



Regierungsrat, 9102 Herisau

An die Mitglieder
des Kantonsrates

Herisau, 22. September 2015 / aje

1300.139
Gesetz über die Pflegefinanzierung; 1. Lesung

1. Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 22. September 2015

Sehr geehrte Frau Kantonsratspräsidentin
Sehr geehrte Damen Kantonsrätinnen
Sehr geehrte Herren Kantonsräte

Der Regierungsrat unterbreitet Ihnen hiermit den Bericht und Antrag zum Gesetz über die Pflegefinanzierung.

Inhaltsverzeichnis

A. Ausgangslage	3
1. Einleitung	3
2. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung.....	4
2.1 Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen.....	6
2.2 Ambulante Pflege.....	7
2.3 Akut- und Übergangspflege	7
2.4 Ergänzungsleistungen.....	9
2.5 Hilflosenentschädigung zur AHV.....	9
2.6 Übersicht Regelungsbedarf.....	9
3. Revisionsbedarf in den kantonalen Gesetzesgrundlagen	10
B. Kernpunkte der neuen Regelung	11
1. Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung und die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege .	11
1.1 Restfinanzierung der Pflegeleistungen im Pflegeheim und in Tages- und Nachtstrukturen	11
1.2 Restfinanzierung der ambulanten Pflege	11
1.3 Finanzierung der Akut- und Übergangspflege	12
1.4 Zuständigkeitsregelung gemäss Bundesrecht	12



2.	Beiträge der versicherten Personen.....	13
2.1	Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen.....	13
2.2	Ambulante Pflege.....	14
2.3	Akut- und Übergangspflege	14
3.	Zulassung als Leistungserbringer	14
3.1	Pflegeheime	14
3.2	Tages- und Nachtstrukturen.....	15
3.3	Ambulante Pflege.....	15
3.4	Akut- und Übergangspflege	15
4.	Anrechenbare Pflegekosten.....	15
4.1	Kosten für die Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen	15
4.2	Kosten für die ambulante Pflege	16
4.3	Kosten für nicht-pflegerische Leistungen	17
5.	Administration der Restfinanzierung und der Finanzierung von Akut- und Übergangspflege	18
6.	Controlling und Kostenrechnung.....	19
6.1	Pflegeheime sowie Tages- und Nachtstrukturen	19
6.2	Ambulante Leistungserbringer	20
C.	Vernehmlassung	20
1.	Vernehmlassungsantworten.....	20
1.1	Beitrag der versicherten Person (Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 Abs. 1).....	20
1.2	Restfinanzierung (Art. 4)	21
1.3	Beitragspflicht von Kindern und Jugendlichen (Art. 6 Abs. 2)	24
2.	Änderungen des Gesetzesentwurfs aufgrund der Vernehmlassung.....	25
2.1	Beitrag der versicherten Person.....	25
2.2	Höchstansätze für nicht-pflegerische Leistungen	25
D.	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	25
E.	Auswirkungen	27
1.	Gesetzgebung.....	27
1.1	Aufhebung der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung.....	27
1.2	Revisionsbedarf im Gesundheitsgesetz (GG).....	27
1.3	Notwendigkeit einer Verordnung.....	28
2.	Personelle Auswirkungen.....	29
3.	Organisatorische Auswirkungen	29
4.	Finanzielle Auswirkungen	29
4.1	Kostenträgerschaft im Überblick	29
4.2	Kostenentwicklung	30
4.3	Datenlage.....	33
F.	Weiteres Vorgehen	34
G.	Antrag	34
H.	Abkürzungsverzeichnis	36



A. Ausgangslage

1. Einleitung

Beim Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 (AS 2009 3517; BBl 2008 5247) handelt 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, die seit Einführung des KVG (1. Januar 1996) bestehenden Probleme im Bereich der Finanzierung der Pflege zu lösen. Die Gesetzesrevision 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 der Pflege in Pflegeheimen und der ambulanten Pflege sowie der neuen Tarifkategorie der Akut- und Übergangspflege. Die Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen und der ambulanten 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 (Restfinanzierung) 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 Pflege in Pflegeheimen 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 wurden die erforderlichen Bestimmungen in Appenzell Ausserrhoden als Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung vom 22. Juni 2010 (bGS 812.115) und nicht auf dem Wege der ordentlichen Gesetzgebung erlassen. Wegen der grossen finanziellen Tragweite der Bestimmungen ist es 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 einen grundlegenden Systemwechsel, indem das Obligatorium für eine Grundversicherung eingeführt wurde, welche gesetzlich umschriebene Leistungen umfasst sowie 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 im Pflegeheim und für die ambulante Pflege – 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 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 Pflege in Pflegeheimen und der ambulanten Pflege. 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 Pflege-



gefinanzierung 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 im Pflegeheim und der ambulanten Pflege 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. 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 handelt es sich in erster Linie um eine Finanzierungsvorlage. Sie umfasst 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, im Pflegeheim oder vorübergehend nach einem Spitalaufenthalt durch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder in Pflegeheimen erbracht wird.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt 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 der ambulanten Pflege (durch zugelassene Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und zugelassene Pflegefachfrauen oder Pflegefachmänner), auch in Tages- und Nachtstrukturen (durch Pflegeheime oder als eigenständiges Angebot), sowie die Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen neu. Insbesondere wird neu den Kantonen und/oder Gemeinden eine Mitfinanzierungspflicht überbürdet. Die Neuordnung sieht zudem eine Unterscheidung zwischen der Finanzierung der "Pflegeleistungen" und Finanzierung 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 Sozialhilfeabhängigkeit entsteht.

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).

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 Per-



sonen 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 Anliegen der Kantone in der Gesetzgebung keinen Eingang. Insbesondere ist zu bemängeln, dass das Bundesrecht die Gesetzgebungsverfahren und den Vollzug in den Kantonen erschwert, 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 unregelmässige Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten wurde als grosser Mangel erkannt und ist Gegenstand von verschiedenen derzeit hängigen parlamentarischen Vorstössen:

- Postulat "Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG" (Nr. 12.4099; eingereicht von Pascale Bruderer Wyss am 11. Dezember 2012): Der Bundesrat wird beauftragt, im Dialog mit den Kantonen zu prüfen, wie die Zuständigkeitsfrage bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten möglichst rasch analog ELG im KVG geregelt werden kann.
- Motion "Niederlassungsfreiheit auch im Alter" (Nr. 12.4181; eingereicht von Susanne Leutenegger Oberholzer am 13. Dezember 2012): Der Bundesrat wird eingeladen, zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass das verfassungsmässige Recht auf Niederlassungsfreiheit auch im Alter und bei einem dauerhaften Aufenthalt in einem Heim sichergestellt werden kann.
- Parlamentarische Initiative "Nachbesserung der Pflegefinanzierung" (Nr. 14.417; eingereicht von Christine Egerszegi-Obrist am 21. März 2014): Die Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten im stationären und ambulanten Bereich soll geregelt werden. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) hat dazu am 9. September 2015 den Vorentwurf zu einer entsprechenden Änderung des KVG in die Vernehmlassung geschickt. Diese dauert bis zum 18. Dezember 2015. Art. 25a Abs. 5 KVG soll wie folgt ergänzt werden: "Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung ist der Kanton zuständig, in welchem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit."
- Interpellation "Stärkung der ambulanten Pflege. Restfinanzierung" (Nr. 14.3638, eingereicht von Rudolf Joder am 20. Juni 2014). In Beantwortung dieser Interpellation stellte der Bundesrat am 27. August 2014 in Aussicht, auf Anfang 2015 einen Bericht vorzubereiten, der mögliche Wege zur Lösung des Problems der Restfinanzierung ausserkantonomer Pflegeheimaufenthalte aufzeigen soll.

Zudem stellt für Kantone und Gemeinden die zunehmende finanzielle Belastung ein grosses Problem dar, was ebenfalls Gegenstand von Vorstössen auf Bundesebene ist: Da die Beiträge der Krankenversicherer und die Eigenbeteiligung auf einen fixen Betrag plafoniert sind, gehen sämtliche Kostensteigerungen der Pflegeleistungen voll zulasten der öffentlichen Hand. Hinzu kommt die indirekte Beteiligung der Kantone und Gemeinden an Betreuungs- und Pensionskosten über die EL. Die Krankenversicherungsbeiträge werden differenziert nach dem Pflegebedarf vom Bundesrat in der KLV festgesetzt. Diese Pflegebeiträge für die Krankenversicherer wurden seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung noch nie an die effektiven Pflegekosten angepasst. Der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer ist somit rückläufig. Die Kantone und Gemeinden sind dadurch übermässig belastet. Der Restfinanzierer ist zum Hauptfinanzierer geworden.

