Vortrag

Datum RR-Sitzung:	16. September 2026
Direktion:	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Geschäftsnummer:	2024.GSI.2246
Klassifizierung:	Nicht klassifiziert

Verordnung über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLV; BSG 860.31) (Änderung)

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage ... 2

2. Zusammenfassung ... 2

3. Grundzüge der Neuregelung ... 3
3.1 Grundsatz ... 3
3.1.1 Auswirkungen auf Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen ... 3
3.1.2 Auswirkungen auf Menschen, die privat wohnen (Betreuung und Pflege durch Angehörige) ... 5
3.2 Anerkennung als Spitex-Organisation (Betriebsbewilligung / Zulassung KVG), Tarif ... 6
3.3 Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen von über 65-jährigen Personen in einem Wohnheim oder einer anderen betreuten kollektiven Wohnform ... 6
3.4 Revision von Artikel 35 BLV («Angehörigendrittel») ... 7

4. Erledigung politischer Vorstösse ... 7

5. Umsetzung ... 7

6. Erläuterungen zu den Artikeln ... 7
6.1 Verordnung über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen ... 7
6.2 Verordnung über die sozialen Leistungsangebote (indirekte Änderung) ... 9

7. Finanzielle Auswirkungen ... 10
7.1 Grundsätzliches ... 10
7.2 Subsidiarität ... 11
7.3 Einführung von EFAS (2032) ... 12
7.4 Patientenbeteiligung ... 12
7.5 Angehörigendrittel (Art. 35 BLV) ... 13

8. Personelle und organisatorische Auswirkungen ... 13

9. Auswirkungen auf die Gemeinden ... 13

10. Auswirkungen auf die Volkswirtschaft ... 14

11. Ergebnis der Konsultation ... 14

1. Ausgangslage

Am 1. Januar 2024 traten das neue Gesetz sowie die neue Verordnung über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG[1] und BLV) in Kraft. Seither läuft die vierjährige Einführungszeit (Art. 67 Abs. 1 BLG). Bei der Anwendung der neuen Rechtsgrundlagen hat sich in der Praxis gezeigt, dass in einigen Bereichen Justierungsbedarf besteht. Mit der vorliegenden Teilrevision sollen folgende Themen in der BLV angepasst werden, um den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen im Vollzug noch besser gerecht werden zu können:

– **Subsidiarität**: Konkretisierung der gesetzlich verankerten Subsidiarität (Art. 20 Abs. 2 BLG).

– **Wohnheime als Spitex-Organisationen:** Definition der Fälle, in denen eine Zulassung als Spitex-Organisation nicht zweckmässig oder unverhältnismässig ist. Dies erfordert eine indirekte Anpassung der SLV[2].

– **Patientenbeteiligung:** Befreiung von über 65-jährigen Personen, die in einem Wohnheim («Behindertenheim») oder in einer anderen betreuten kollektiven Wohnform (sog. «privater Haushalt») leben gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 EV ELG[3] und Ergänzungsleistungen beziehen (indirekte Anpassung der SLV).

– **Beschränkung der durch Angehörige erbrachten Assistenzleistungen:** Artikel 35 Absatz 1 BLV ist anzupassen, da bei der Berechnung des «Angehörigendrittels» ein Interpretationsspielraum besteht, wodurch ein Missbrauchspotential entsteht.

