnisstand keine zusätzlichen Personalressourcen. Im Rahmen der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung (Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung) erfolgte ein Ausbau der Personalressourcen im Bereich Controlling im Amt für Soziale Einrichtungen im Umfang von 75 Stellenprozenten.

### 3. Organisatorisch

Der Vollzug des vorliegenden Gesetzesentwurfes erfordert keine organisatorischen Änderungen. Das Departement Gesundheit (ab 1. Januar 2016 Departement Gesundheit und Soziales) wird als zuständiges Departement mit dem Vollzug betraut. Die Zuständigkeit für das Controlling liegt beim Amt für Soziale Einrichtungen (ab 1. Januar 2016 Amt für Soziales).

### 4. Finanzielle Auswirkungen

Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung ab 1. Januar 2011 brachte insbesondere für die Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege sowie der Restfinanzierung der stationären Pflege finanzielle Mehrbelastungen für Kanton und Gemeinden. Vor der Neuordnung der Pflegefinanzierung hatten Kanton und die Gemeinden im Bereich der Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen keine Finanzierungspflichten. Die Leistungskategorie der Akut- und Übergangspflege wurde mit der Neuordnung neu eingeführt. Jedoch leisteten die Gemeinden und der Kanton (bis 2014) an Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit einem Versorgungsauftrag bereits Beiträge an die Pflegerestkosten. Die durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung verursachten Mehrkosten von Kanton und Gemeinden werden in den folgenden Ziffern dargestellt.



### 4.1. Kostenträgerschaft im Überblick

Während die Zuständigkeit bei den EL (Kanton und Gemeinden tragen die Kosten je zur Hälfte) und bei der ambulanten Pflege (einen Drittel Kanton und zwei Drittel Gemeinden) vor Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 bereits geregelt waren, galt es in der Vorläufigen Verordnung der Pflegefinanzierung insbesondere die Zuständigkeiten für die Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege sowie der Restfinanzierung der stationären Pflege zu klären. Aufgrund des Versorgungsauftrages des Kantons für die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung (Art. 4 GG) und der Finanzierungspflicht für die stationäre medizinische Versorgung (Spitalfinanzierung) wurde die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege dem Kanton übertragen (Art. 4 Abs. 1 lit. a<sup>bis</sup> GG).

Aufgrund des Sicherstellungsauftrags der Gemeinden für die Versorgung mit Alters- und Pflegeheimen (Art. 5 Abs. 1 lit. a GG) wurde die Restfinanzierung der stationären Pflege den Gemeinden übertragen.

Diese mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 gewählte Zuständigkeitsregelung wurde im Rahmen des Entlastungsprogramms 2015 korrigiert. Da in Appenzell Ausserrhoden die Gemeinden die Sicherstellung sowohl für das ambulante als auch stationäre Pflege- und Betreuungsangebot wahrnehmen (Art. 5 Abs. 1 lit. a und b GG), gelangte der Regierungsrat aufgrund dieser Zuständigkeitsregelung zur Auffassung, dass grundsätzlich die Gemeinden für die Pflegefinanzierung (mit Ausnahme der Akut- und Übergangspflege) zuständig seien. Der Kantonsrat ist dieser Argumentation mit Beschluss vom 16. Juni 2014 gefolgt.

Diese heute geltende Zuständigkeit – Spitalfinanzierung und Finanzierung der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton, Pflegefinanzierung (Restkosten der ambulanten und stationären Pflege) durch die Gemeinden – soll gemäss dem vorliegenden Gesetzesentwurf unverändert weitergeführt werden.

### 4.2. Kostenentwicklung

Der Anteil der älteren Menschen an unserer Gesellschaft wird in den nächsten Jahrzehnten weiterhin stark wachsen. Die Szenarien des Bundesamtes für Statistik zur Bevölkerungsentwicklung in den Kantonen prognostizieren für Appenzell Ausserrhoden einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen über 65 Jahren. Gemäss diesen Prognosen werden in Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2030 29 % der Einwohner und Einwohnerinnen das Rentenalter erreicht haben. Die Gesundheitskosten steigen mit dem Alter stark an. Mit dem Zuwachs der älteren und insbesondere hochbetagten Bevölkerung wächst der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen, womit mehr Leistungen sowohl in der stationären als auch ambulanten Pflege beansprucht werden. Dies wird sowohl in den Aufwendungen für die Pflegekosten als auch den Ergänzungsleistungen zu jährlichen Kostensteigerungen führen.