Aus diesem Grund besteht ein akuter Handlungsbedarf. Damit die Kostensteigerungen im Pflegebereich von allen an der Finanzierung beteiligten Trägern aufgefangen werden, müssen die in der KLV festgelegten Beiträge der Krankenversicherer zwingend der Entwicklung der Pflegekosten angepasst werden. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Belastung der Finanzhaushalte von Kanton und Gemeinden müssen auch neue Fi-

finanzierungsmodelle, beispielsweise die Einführung einer Pflegeversicherung, geprüft werden. Dazu wurde auf Bundesebene von Jaqueline Fehr am 15. Juni 2012 das Postulat "Strategie Langzeitpflege" (Nr. 12.3604) eingereicht.

2.1 Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen

Der Bundesrat ist beauftragt, die Beiträge der OKP differenziert nach dem Pflegebedarf festzulegen (Art. 25a Abs. 1 und 4 KVG). Der Bundesrat 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 erlassen 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 sind auf Fr. 9.– je 20 Minuten fixiert (Beitrag Krankenversicherer: 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.

Pension und Betreuung	Pflege nach KVG
<p>Versicherte Person bei Bedarf Ergänzungsleistungen (EL); in der Regel keine Sozialhilfe</p>	<p>Kanton/Gemeinden Restfinanzierung</p>
	<p>Versicherte Person max. 20 % von OKP (EL)</p>
	<p>Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)</p> <p>fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag; für die ganze Schweiz vom EDI festgelegt</p>

Abbildung: Kostenträger in Pflegeheimen und in Tages- und Nachtstrukturen

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 alles zu den Pflegekosten zu zählen ist. Entsprechende Regelungen zu den anerkannten Pflegekosten sind deshalb ebenfalls Sache der Kantone.

Gemäss 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.

2.2 Ambulante Pflege

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

Ambulante Pflege nach KVG

Kanton/Gemeinden Restfinanzierung
Versicherte Person max. 20% von OKP (EL)
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) 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 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 Leistungsbezügerinnen 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.

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, reaktivierende 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.

Akut- und Übergangspflege nach KVG

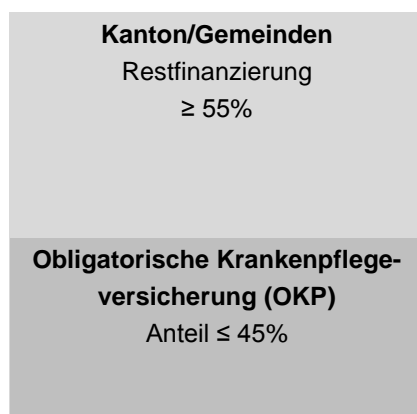


Abbildung: Kostenträger der Akut- und Übergangspflege

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 für Liegenschaften von Fr. 300'000.– eingeführt, 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 Sozialhilfe abhängig werden. In Art. 1 der kantonalen Verordnung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (bGS 832.311) sind dazu die maximal anrechenbaren Tagestaxen für die Betreuung und Pension festzulegen.

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 E, 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, beträgt 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

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung brachte wie dargelegt Neuregelungen in diversen Bereichen. Die Gesetzes- und Verordnungsänderungen auf Bundesebene erforderten bzw. erfordern die Festlegung von Ausführungsbestimmungen auf kantonaler Ebene.

Es ist zusammenfassend 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, in Tages- und Nachtstrukturen, im Pflegeheim 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 Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen	<ul style="list-style-type: none">- fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag der OKP- Beschränkung des Beitrags der Leistungsbezüger auf max. 20 Prozent des höchsten OKP-	<ul style="list-style-type: none">- Bestimmung der anerkannten Pflegekosten je Pflegestufe- Festlegung der Beitragshöhe der Leistungsbezüger an die Pflegekosten



	Beitrags - Restfinanzierung durch Kanton und/oder Gemeinden	- Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden) - Festlegung der Administration
Restfinanzierung der ambulanten Pflege	- fixer, nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag der OKP - Beitrag der Leistungsbezüger auf max. 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags - Restfinanzierung durch Kanton und/oder Gemeinden	- Festlegung der Beitragshöhe der Leistungsbezüger an die Pflegekosten - Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden) - Festlegung der Administration
Finanzierung der Akut- und Übergangspflege	neuer Finanzierungsmodus für ärztlich verordnete Pflegeleistungen während längstens 14 Tagen nach Spitalaufenthalt	- Bestimmung der Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden)
Ergänzungsleistungen	Erhöhung der Vermögensfreibeträge	- kein Regelungsbedarf, Bundesgesetz regelt abschliessend
Hilflosenentschädigung	Anspruch auf HE zur AHV bei leichter Pflegebedürftigkeit zu Hause	- kein Regelungsbedarf, Bundesgesetz regelt abschliessend

3. Revisionsbedarf in den kantonalen Gesetzesgrundlagen

In Appenzell Ausserrhoden fehlten ausreichende Gesetzesgrundlagen für die Restfinanzierung der Pflege in Pflegeheimen und in Tages- und Nachtstrukturen, für die Restfinanzierung der ambulanten Pflege sowie für die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege. 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 gereicht, per 1. Januar 2011 ein kantonales Gesetz einzuführen. Dies hat den Regierungsrat dazu bewogen, die Neuordnung der Pflegefinanzierung 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.

Im Rahmen des Entlastungsprogramms 2015 wurden mit Beschluss des Kantonsrates vom 16. Juni 2014 im Bereich der Finanzierung der Hilfe und Pflege zu Hause Anpassungen im Gesundheitsgesetz (GG; bGS 811.1) vorgenommen. Damit 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 Grundlagen ungenügend sind. Dies ist im Rahmen dieser Vorlage zu korrigieren (vgl. Abschnitt E, Ziff. 1).



B. Kernpunkte der neuen Regelung

1. Kostenträgerschaft für die Restfinanzierung und die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege

1.1 Restfinanzierung der Pflegeleistungen im Pflegeheim und in Tages- und Nachtstrukturen

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die öffentliche Hand direkter Kostenträger für die Pflegekosten in Alters- und Pflegeheimen¹ und in Tages- und Nachtstrukturen² (in der Praxis meist als Tages- und Nachtstätten bezeichnet). Das Bundesrecht lässt offen, ob die Restkosten der Pflege von den Gemeinden 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 gestützt auf das GG die Finanzierung der Restkosten der Pflege den Gemeinden auferlegt. Seit 1. Januar 2011 sind die Gemeinden somit Kostenträger für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen. Alle Bewohner und Bewohnerinnen haben seither – unabhängig von Einkommen und Vermögen – Anspruch auf Beiträge der Gemeinden an ihre Pflegekosten (bedarfsunabhängige Leistung).

1.2 Restfinanzierung der ambulanten Pflege

Wie bereits vor Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung obliegt die Restfinanzierung der Pflegekosten der ambulanten Pflege 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 von allen zugelassenen Leistungserbringern, d.h. auch von privaten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause ohne Leistungsauftrag sowie von 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

¹ In Appenzell Ausserrhoden existiert seit vielen Jahren keine Unterscheidung mehr zwischen Altersheimen einerseits und Pflegeheimen andererseits. Bei allen bewilligten und zugelassenen Alters- und Pflegeheimen handelt es sich um Institutionen, in denen Menschen wohnen, betreut und gepflegt werden, die aufgrund vorwiegend altersbedingter Beeinträchtigungen und chronischer Krankheiten nicht in einer eigenen Wohnung leben können oder wollen. Die Terminologie ist allerdings uneinheitlich. Bezeichnungen wie Altersheim, Pflegeheim, Betreuungszentrum, Seniorenheim werden synonym gebraucht.

² Kriterium für die Abgrenzung zwischen Aufenthalt im Pflegeheim 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 ist der Aufenthalt ausschliesslich auf den Tag oder die Nacht beschränkt (weniger als 24 Stunden).



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.

1.3 Finanzierung der Akut- und Übergangspflege

Anders als bei der Restfinanzierung von Pflegeleistungen in Pflegeheimen, in Tages- und Nachtstrukturen und von ambulanten Pflegekosten werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (Art. 25a Abs. 2 KVG).

Bei der Akut- und Übergangspflege handelt es sich nicht um ein inhaltlich neues Pflegesegment, sondern um eine bestehende Leistung, die anders finanziert wird. Die Akut- und Übergangspflege wird während längstens zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt übernommen, wobei Versicherer und Leistungserbringer dazu Pauschalen vereinbaren sollen. 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 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^{bis} GG). Diese Regelung soll unverändert beibehalten werden.

1.4 Zuständigkeitsregelung gemäss Bundesrecht

Bundesrechtlich fehlt eine Regelung für die Zuständigkeit zur Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten (vgl. auch Abschnitt A, Ziff. 2). Bei Eintritt in ein Pflegeheim kann es unter Umständen vorkommen, dass der zivilrechtliche Wohnsitz des Leistungsbezügers oder der Leistungsbezügerin im Sinne 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, wäre es aus Sicht des Regierungsrates sachgerecht und weiterhin anzustreben, dass der Eintritt in ein Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründet. 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 (Herkunftsprinzip).

Das Hauptargument für die Regelung der Zuständigkeit für die Finanzierung der Pflegekosten nach dem zivilrechtlichen 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 eine 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 fällte jüngst einen Entscheid zur Frage des Herkunfts- oder Wohnsitzprinzips (Urteil 9C_54/2014 vom 18. Dezember 2014): Dabei kam das Bundesgericht zum Schluss, 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 wäre die Verankerung des Herkunftsprinzips im vorliegenden Gesetzesentwurf bundesrechtswidrig. In der Praxis ist durch die Leistungserbringer jedoch weiterhin sicherzustellen, dass mittels Kostengutsprachen – unabhängig vom zivilrechtlichen Wohnsitz – der Wohnkanton vor Eintritt in ein Pflegeheim in Appenzell Ausserrhoden für die Restfinanzierung zuständig bleibt.

2. Beiträge der versicherten Personen

2.1 Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen

Sowohl die Höhe des Beitrags der Krankenversicherer als auch des maximalen Beitrags der versicherten Personen sind betragsmässig durch das Bundesrecht bestimmt (vgl. Abschnitt A, Ziff. 2.1). Pflegebedürftigen Personen im Pflegeheim sowie in Tages- und Nachtstrukturen 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. Dies entspricht 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.

In der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung beträgt der Beitrag der versicherten Personen in Pflegeheimen 20 Prozent, in Tages- und Nachtstrukturen 10 Prozent. Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht die Beibehaltung dieser Regelung vor.

Zu beachten ist, 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 von 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.



2.2 Ambulante Pflege

Den versicherten Personen 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 überwältzt werden. Bei der ambulanten Pflege entspricht dies derzeit Fr. 15.95 (Art. 7a KLV; 20 Prozent von Fr. 79.80). Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr ist keine Beteiligung vorgesehen.

In der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung beträgt der Beitrag der versicherten Personen bei ambulanten Pflegeleistungen 10 Prozent. Somit haben die Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen derzeit nebst Selbstbehalt und Franchise maximal Fr. 8.– je Tag an die Pflegekosten der ambulanten Pflegeleistungen zu bezahlen.

Die unterschiedliche Belastung der versicherten Personen in Pflegeheimen gegenüber ambulanter Pflegeleistungen begründet der Regierungsrat mit dem allgemein anerkannten Grundsatz "ambulant vor stationär"³. Er vertritt die Auffassung, dass die erforderliche Pflege und Betreuung wenn möglich durch ambulante Angebote, auch in Tages- und Nachtstrukturen, erfolgen soll.

Die Pflege und Betreuung im Pflegeheim soll dann zum Tragen kommen, wenn mit ambulanten Hilfeleistungen eine hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit angemessene Pflege und Betreuung nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Kostenfolgen für die öffentliche Hand sind beim Bezug von ambulanten Leistungen bei leichter Pflegebedürftigkeit geringer (Studie "Grenzen von Spitex aus ökonomischer Sicht" des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien [Bass], 2011). Bei mittlerer Pflegebedürftigkeit und Komplexität (60–120 Pflegeminuten je Tag) überschneiden sich die Kostenstrukturen von Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und Pflegeheimen, während bei hoher Pflegebedürftigkeit die Pflegeheime Kostenvorteile haben. Werden neben den Restfinanzierungsbeiträgen auch die Leistungen der EL für die Pensions- und Betreuungstaxen berücksichtigt, sind die Gesamtkosten der öffentlichen Hand bei mittlerer Pflegebedürftigkeit (sofern Anspruch auf EL besteht) im Pflegeheim höher als bei der ambulanten Pflege und Betreuung. Ambulante Angebote und Pflegeheime ergänzen sich und müssen eine grösstmögliche Durchlässigkeit gewähren.

2.3 Akut- und Übergangspflege

Aufgrund der Vorgaben im KVG müssen sich bei der Akut- und Übergangspflege die versicherten Personen, abgesehen von den Kostenbeteiligungen bei der OKP (Franchise und Selbstbehalt), nicht an den Pflegekosten beteiligen (vgl. Abschnitt A, Ziff. 2.3).

3. Zulassung als Leistungserbringer

3.1 Pflegeheime

Als Leistungserbringer sind Pflegeheime zugelassen, soweit sie die Voraussetzungen nach Art. 39 KVG erfüllen und auf einer kantonalen Pflegeheimliste mit Angabe der zugelassenen Plätze und Pflegestufen aufgeführt sind. Die kantonalen Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung sowie für die Aufnahme in die Pflegeheimliste sind in Art. 48 ff. GG geregelt. Diese Bestimmungen erfahren durch die Neuordnung der Pfl-

³ Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012: Strategische Position 1 "ambulant vor stationär", Seite 72



gefinanzierung keine Änderung und werden deshalb im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht wiederholend definiert.

3.2 Tages- und Nachtstrukturen

In Art. 7 Abs. 2ter KLV ist vorgesehen, dass Pflegeleistungen auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden können. Damit können zur Erbringung von KVG-Leistungen auch Anbieter von Tages- und Nachtstrukturen (in der Praxis meist als Tages- und Nachtstätten bezeichnet) zugelassen werden.

Tages- oder Nachtstrukturen sind zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen, wenn sie die Voraussetzungen nach Art. 38 KVG erfüllen. Der Bund hat es jedoch bis heute unterlassen, entsprechende Zulassungsbedingungen für Tages- und Nachtstrukturen festzulegen. Da für die Vergütung der Pflegeleistungen in zugelassenen Tages- und Nachtstrukturen die gleichen Ansätze wie für Pflegeleistungen in Pflegeheimen gelten, sind die kantonalen Voraussetzungen nach Art. 48 ff. GG sinngemäss auch für Tages- und Nachtstrukturen anzuwenden.

3.3 Ambulante Pflege

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sind zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen, wenn sie die Voraussetzungen nach Art. 49 KVV erfüllen. Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sind zugelassen, wenn sie die Voraussetzungen nach Art. 51 KVV erfüllen. Die kantonalen Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung sind in Art. 48 ff. GG geregelt. Diese Bestimmungen erfahren durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung keine Änderung und werden deshalb im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht wiederholend definiert.

3.4 Akut- und Übergangspflege

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege können nach Art. 7 Abs. 3 KLV von Pflegeheimen, 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. Anrechenbare Pflegekosten

4.1 Kosten für die Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen

Auch wenn die Neuordnung der Pflegefinanzierung den Leistungskatalog und damit die Definition der Pflege nach KVG nicht tangiert, ergeben sich in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen Schwierigkeiten bei der 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, da im Heimalltag Pflege und Betreuung in der Regel einhergehen. 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.



In der Bundesgesetzgebung sind keine Höchstgrenzen für Pflorgetaxen 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, Höchstansätze⁴ oder Normansätze⁵ für die Pflorgetaxen 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 seien. 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 Pflorgetaxen und ein allfälliges Kostendach für die Restfinanzierung dürfen nicht willkürlich und systematisch zu tief festgelegt werden, sondern bedürfen einer betriebswirtschaftlichen Grundlage. 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 Pflgetarife für sämtliche Pflegeheime wäre ein grosser Eingriff in die Preisgestaltung und würde einer wirtschaftlichen Leistungserbringung im Wege stehen. 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 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 gegenüber dem Kanton ist notwendig, um den Tarifschutz nach Art. 44 KVG sicherzustellen.