Hinzu kommt, dass die vom Bund fixierten Beiträge der Krankenversicherer seit Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht angepasst wurden. Vor dem Hintergrund der Kostendebatte im Gesundheitswesen muss davon ausgegangen werden, dass auch mittelfristig die Beiträge der Krankenversicherer keiner Anpassung unterzogen werden. Nachdem auch der Beitrag der Pflegebedürftigen an die fixen Beiträge der



Versicherer gekoppelt ist, sind die Kostensteigerungen vollumfänglich durch die Restfinanzierenden, in Appenzell Ausserrhoden durch die Gemeinden, zu tragen.

### 4.3. Datenlage

Wie unter Abschnitt B, Ziff. 2.7. und 3.4. (Controlling und Kostenrechnung) ausgeführt, ist gemäss dem vorliegenden Gesetzesentwurf die zuständige Organisationseinheit für das Controlling beauftragt, eine kennzahlenbasierende Prüfung der Kostenrechnungen und Prüfung von kostenrelevanter Pflegekostenverrechnung innerhalb der kantonale geltenden Höchstansätze vorzunehmen, die kantonalen Mittelwerte bei den Hauptkostenträgern zu ermitteln und darüber Bericht zu erstatten.

In Appenzell Ausserrhoden wurde im Bereich der Alters- und Pflegeheime bis Ende 2014 auf die Vorgabe einer Einheitlichkeit sowohl in der Rechnungslegung und Kostenrechnung als auch deren Prüfung und Auswertung verzichtet.

Die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit einem Leistungsauftrag einer Gemeinde führen eine Kostenrechnung nach dem Branchenstandard des Spitexverbands Schweiz. Zur Ermittlung der Kantons- und Gemeindebeiträge wurde auf eine detaillierte Kostenauswertung wie z.B. für die Pflege nach KVG, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die Leistungen der Hilfe zu Hause (stellvertretende Haushaltführung, sozialbegleitende Unterstützung und die Betreuung von Kindern) sowie ergänzende Dienstleistungen (Mahlzeiten-dienst, Krankenmobilen) verzichtet.

Die Ausgleichskasse und IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden verfügt aktuell über keine Daten, welche die Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung darlegen könnte. Bei den Bezügerinnen und Bezüger von EL wird nicht erfasst, ob es sich um eine Person handelt, die zu Hause oder in einem Alters- und Pflegeheim lebt.

Der Regierungsrat beurteilt die Datenlage insgesamt als unbefriedigend und ungenügend. Zur Herstellung der Kostentransparenz bei der Mitfinanzierung der öffentlichen Hand beim Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim (Restfinanzierung Pflege und Ergänzungsleistungen an Bewohnende) sowie den Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause (Pflegerestkosten, gemeinwirtschaftliche und weitere Leistungen) soll mittels den im vorliegenden Bericht und Gesetzesentwurf beschriebenen Instrumenten und Zuständigkeiten die Situation verbessert werden (vgl. Abschnitt B, insbesondere Ausführungen zu den anrechenbare Kosten, Ziff. 2.4. und 3.2., sowie zu Controlling und Kostenrechnung, Ziff. 2.7 und 3.4.).



## 4.4. Kostenentwicklung in der stationären Pflege

Die Gemeinden in Appenzell Ausserrhoden leisteten in den Rechnungsjahren 2011 - 2013 (die Zahlen für 2014 sind noch nicht verfügbar) folgende Beiträge an die Pflegerestkosten für Ausserrhoder und Ausserrhoderinnen in inner- und ausserkantonalen Alters- und Pflegeheimen:

Gemeinde	2011 CHF	2012 CHF	2013 CHF
Bühler	110'055	83'886	86'986
Gais	396'935	327'635	339'421
Grub	63'041	91'916	137'968
Heiden	488'576	533'566	537'968
Herisau	1'415'963	1'524'597	2'016'479
Hundwil	34'639	52'613	75'290
Lutzenberg	53'377	62'790	99'604
Rehetobel	208'164	232'848	331'040
Reute	21'934	19'635	38'102
Schönengrund	21'978	9'394	31'769
Schwellbrunn	162'503	169'147	213'693
Speicher	284'317	355'269	427'618
Stein	76'956	97'999	106'334
Teufen	593'615	696'377	950'769
Trogen	289'200	308'700	363'000
Urnäsch	265'639	246'246	297'327
Wald	38'478	37'488	41'901
Waldstatt	128'704	142'007	179'609
Walzenhausen	239'520	232'892	227'181
Wolfhalden	201'003	220'979	246'785
<b>Total</b>	<b>5'094'597</b>	<b>5'445'984</b>	<b>6'748'844</b>