4.2 Kosten für die ambulante Pflege

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.

⁴ Höchstansätze: Die Leistungserbringer legen im Rahmen des festgelegten Kostendachs (Bandbreite bis Höchstansatz) ihre Pflgetarife aufgrund ihrer Kostenrechnung fest.

⁵ Normansätze: Alle Leistungserbringer verrechnen die festgelegten Normansätze, ungeachtet ihrer Kosten gemäss Kostenrechnung.



Wie im Bereich der Pflege im Pflegeheim sowie in Tages- und Nachtstrukturen 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. Die Finanzierung der Restkosten der Pflege und damit die Finanzierung der Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen in Appenzell Ausserrhoden bzw. aller zugelassenen Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und der zugelassenen Pflegefachpersonen sollen im ganzen Kanton nach einheitlichen Kriterien erfolgen. Dazu hat der Regierungsrat auf Verordnungsstufe die Höchstansätze für die Pflegeleistungen nach Art. 7a Abs. 1 KLV und die konkrete Ausgestaltung der anrechenbaren Kosten festzulegen. Die Höchstansätze für die Pflegeleistungen sollen die Vollkosten, berechnet auf Basis der Gesamtkosten der Pflegeleistungen, decken.

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 mit ausgewählten Organisationen Leistungsvereinbarungen zur Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen sowie Leistungen der Hilfe zu Hause ab. Die Gemeinden bleiben zuständig für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. 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 Einwohnerinnen und Einwohnerinnen des Einzugsgebietes), Sicherstellung einer bedarfsgerechten Koordination, Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung, Leistungen als Ausbildungsbetrieb. Auch die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Hilfe zu Hause und damit die Finanzierung der Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen in Appenzell Ausserrhoden bzw. der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit einem Versorgungsauftrag sollen im ganzen Kanton nach einheitlichen Kriterien erfolgen. Dazu muss dem Regierungsrat im GG (Art. 7 Abs. 1) die Kompetenz zum Erlass von Vorgaben für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Hilfe zu Hause eingeräumt werden (vgl. Abschnitt E, Ziff. 1.2).

4.3 Kosten für nicht-pflegerische Leistungen

a) *Pflegeheime sowie Tages- und Nachtstrukturen*

Bei Kosten für nicht-pflegerische Leistungen in Pflegeheimen und in Tages- und Nachtstrukturen handelt es sich vorwiegend um Betreuungskosten und Pensionskosten.

Bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung ist dem Tarifschutz Nachachtung zu verschaffen. Danach müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife halten und dürfen für kassenpflichtige Leistungen keine zusätzlichen Vergütungen berechnen (Art. 44 KVG). Die Restkosten der KVG-pflichtigen Pflege sind dazu je Leistungserbringer zu ermitteln, wozu die Kostenrechnungen den Anforderungen des KVG genügen müssen. Eine Übertragung ungedeckter Kosten auf die Kostenträger Betreuung oder Pension ist nicht im Sinne der Neuordnung der Pflegefinanzierung.

Die Notwendigkeit einer Begrenzung der anerkannten Pflegekosten durch Höchstansätze je Pflegestufe und Pflegetag blieb auch in der Vernehmlassung unbestritten. Von einzelnen Vernehmlassungsteilnehmenden wurde die Frage bezüglich der Gestaltung der Betreuungstaxen gestellt. Nach der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung kann der Regierungsrat neben der Bestimmung der Höchstansätze (Maximaltarife) der Pflegekosten im Pflegeheim auch den für die Ermittlung der Pflegekosten und der Betreuungskosten anrechenbaren Aufwand sowie das anrechenbare Verhältnis zwischen Pflege- und Betreuungskosten in Prozenten



festlegen (Art. 6 Abs. 2). Nach dieser Bestimmung hat der Regierungsrat seit Einführung der Pflegefinanzierung auch die Höchstansätze für die Betreuungstaxen bestimmt. Diese Bestimmung wurde in den Vernehmlassungsentwurf nicht mehr aufgenommen. Aufgrund der Vernehmlassungsantworten wurde eine Bestimmung (Art. 5 Abs. 2) in den vorliegenden Gesetzesentwurf aufgenommen. Diese ermöglicht es dem Regierungsrat im Bedarfsfall, auf die Preisgestaltung der Betreuung und Pension (nicht-pflegerische Leistungen) Einfluss zu nehmen. Dies ist aus folgenden Gründen sinnvoll:

Der Regierungsrat vertritt die Auffassung, dass sich die Leistungserbringer durch ihre unterschiedlichen Betreuungsangebote im Markt positionieren können. Die entsprechenden Vollkosten auf Basis der Gesamtkosten sind in der Kostenrechnung darzustellen, dies unter Beachtung der kantonalen Vorgaben zur Kostenrechnung bzw. zum anrechenbaren Verhältnis zwischen den Pflege- und Betreuungskosten. Die Alters- und Pflegeheime haben die Berechnung der Betreuungstarife in der Folge individuell auf der Basis ihrer Kostenrechnung festzulegen.

Kanton und Gemeinden leisten über die EL namhafte Beiträge an den Aufenthalt von Personen in Pflegeheimen. Mit der Bestimmung der maximal anrechenbaren Tagestaxen bei den EL für Betreuungs- und Pensionskosten ist die notwendige Preissteuerung möglich. Sollte sich abzeichnen, dass zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen weitere staatliche Preisregulierungen erforderlich sind (überteuerte Angebote; Unausgewogenheit bezüglich Leistung und Preis bzw. effektive Kosten und Preis), sieht der vorliegende Gesetzesentwurf vor, dass der Regierungsrat unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit auch Höchstansätze für die Betreuungs- und Pensionstarife bestimmen kann.

b) *Ambulanter Bereich (Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause)*

Bei den nicht-pflegerischen Leistungen im ambulanten Bereich handelt es sich primär um Leistungen der Hilfe zu Hause, d.h. die stellvertretende Haushaltsführung, die sozial-begleitende Unterstützung sowie die Betreuung von Kindern. Wie die Pflege zu Hause steht auch die Hilfe zu Hause allen Einwohnerinnen und Einwohnern jeden Alters, die bedingt durch Krankheit, Unfall, Behinderung, Altersgebrechen, Mutterschaft oder Ähnliches auf Unterstützung angewiesen sind, zur Verfügung. Massgebend sind die Notwendigkeit und ein abgeklärter Bedarf.

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.

Aus heutiger Sicht sind für die nicht-pflegerischen Leistungen im ambulanten Bereich keine Höchstansätze erforderlich. Vielmehr ist, wie unter Abschnitt E, Ziff. 1.2, ausgeführt, der anrechenbare Aufwand und Ertrag für die Leistungen sowie der Umfang der Kostenbeteiligung der Leistungsnutzenden zu bestimmen.

5. Administration der Restfinanzierung und der Finanzierung von Akut- und Übergangspflege

Wie bisher sollen die Leistungserbringer den betroffenen Leistungsbezüglern oder Leistungsbezügerinnen erstens die Kosten der Pflegeleistungen (Anteil OKP und Eigenanteil) und die Kosten der nicht-pflegerischen Leistungen in Rechnung stellen; zweitens den für die Restfinanzierung zuständigen Gemeinden die Pflegekosten, soweit diese nicht von der OKP und dem Beitrag der versicherten Person gedeckt sind. Wie bisher sollen die Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege die Kosten anteilmässig dem Krankenversicherer und dem Kanton in Rechnung stellen.



6. Controlling und Kostenrechnung

6.1 Pflegeheime sowie Tages- und Nachtstrukturen

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 zuständigen Departementen vielfältige Controllingaufgaben wahrzunehmen. Controlling umfasst den gesamten Prozess der Zielfestlegung, Planung und Steuerung. Im vorliegenden Gesetzesentwurf wird Controlling als Instrument zur externen Überwachung, Planung und Steuerung von Ausgaben der öffentlichen Hand für den Aufenthalt von Personen in Alters- und Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen (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 GG 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 Punkte einzugehen:

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

Im Bereich der Pflegeheime sowie von Tages- und Nachtstrukturen 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.

6.2 Ambulante Leistungserbringer

Die Berechnung der Restfinanzierung soll in Appenzell Ausserrhoden wie im Bereich der Pflege im Pflegeheim auf den individuellen Pflegekosten je Leistungserbringer basieren, aber durch ein Kostendach je Pflegestufe begrenzt werden. Damit müssen die von den Leistungserbringern ausgewiesenen Pflegekosten nicht nur daraufhin geprüft werden, ob sie tatsächlich angefallen sind, sondern auch darauf hin, 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 abteilungsrechtlichen 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 für die Pflegeheime zentral durch den Kanton bzw. das zuständige Departement erfüllt werden.

C. Vernehmlassung

Der Regierungsrat eröffnete am 31. März 2015 das Vernehmlassungsverfahren. Die Vernehmlassungsfrist dauerte bis zum 29. Mai 2015. Es gingen 30 Antworten ein. Stellung bezogen haben die Gemeindepräsidienkonferenz, 18 Gemeinden, vier politische Parteien, sechs Branchenverbände sowie der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden. An dieser Stelle soll eine rein quantitative Auswertung Platz greifen. Es werden jeweils nur diejenigen Teilnehmer erwähnt, die sich zum betreffenden Punkt geäußert haben. Detaillierte Antworten zu einzelnen Eingaben finden sich in der Vernehmlassungsauswertung (Beilage 1.2).

1. Vernehmlassungsantworten

1.1 Beitrag der versicherten Person (Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 Abs. 1)

Die FDP/Die Liberalen stellt fest, dass die Kostenbeteiligung der versicherten Person bei der stationären Pflege dem nach Bundesrecht zulässigen Maximum entspricht, während die Kostenbeteiligung der versicherten Person bei der ambulanten Pflege im Rahmen des Bundesrechts durch den Regierungsrat festgelegt werden solle. Sie wünscht eine Diskussion darüber, weshalb hier eine unterschiedliche Handhabung besteht. Einzelne Vernehmlassungsteilnehmende fordern zudem, die Festlegung der Höhe des Beitrags bei der ambulanten Pflege dem Regierungsrat zu überlassen. Dazu soll der Beitrag gemäss Art. 3 Abs. 1 analog zu Art. 6 Abs. 1 festgelegt werden (VPOD; CURAVIVA Appenzellerland). Teilweise wird aber auch gefordert, dass beide Beiträge, sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären Pflege, im formellen Gesetz festgeschrieben werden sollen (Spitex Verband SG/AR/AI). Mehrfach wird die Meinung vertreten, dass die heutigen Regelungen der Vorläufigen Verordnung weitergeführt werden.



Der ASPS erscheint die Festlegung der Beiträge der versicherten Person auf 10 Prozent des höchsten vom EDI festgelegten Pflegebeitrags angemessen. Für den Spitex Verband SG/AR/AI ist es unbestritten, dass ambulante Pflege an die Stelle von stationärer Pflege treten kann und kostengünstiger ist. Daher sei es wichtig, für die versicherte Person (und ihre Angehörigen) einen finanziellen Anreiz für die Bevorzugung der ambulanten Pflege zu schaffen. Die bisherige Praxis bei der ambulanten Pflege, wonach die versicherte Person mit einem Beitrag von 10 Prozent des dem Krankenversicherer in Rechnung gestellten Betrages belastet wird, soll ins neue Gesetz überführt werden. CURAVIVA Appenzellerland ist der Ansicht, dass der Gesetzgebungsentwurf den stationären Bereich benachteilige. Sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich solle die Patientenbeteiligung situativ durch den Regierungsrat festgelegt werden. Der SP erscheint wichtig, dass ein Anreiz für die versicherten Personen besteht, sich möglichst ambulant und nicht stationär pflegen zu lassen. Deshalb möchte sie den Beitrag von maximal 10 Prozent im Gesetz und nicht, wie im Entwurf vorgesehen, auf Verordnungsebene verankern.

Der Regierungsrat hält nach wie vor an unterschiedlichen Sätzen im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ fest. Aus Gründen der Rechtssicherheit gehören diese wichtigen Sätze in das formelle Gesetz.

1.2 Restfinanzierung (Art. 4)

a) *Vorschläge*

Die Gemeindepräsidienkonferenz hält folgenden Vorschlag für prüfenswert: Der Kanton administriert alle Pflegefinanzierungen und bevorschusst diese auch; die Gesamtkosten der Restfinanzierung werden dann solidarisch gemäss Einwohnerzahl auf die Gemeinden verteilt (Im Folgenden: Gesamtkostenfinanzierung mit zentraler Administration). Dieses System habe sich in anderen Bereichen ebenfalls bewährt (z.B. bei den EL). Damit würde ein Finanzierungsausgleich zwischen den Gemeinden geschaffen, was eine bessere und ausgeglichene Budgetierung ermöglicht. Die Gemeinde Heiden stellt fest, dass mit dem Bundesgerichtsentscheid das Herkunftsprinzip in Frage gestellt sei. Daher macht sie ebenfalls den Vorschlag, dass der Kanton sämtliche Kosten der Pflege vorfinanziert und diese hernach nach Einwohnerzahl auf die Gemeinden verteilt. Die zentrale Administration in diesem Sinne wird auch von der CVP unterstützt.

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende werfen die Frage auf, ob die Pflegefinanzierung nicht im Rahmen des Finanzausgleichs zu regeln sei. So schlägt die SP vor, parallel zur Einführung des Gesetzes über die Pflegefinanzierung, eine Änderung des Gesetzes über den Finanzausgleich zwischen dem Kanton und den Gemeinden vom 13. Mai 2002 (Finanzausgleichsgesetz; bGS 613.1) vorzunehmen. Analog zu Schulkosten- und Soziallastenausgleich würde damit ein Ausgleich der Pflegekosten in das Finanzausgleichsgesetz aufgenommen. Auch die FDP. Die Liberalen regt die Prüfung einer Integration in den Finanzausgleich an.

Es gibt Vernehmlassungsantworten (Gemeinde Herisau; SVP), welche zur Unterstützung des Herkunftsprinzips vorschlagen, die Heime gesetzlich dazu anzuhalten, dass vor Aufnahme von ausserkantonalen Einwohnern eine schriftliche Zusicherung zur Kostenübernahme der Herkunftsgemeinde vorliegen muss (auch bei Wohnsitzwechsel). Damit könnten die Differenzen bei der Zuständigkeit, welche den Heimen und den Gemeinden unnötigen Aufwand und Ärger bereiten, eliminiert werden. Diesem Ansinnen kann nicht entsprochen werden. Gemäss KVG haben die Kantone bei der Restkostenfinanzierung keinerlei Spielraum. Die Leistungen gemäss Art. 25a KVG dürfen nicht an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft werden, auch nicht an das Vorliegen einer Kostengutsprache. Eine im kantonalen Recht verankerte Verpflichtung, eine solche einzuholen, wäre bundesrechtswidrig. Die Restfinanzierung ist auch geschuldet, wenn keine Kostengutsprache vorliegt (vgl. Abschnitt B, Ziff. 1.4). In der Praxis wird trotzdem empfohlen, durch Kostengutsprachen am Herkunftsprin-



zip festzuhalten. Jedoch lässt sich dies aus den eben genannten Gründen im Zweifelsfall rechtlich nicht durchsetzen.

Mehrfach wird auch die Meinung vertreten, dass sich der Kanton entweder für eine allgemeine Regelung der Zuständigkeit nach dem Herkunftsprinzips auf Bundesebene einsetzen oder mit den umliegenden Kantonen entsprechende Vereinbarungen abschliessen soll (Gemeindepräsidienkonferenz und verschiedene Gemeinden separat). Dazu ist zu bemerken, dass zurzeit Lösungen sowohl auf nationaler als auch auf interkantonaler Ebene gesucht werden (vgl. Abschnitt A, Ziff. 2).

b) Haltung des Regierungsrates zur Gesamtkostenfinanzierung mit zentraler Administration

Der Regierungsrat prüfte die Vorschläge einer Gesamtkostenfinanzierung mit zentraler Administration bzw. einer Schaffung eines ergänzenden Lastenausgleichs eingehend. Mit diesem System würde ein indirekter Finanzausgleich eingeführt. Der Regierungsrat lehnt diese Form des Lastenausgleichs ausserhalb des kantonalen Finanzausgleichs ab.