Einwohner am 31.12.	53'313	53'438	53'691
Kosten je Einwohner / Jahr	95.56	101.91	125.70



## 4.5. Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege

Die Beiträge an die Pflegerestkosten für Ausserrhoder und Ausserrhoderinnen werden nicht spezifisch erfasst. Die Gemeinden und der Kanton (bis 2014) leisten an Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit einem Versorgungsauftrag neben den Pflegerestkosten auch Beiträge an die Kosten der Hilfe zu Hause (d.h. die stellvertretende Haushaltsführung, die sozial-begleitende Unterstützung und die Betreuung von Kindern) sowie Beiträge an die Stützpunkt-Leitungen.

Kanton und Gemeinden richteten in den Jahren 2011 – 2013 (die Zahlen für 2014 sind noch nicht verfügbar) folgende Beiträge an die Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause aus:

<b>Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit Versorgungsauftrag</b>	<b>2011</b> CHF	<b>2012</b> CHF	<b>2013</b> CHF
Beitrag Kanton	495'474	689'909	998'809
Beitrag Gemeinden	997'627	1'385'187	1'998'005
<b>Total Kanton und Gemeinden</b>	<b>1'493'101</b>	<b>2'075'096</b>	<b>2'996'814</b>
<hr/>			
Einwohner am 31.12.	53'313	53'438	53'691
Kosten je Einwohner / Jahr in CHF	28.01	38.83	55.82

In der dargestellten Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege und Hilfe zu Hause sind die Leistungen und Kosten der Organisationen ohne Versorgungsauftrag sowie der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen nicht enthalten. Betragsmässig sind die nicht enthaltenen Kosten im Verhältnis zu den Organisationen mit Leistungsauftrag gering. Zum anrechenbaren Ertrag wurden neben der Kostenbeteiligung durch Krankenversicherer und versicherte Personen auch Spenden und Legate eingerechnet. Vor allem die freiwilligen Einlagen haben in den vergangenen Jahren zu tieferen Kantons- und Gemeindebeiträgen geführt.

Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht vor, Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von der Beitragspflicht zu befreien. Der Einsatz der Kinderspitex in Appenzell Ausserrhoden wurde in den vergangenen Jahren in der Statistik nicht dargestellt. Gemäss Auskunft der Kinderspitex wurden in den Jahren 2013 und 2014 jeweils zwei bis fünf Kinder an insgesamt etwa 300 Tagen je Jahr von der spezialisierten Kinderspitex betreut. Auch der Anteil der geleisteten Stunden von nicht spezialisierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause bei Kindern und Jugendlichen dürfte sehr gering sein. Die Kostenfolgen können nicht beziffert werden, sie werden jedoch als geringfügig eingeschätzt.



## 4.6. Kostenentwicklung in der Akut- und Übergangspflege

Der Kanton richtete in den Jahren 2011 – 2014 folgende Beiträge an die Leistungen der Akut- und Übergangspflege aus:

	2011 CHF	2012 CHF	2013 CHF	2014 CHF
Stationäre Akut- und Übergangspflege	0	0	0	1'032
Ambulante Akut- und Übergangspflege	0	27'270	26'546	39'200
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>27'270</b>	<b>26'546</b>	<b>40'232</b>

## 4.7. Kostenentwicklung bei den Ergänzungsleistungen

Die Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die EL waren vielfältig:

Die Erhöhung der Vermögensfreibeträge durch das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung führte zu einer Erweiterung des Kreises der EL-Anspruchsberechtigten und damit zu geringen EL-Mehrkosten.