Ein wichtiger Grund für die ablehnende Haltung des Regierungsrates sind auch die finanziellen Auswirkungen, bzw. deren Unsicherheit. Sie seien daher nachfolgend eingehender dargelegt. Welche Auswirkungen ein Verteilschlüssel auf der Basis der Einwohnerzahl hat, lässt sich kaum abschätzen. Insbesondere ist unklar, ob die Verwerfungen zwischen den Gemeinden und im Verlauf der Jahre grösser oder kleiner sein werden.

In der folgenden Tabelle sind die möglichen finanziellen Auswirkungen einer Gesamtkostenfinanzierung nach Massgabe der Einwohnerzahl anhand der Zahlen aus den Jahren 2013 und 2014 dargestellt. Die Auswirkungen der Finanzierungspflicht für die Restfinanzierung von ausserkantonalen Personen, welche in der Standortgemeinde des Pflegeheims Wohnsitz begründen (vgl. Abschnitt B, Ziff. 1.4), sind in der Tabelle noch nicht abgebildet. Die finanziellen Auswirkungen im Bereich der Pflege zu Hause sind ebenfalls nicht erfasst. Die Verteilung der Restkosten in diesem Bereich folgt jedoch derselben Systematik.

Gemeinde	2013					2014				
	Finanzierung direkt	Einwohnerzahl 31.12. 2012	Prozent	Finanzierung mit Umlage nach Einwohnerzahl	Abweichung	Finanzierung direkt	Einwohner 31.12. 2013	Prozent	Finanzierung mit Umlage nach Einwohnerzahl	Abweichung
Bühler	86'986	1'723	3.211	216'703	129'717	74'064	1'706	3.167	190'853	116'789
Gais	339'421	3'038	5.662	382'091	42'670	353'042	3'059	5.678	342'215	-10'828
Grub	137'968	1'012	1.886	127'280	-10'688	135'054	1'025	1.903	114'668	-20'385
Heiden	537'968	4'033	7.516	507'232	-30'736	502'474	4'052	7.521	453'303	-49'171
Herisau	2'016'479	15'290	28.494	1'923'031	-93'448	1'558'902	15'421	28.624	1'725'169	166'267
Hundwil	75'290	977	1.821	122'878	47'588	100'455	981	1.821	109'746	9'291
Lutzenberg	99'604	1'267	2.361	159'351	59'747	99'569	1'254	2.328	140'287	40'718
Rehetobel	331'040	1'714	3.194	215'571	-115'469	217'924	1'730	3.211	193'538	-24'386
Reute	38'102	675	1.258	84'895	46'793	39'803	666	1.236	74'506	34'703



Schönengrund	31'769	494	0.921	62'131	30'362	33'059	512	0.950	57'278	24'219
Schwellbrunn	213'693	1'481	2.760	186'266	-27'427	180'465	1'497	2.779	167'472	-12'994
Speicher	427'618	4'196	7.820	527'733	100'115	305'851	4'182	7.763	467'846	161'995
Stein	106'334	1'358	2.531	170'796	64'462	144'161	1'379	2.560	154'271	10'109
Teufen	950'769	5'997	11.176	754'246	-196'523	1'059'001	6'044	11.219	676'151	-382'850
Trogen	363'000	1'684	3.138	211'797	-151'203	317'375	1'673	3.105	187'161	-130'214
Urnäsch	297'327	2'250	4.193	282'984	-14'343	263'631	2'257	4.189	252'494	-11'138
Wald	41'901	844	1.573	106'150	64'249	41'314	838	1.555	93'748	52'434
Waldstatt	179'609	1'781	3.319	223'997	44'388	218'367	1'799	3.339	201'257	-17'110
Walzenhausen	227'181	2'121	3.953	266'759	39'578	189'796	2'071	3.844	231'686	41'889
Wolfhalden	246'785	1'725	3.215	216'954	-29'831	192'655	1'728	3.207	193'314	659
Total	6'748'844	53'660	100.00	6'748'844	0	6'026'961	53'874	100.00	6'026'961	0

Die Verwaltungskosten des Kantons für die Gesamtkostenfinanzierung mit zentraler Administration würden vollständig durch die Gemeinden getragen. Sie umfassen insbesondere den Aufwand für:

- Prüfung des Wohnsitzes der versicherten Personen
- Rechnungskontrolle und Zahlung der eingehenden Rechnungen aller Restfinanzierungsansprüche (von Pflegeheimen und von ambulanten Leistungserbringern)
- Bearbeitung von Spezialfällen und interkantonalen Zuständigkeitsstreitigkeiten
- Führen eines Controllinginstruments (z. B. für die Gewährleistung, dass keine doppelte Zahlung erfolgt)
- Quartalsweise vorschüssige Einforderung von Akontozahlungen der Gemeinden im Umfang der mutmasslichen Pflegekosten und der mutmasslichen Verwaltungsaufwandes
- Erstellung der Jahresrechnung der tatsächlichen Pflegekosten und des tatsächlichen Verwaltungsaufwands
- Rechnungsstellung (Jahresrechnung) an die Gemeinden

Im Bereich der Pflegeheime ist davon auszugehen, dass die rund 30 Pflegeheime in Appenzell Ausserrhoden monatlich eine Sammelabrechnung (Zusammenzug aller Restfinanzierungsforderungen für Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder) einreichen. Hinzu kommen monatlich rund 60 Einzelrechnungen von Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder, die in einem ausserkantonalen Pflegeheim leben. Die Sammelabrechnungen der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause werden bereits heute durch den Kanton administriert. Diese Arbeiten würden zusätzliche Personalressourcen im Umfang von 50 Stellenprozenten im Bereich Sachbearbeitung erfordern. Dies wäre mit zusätzlichen Verwaltungskosten von rund Fr. 54'000.– verbunden (Personalaufwand und Arbeitsplatz). Im Finanzamt könnten die Aufwendungen für den Zahlungsverkehr ohne zusätzliches Personal geleistet werden. Für die Verarbeitung der Papierrechnungen wird von durchschnittlichen Kosten von Fr. 20.– je Rechnung ausgegangen. Somit muss für die Verarbeitungen aller Rechnungen insgesamt mit Kosten in der Höhe von Fr. 24'000.– gerechnet werden.



Es ist somit gesamthaft von einem Verwaltungsaufwand von rund Fr. 78'000.– auszugehen, welcher nach Massgabe der Einwohnerzahl den Gemeinden zu belasten ist. Gemäss Einwohnerzahl im Jahr 2013 ergeben sich daraus folgende Verwaltungskosten je Gemeinde:

Gemeinde	Einwohnerzahl am 31.12.2013	Prozent	Verwaltungskosten der zentralen Administration (CHF)
Bühler	1'706	3.167	2'470
Gais	3'059	5.678	4'429
Grub	1'025	1.903	1'484
Heiden	4'052	7.521	5'867
Herisau	15'421	28.624	22'327
Hundwil	981	1.821	1'420
Lutzenberg	1'254	2.328	1'816
Rehetobel	1'730	3.211	2'505
Reute	666	1.236	964
Schönengrund	512	0.950	741
Schwellbrunn	1'497	2.779	2'167
Speicher	4'182	7.763	6'055
Stein	1'379	2.560	1'997
Teufen	6'044	11.219	8'751
Trogen	1'673	3.105	2'422
Urnäsch	2'257	4.189	3'268
Wald	838	1.555	1'213
Waldstatt	1'799	3.339	2'605
Walzenhausen	2'071	3.844	2'998
Wolfhalden	1'728	3.207	2'502
Total	53'874	100.000	78'000

Hingegen erachtet der Regierungsrat die Einführung eines Lastenausgleichs im Bereich der Pflegerestkosten durch Änderung des Finanzausgleichs als prüfenswert. Diese Änderung hätte im Rahmen der Revision des Finanzausgleichsgesetzes zu erfolgen, da die adäquate Einbettung in den Gesamtkontext des kantonalen Finanzausgleichs von zentraler Bedeutung ist.

1.3 Beitragspflicht von Kindern und Jugendlichen (Art. 6 Abs. 2)

Zwei Vernehmlassungsteilnehmende beantragen, dass Art. 6 Abs. 2 zu streichen sei (Gemeinde Bühler, SVP). Begründet wird das damit, dass die Kosten für Kinder und Jugendliche, welche von der Sozialversicherung nicht gedeckt werden, selten seien und bei Notsituationen von der Sozialhilfe und diversen Organisationen abgedeckt würden. Es soll in diesem Zusammenhang keine Regelung für Einzelsituationen geschaffen werden, welche zu einem unnötigen Giesskannenprinzip führen würde. Von den Branchenverbänden hingegen



wird die geltende Fassung befürwortet; diesen erachten die Befreiung korrekt und begrüßenswert (ASPS, SBK).

Dem Regierungsrat erscheint die Befreiung des Eigenanteils von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre nach wie vor angemessen.

2. Änderungen des Gesetzesentwurfs aufgrund der Vernehmlassung

Aufgrund der Vernehmlassungsantworten sowie einer nochmaligen eingehenden Prüfung des Gesetzesentwurfs wurden einige Anpassungen gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf vorgenommen.

2.1 Beitrag der versicherten Person

Der prozentuale Beitrag an die Pflegekosten, welchen die versicherte Person zu leisten hat (Eigenanteil), wird im Gesetz festgelegt. Aus Gründen der Rechtssicherheit gehören diese wichtigen prozentualen Sätze zur Höhe der Beteiligung der versicherten Person in das formelle Gesetz. Eine Kompetenzdelegation an den Regierungsrat wäre nicht sachgerecht.

2.2 Höchstansätze für nicht-pflegerische Leistungen

Der Regierungsrat erhält neu neben der Kompetenz zur Festlegung von Höchstansätzen für die anrechenbaren Pflegekosten (Art. 5 Abs. 1) auch die Kompetenz, Höchstansätze für die anrechenbaren Kosten der nicht-pflegerischen Leistungen (Art. 5 Abs. 2) festzulegen (vgl. Abschnitt B, Ziff. 4.3). Bei der Festlegung der Höchstansätze werden neben den Gemeinden auch die zuständigen kantonalen Branchenverbände angehört (Art. 5 Abs. 3).

D. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 1 Zweck

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

Art. 2 Rechnungsstellung der Leistungserbringer

In Art. 2 werden die Kosten, die von einem Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden, in Kosten für Pflegeleistungen und Kosten für nicht-pflegerische Leistungen unterteilt (Art. 2 Abs. 1 Satz 2). Als Pflegekosten gelten dabei Kosten, welche dem Leistungserbringer für erbrachte Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstanden sind.

Diese Unterteilung ist notwendig, da Pflegeleistungen und 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. Dabei hat die zuständige Gemeinde die nach Abzug des Beitrags der OKP sowie des Beitrags der versicherten Person verbleibenden Pflegekosten zu übernehmen; die Zuständigkeit richtet sich nach Art. 4.



Art. 3 Beitrag der versicherten Person

In Art. 3 wird der Beitrag der versicherten Person an die Kosten für Pflegeleistungen geregelt. Dieser Beitrag betrifft die nicht durch die OKP gedeckten Pflegekosten. Der Beitrag ist demnach nur geschuldet, wenn der Beitrag des Krankenversicherers sowie allfällige weitere Sozialversicherungsbeiträge die Pflegekosten nicht decken.

Der Beitrag der versicherten Person entspricht bei Pflegeleistungen in Pflegeheimen dem nach Bundesrecht zulässigen Maximum je Tag, das heisst 20 Prozent des höchsten nach Art. 7a Abs. 3 KLV zu übernehmenden Pflegebeitrags. Bei ambulant erbrachten Pflegeleistungen entspricht der Beitrag der Hälfte des nach Bundesrecht zulässigen Maximums je Tag, das heisst 10 Prozent des höchsten nach Art. 7a Abs. 1 KLV zu übernehmenden Pflegebeitrags. Bei Tages- und Nachtstrukturen entspricht der Beitrag ebenfalls der Hälfte des nach Bundesrecht zulässigen Maximums je Tag. Bei den Tages- und Nachtstrukturen sind gemäss Art. 7a Abs. 4 KLV die Beiträge für Pflegeheime nach Art. 7a Abs. 3 KLV massgebend.

Auf die Einforderung eines Pflegebeitrages von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wird verzichtet.

Art. 4 Restfinanzierung

Die Restfinanzierung der Pflegekosten 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 grundsätzlich jene Gemeinde, in welcher die versicherte Person zum Zeitpunkt des Leistungsbezugs ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat.

Bei Pflegeleistungen in Pflegeheimen bleibt jene Gemeinde zuständig, in welcher die versicherte Person vor dem Eintritt in das Pflegeheim zivilrechtlichen Wohnsitz hatte. Durch den Aufenthalt im Pflegeheim wird keine neue Zuständigkeit begründet. 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 interkantonalen Sachverhalten das Wohnsitzprinzip anzuwenden (vgl. die Ausführungen zu Wohnsitz- und Herkunftsprinzip in Abschnitt B, Ziff. 1.4).

Art. 5 Höchstansätze der anrechenbaren Kosten

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. 5 Abs. 1 die Höchstansätze für die Pflegekosten festzulegen. Damit werden die maximal zu finanzierenden Restkosten für die Pflegeleistungen bestimmt. Die Höchstansätze sind je Pflegebedarf (Pflege im Pflegeheim und in Tages- und Nachtstrukturen 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 mittels Verordnung festgelegt werden.

Der Regierungsrat soll, gestützt auf diese Kompetenznorm, auf Verordnungsstufe Regelungen erlassen können, um den anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer für die Pflegekosten bestimmen zu können. Damit sind auch Regelungen für die Finanzierung von Zuschlägen oder die Festlegung spezifischer Höchstansätze für spezialisierte Leistungsangebote (erhöhte Anforderungen an die Pflege), insbesondere in den Bereichen psychogeriatrische Pflege, Palliative Care und Demenz, möglich.



In der Schweiz werden im Bereich der Pflegeheime sowie für Tages- und Nachtstrukturen 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 Abstimmung zwischen den zur Anwendung kommenden Instrumenten und dem Abgeltungssystem. In der ambulanten Pflege erfolgt die Bedarfsabklärung mit RAI-Home-Care. Die Ermächtigung des Regierungsrates zur Festlegung der Höchstansätze umfasst auch, die Systeme zur Erhebung des Pflegebedarfs festzulegen.

Vor Festlegung der Höchstansätze durch den Regierungsrat sollen die Gemeinden angehört werden, da sie Träger der Pflegerestkosten sind. Ebenso sollen die zuständigen kantonalen Branchenverbände als Vertreter der Leistungserbringer angehört werden.

Art. 6 Ausserkantonale Leistungserbringer

Art. 6 hält fest, dass bei Pflegeleistungen 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.

E. Auswirkungen

1. Gesetzgebung

1.1 Aufhebung der Vorläufigen 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.

1.2 Revisionsbedarf im Gesundheitsgesetz (GG)

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 die finanzielle Beteiligung des Kantons für die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege gestrichen; Art. 5 GG 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 vom 11. Dezember 2007 (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 Administration zentral, womit Personalressourcen und Fachwissen gebündelt werden konnten.

Im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Gesetzesentwurfs wurde festgestellt, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen 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. Der Regierungsrat und der Vorstand der Gemeindepräsidienkonferenz erachten die bestehende kantonale Lösung jedoch als zweckdienlich und sinnvoll. Insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass bei den drei grössten Spitex-Organisationen das Versorgungsgebiet drei, sechs und neun Gemeinden umfasst. Die Bestimmung des Finanzierungssystems (Bestimmung des anrechenbaren Aufwands und Ertrags, der Kostenbeteiligung der leistungsbeziehenden Personen sowie des Finanzierungsbeitrags der Gemeinden) je Versorgungseinheit wäre für die Vielzahl der involvierten Gemeinden sowie für die Leistungserbringer aufwändig. Im Weiteren wäre eine Gleichbehandlung aller Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger in Appenzell Ausserrhoden nicht mehr gewährleistet.

Mit dem vorliegenden Erlass soll daher eine Bestimmung ins 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 und dass der kantonale Anteil 55 Prozent beträgt (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^{bis} GG). Der Regierungsrat soll neu 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).

1.3 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.



Die Verordnung zum PFG wird dem Kantonsrat im Hinblick auf die zweite Lesung unterbreitet. Die bestehende Spitex-Verordnung wird mit Inkrafttreten der neu zu schaffende Verordnung materiell ersetzt und aufgehoben.