Mit Übernahme der Restfinanzierung der stationären Pflege wurde ein den EL vorgelagerter Kostenträger installiert. Die Pflegebedürftigen, die vor Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung aufgrund der durch sie zu tragenden hohen Pflegekosten (und Kosten für Pension und Pflege) durch Pflegeheimaufenthalte in grösserem Umfang auf EL angewiesen waren, wurden entlastet. Deshalb erfuhren die EL eine Entlastung bei der bedarfsabhängigen Finanzierung der Pflegekosten. Die restlichen EL-Beiträge für Pflegeheimbewohnende betreffen die Deckung von Betreuungs- und Pensionskosten.

Die Ausgleichskasse und IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden verfügt aktuell über keine Daten, welche die Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung darlegen könnten. Eine Berechnung der EL-Entlastung ist deshalb nicht möglich.

Da mit Inkrafttreten der Neuordnung die Pflegebedürftigen im Bereich der ambulanten Pflege zur Mitfinanzierung verpflichtet wurden, hat dies auch zu einer Mehrbelastung bei den EL geführt. Diese Kostenfolgen können nicht beziffert werden, sind aber im Vergleich zu den anderen Kostenfolgen als gering einzustufen.



Die nachfolgende Tabelle zeigt die Zahl Bezüger und Bezügerinnen von EL bzw. Dossiers (Einzelpersonen oder Ehepaare) in Alters- und Pflegeheimen ab dem Jahr 2009 auf, sowie eine Kostenschätzung der EL für den Aufenthalt in Alters- und Pflegeheimen (die Zahlen für 2014 sind noch nicht verfügbar).

Jahr	Anzahl Dossiers (Einzelpersonen oder Ehepaare)	EL für Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen (Schätzung) CHF
2009	360	7'500'000
2010	347	7'800'000
2011	334	7'200'000
2012	362	7'900'000
2013	369	8'400'000



## E. Weiteres Vorgehen

Nach Abschluss und Auswertung der Vernehmlassung folgt das Verfahren dem ordentlichen Gang der Gesetzgebung mit zwei Lesungen im Regierungsrat und im Kantonsrat, voraussichtlich mit einer vorberatenden parlamentarischen Kommission und mit einer Volksdiskussion zwischen den kantonsrätlichen Lesungen. Die Inkraftsetzung ist per 1. Januar 2017 vorgesehen.

Der Zeitplan sieht im Detail wie folgt aus

Beginn Vernehmlassung	2. April 2015
Ende Vernehmlassung	29. Mai 2015
Regierungsrat 1. Lesung	7. Juli 2015
Beginn Kommissionsarbeiten	8. Juli 2015
Ende Kommissionsarbeiten	11. September 2015
Kantonsrat 1. Lesung	26. Oktober 2015
Beginn Volksdiskussion	30. Oktober 2015
Ende Volksdiskussion	27. November 2015
Regierungsrat 2. Lesung	2. Februar 2016
Beginn Kommissionsarbeiten nach 2. Lesung Regierungsrat	3. Februar 2016
Ende Kommissionsarbeiten	11. April 2016
Kantonsrat 2. Lesung	6. Juni 2016
Beginn Referendumsfrist	10. Juni 2016
Ende Referendumsfrist	9. August 2016
Volksabstimmung	25. September 2016
Inkraftsetzung	1. Januar 2017



## F. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (SR 831.10)
AHVV	Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 31. Oktober 1947 (SR 831.101)
Art.	Artikel
AS	Amtliche Sammlung der Bundesgesetze und Verordnungen
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (SR 830.1)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBI	Bundesblatt
BESA	Bewohner/Innen-Einstufungs- und Abrechnungs-System
BGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts
bGS	Bereinigte (systematische) Gesetzessammlung des Kantons Appenzell Ausserrhoden (ab 1979)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (SR 831.30)
PFG	Pflegefinanzierungsgesetz
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GG	Gesundheitsgesetz vom 25. November 2007 (bGS 811.1)
HE	Hilflosenentschädigung
IVSE	Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen vom 13. Dezember 2002
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung; SR 832.112.31)
KV	Verfassung des Kantons Appenzell Ausserrhoden vom 30. April 1995 (bGS 111.1)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)
lit.	Litera (Buchstabe)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RAI-RUG	Resident Assessment Instrument (System zur Ermittlung des Pflegebedarfs und Einstufung in eine der 12 Pflegebedarfsstufen)
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (SR 832.104)
ZGB	Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210)
Ziff.	Ziffer
ZUG	Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 (SR 851.1)