2. Personelle Auswirkungen

Für das Controlling gemäss vorliegendem Gesetzesentwurf sind keine zusätzlichen Personalressourcen erforderlich. 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. Organisatorische Auswirkungen

Der Vollzug des vorliegenden Gesetzesentwurfes erfordert keine organisatorischen Änderungen. Das Departement Gesundheit und Soziales wird als zuständiges Departement mit dem Vollzug betraut. Die Zuständigkeit für das Controlling liegt beim Amt für Soziales.

4. Finanzielle Auswirkungen

Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung ab dem 1. Januar 2011 brachte insbesondere durch die Übernahme der Restfinanzierung der stationären Pflege sowie der Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege finanzielle Mehrbelastungen für Kanton und Gemeinden. Vor der Neuordnung der Pflegefinanzierung hatten Kanton und die Gemeinden im Bereich der Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen 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 bereits geregelt waren, galt es in der Vorläufigen Verordnung der Pflegefinanzierung insbesondere die Restfinanzierung der Pflege in Pflegeheimen sowie die Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege neu 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^{bis} GG). Aufgrund des Auftrags der Gemeinden für die Versorgung mit Alters- und Pflegeheimen (Art. 5 Abs. 1 lit. a GG) wurde die Restfinanzierung der Pflege in Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen 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 Gesetzgeber zur Auffassung, dass grundsätzlich die Gemeinden für die Pflegefinanzierung (mit Ausnahme der Akut- und Übergangspflege) zuständig seien.

Die heute geltende Regelung soll gemäss dem vorliegenden Gesetzesentwurf 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 Prozent 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 im Pflegeheim und in Tages- und Nachtstrukturen als auch in der ambulanten Pflege beansprucht werden. Dies wird sowohl bei den Aufwendungen für die Pflegekosten als auch bei den EL 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 (vgl. Abschnitt A, Ziff. 2.).

a) *Kostenentwicklung 2011–2014 für die Pflege im Pflegeheim sowie in Tages- und Nachtstrukturen*

Die Gemeinden in Appenzell Ausserrhoden leisteten in den Rechnungsjahren 2011–2014 folgende Beiträge an die Pflegerestkosten für Ausserrhoder und Ausserrhoderinnen in inner- und ausserkantonalen Alters- und Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen:

Gemeinde	2011 CHF	2012 CHF	2013 CHF	2014 CHF
Bühler	110'055	83'886	86'986	74'064
Gais	396'935	327'635	339'421	353'042
Grub	63'041	91'916	137'968	135'054
Heiden	488'576	533'566	537'968	502'474
Herisau	1'415'963	1'524'597	2'016'479	1'558'902
Hundwil	34'639	52'613	75'290	100'455
Lutzenberg	53'377	62'790	99'604	99'569
Rehetobel	208'164	232'848	331'040	217'924
Reute	21'934	19'635	38'102	39'803
Schönengrund	21'978	9'394	31'769	33'059
Schwellbrunn	162'503	169'147	213'693	180'465
Speicher	284'317	355'269	427'618	305'851
Stein	76'956	97'999	106'334	144'161
Teufen	593'615	696'377	950'769	1'059'001



Trogen	289'200	308'700	363'000	317'375
Urnäsch	265'639	246'246	297'327	263'631
Wald	38'478	37'488	41'901	41'314
Waldstatt	128'704	142'007	179'609	218'367
Walzenhausen	239'520	232'892	227'181	189'796
Wolfhalden	201'003	220'979	246'785	192'655
Total	5'094'597	5'445'984	6'748'844	6'026'961

Einwohner am 31.12.	53'313	53'438	53'691	53'874
Kosten je Einwohner/Jahr	95.56	101.91	125.70	111.87

Quelle:

- Angaben 2011–2013: durch die Gemeinden
- 2014: Erfolgsrechnung der Gemeinden; Departement Finanzen; Konto 4125 Pflegefinanzierung

b) *Kostenentwicklung 2011–2014 in der ambulanten Pflege*

Die Beiträge an die Pflegerestkosten für Ausserrhoder und Ausserrhoderinnen werden nicht spezifisch erfasst. Der Kanton (bis 2014) und die Gemeinden 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 für die Jahre 2011–2014 folgende Beiträge an die Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause aus:

Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit Versorgungsauftrag	2011 CHF	2012 CHF	2013 CHF	2014 CHF
Beitrag Kanton	495'474	689'909	998'809	1'058'160
Beitrag Gemeinden	997'627	1'385'187	1'998'005	2'116'320
Total Kanton und Gemeinden	1'493'101	2'075'096	2'996'814	3'174'480

Einwohner am 31.12.	53'313	53'438	53'691	53'874
Kosten je Einwohner/Jahr in CHF	28.01	38.83	55.82	58.92

Quelle: Jahresrechnungen der Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag

In der dargestellten Kostenentwicklung sind die Leistungen und Kosten der Organisationen ohne Versorgungsauftrag sowie jene 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, dürfen jedoch als geringfügig eingeschätzt werden.

c) *Kostenentwicklung 2011– 2014 in der Akut- und Übergangspflege*

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

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

Quelle: Staatsrechnungen 2011 - 2014; Konto 1377

d) *Kostenentwicklung 2011–2014 bei den Ergänzungsleistungen*

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

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

Mit Übernahme der Restfinanzierung der Pflege in Pflegeheimen 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 zurzeit nicht möglich.

Da mit 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 sowie eine Kostenschätzung der EL für den Aufenthalt in Alters- und Pflegeheimen.



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
2014	375	8'500'000

Quelle: Ausgleichskasse und IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden

4.3 Datenlage

Wie unter Abschnitt B, Ziff. 2.7 und 3.4 (Controlling und Kostenrechnung), ausgeführt, ist gemäss dem vorliegenden Gesetzesentwurf die mit dem Controlling betraute Dienststelle verpflichtet, eine kennzahlenbasierte Prüfung der Kostenrechnungen und der kostenrelevanten Pflegekostenverrechnungen innerhalb der kantonal 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 verbindliche Vorgabe einer Einheitlichkeit sowohl in der Rechnungslegung und Kostenrechnung als auch bei deren Prüfung und Auswertung verzichtet.

Die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit einem Leistungsauftrag einer Gemeinde führen zurzeit eine Kostenrechnung nach dem Branchenstandard des Spitexverbandes 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 sowie ergänzende Dienstleistungen verzichtet.

Die Ausgleichskasse und IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden verfügt aktuell über keine Daten, welche die Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung darlegen könnten. 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, Ziff. 4 und 6).



F. Weiteres Vorgehen

Das Verfahren erfolgt nach dem ordentlichen Gang der Gesetzgebung. Parallel zur parlamentarischen Bearbeitung des vorliegenden Gesetzesentwurfs werden Vorbereitungsarbeiten zum Ausführungserlass (regierungsrechtliche Verordnung) anlaufen. Die Inkraftsetzung ist per 1. Januar 2017 vorgesehen.

Der Zeitplan sieht im Detail wie folgt aus:

Beginn Kommissionsarbeiten	2. Oktober 2015
Ende Kommissionsarbeiten	8. Januar 2016
Kantonsrat 1. Lesung	22. Februar 2016
Beginn Volksdiskussion	26. Februar 2016
Ende Volksdiskussion	25. März 2016
Regierungsrat 2. Lesung	5. April 2016
Beginn Kommissionsarbeiten nach 2. Lesung Regierungsrat	8. April 2016
Ende Kommissionsarbeiten	17. Mai 2016
Kantonsrat 2. Lesung	13. Juni 2016
Beginn Referendumsfrist	17. Juni 2016
Ende Referendumsfrist	16. August 2016
ev. Volksabstimmung	27. November 2016
Inkraftsetzung	1. Januar 2017

G. Antrag

Der Regierungsrat beantragt Ihnen,

1. auf die Vorlage einzutreten und
2. dem Entwurf des Gesetzes über die Pflegefinanzierung in erster Lesung zuzustimmen.



Im Namen des Regierungsrates

sign. Matthias Weishaupt

Matthias Weishaupt, Landammann

sign. Roger Nobs

Roger Nobs, Ratschreiber

Beilagen

Beilage 1.1 Gesetzesentwurf

Beilage 1.2 Vernehmlassungsauswertung



H. 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
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)