2. Zusammenfassung

Die Leistungen nach BLG sind subsidiär zu behinderungsbedingten Leistungen Dritter, insbesondere von Sozialversicherungen, öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Privatversicherungen zu erbringen (Art. 2 Abs. 1 Bst. e BLG). Mit anderen Worten sind alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die bezogenen oder erbrachten Leistungen zumindest teilweise mit Leistungen Dritter zu finanzieren. Nicht in jedem Fall ist es jedoch angezeigt, den Grundsatz der Subsidiarität umfassend durchzusetzen; dies betrifft v.a. die Grund- und Behandlungspflege in gewissen Settings. So sollen sich Wohnheime oder andere betreute kollektive Wohnformen nicht um eine KVG[4]-Zulassung bemühen müssen, wenn die Geltendmachung von KVG-Leistungen für sie nicht wirtschaftlich und verhältnismässig ist oder sie die KVG-Voraussetzungen trotz Anstrengungen nicht erfüllen können. Ebenso sollen bewährte Settings, z.B. eine Betreuung durch Angehörige, nicht aufgrund der Subsidiarität aufgegeben werden müssen (Aufnahme als Grundsatz). Für diese Bereiche schaffen die neuen Bestimmungen, deren Erlass in die Kompetenz des Regierungsrats fällt[5], Ausnahmen und bringen Klärung.

Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen, welche als zugelassene KVG-Leistungserbringer mit einer internen Spitex-Organisation Pflegeleistungen erbringen, setzen die Subsidiarität in diesem Bereich vollumfänglich um. Damit sie die erbrachten KVG-Leistungen im Rahmen der Restkostenfinanzierung mit dem Kanton abrechnen können, sind sie in der SLV als neue Leistungserbringerkategorien aufzunehmen. Die SLV ist daher entsprechend anzupassen.

[1] Gesetz vom 13. Juni 2023 über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG; BSG 860.3)
[2] Verordnung vom 24. November 2021 über die sozialen Leistungsangebote (SLV; BSG 860.21)
[3] Einführungsverordnung vom 16. September 2009 zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG; BSG 841.311)
[4] Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)
[5] Artikel 20 Absatz 2 BLG

Auch bezüglich der Patientenbeteiligung nach KVG hat die Durchsetzung der Subsidiarität Auswirkungen für Menschen mit Behinderungen, die in einem Wohnheim oder einer anderen betreuten kollektiven Wohnform mit interner Spitex-Organisation leben. So müssen Menschen, die älter als 65 Jahre sind, Ergänzungsleistungen (EL) beziehen und in einem Wohnheim («Behindertenheim») oder einer anderen betreuten kollektiven Wohnform leben[6], beim Bezug von ambulanten Pflegeleistungen nach geltendem Recht eine Patientenbeteiligung bezahlen, weil die EL diese nicht übernimmt. Mit der neuen Regelung in der SLV wird bestimmt, dass dieser Personenkreis von der Entrichtung der Patientenbeteiligung befreit wird. Diese Personen werden somit gleichgestellt mit Personen, welche ebenfalls älter als 65 Jahre sind, EL beziehen und sich in einem Pflegeheim aufhalten, welches sich auf der Pflegeheimliste befindet. In diesen Fällen ist die Patientenbeteiligung an den Pflegekosten in der Heimtaxe enthalten, die vollumfänglich von der EL übernommen wird.

Artikel 35 Absatz 1 BLV stellt für die Berechnung des sogenannten Angehörigendrittels auf die im Rahmen der individuellen Bedarfsermittlung erhobenen Leistungsstunden ab. Diese Regelung birgt ein gewisses Interpretations- und Missbrauchspotential, da der Anreiz entstehen könnte, im Rahmen der Bedarfsermittlung möglichst hohe Leistungsstunden geltend zu machen, woraus sich ein höherer Anteil an durch Angehörige finanzierbaren Leistungen ergibt. Um Klarheit zu haben, wird die Vorgabe gemäss der bisherigen Praxis näher definiert. Die Anpassung ist somit vorwiegend technischer Natur und es ist aus den vorgenannten Gründen sachgerecht, dass die durch das AIS geprüften Leistungsstunden die Berechnungsgrundlage für das Angehörigendrittel bilden sollen und nicht die bei der Bedarfsermittlung erhobenen, aber noch nicht geprüften Leistungsstunden.

3. Grundzüge der Neuregelung

3.1 Grundsatz

Pflegeleistungen der Grund- und Behandlungspflege müssen nur dann bei Primärfinanzierern (insb. OKP[7]) geltend gemacht werden, wenn und soweit dies für Menschen mit Behinderungen zweckmässig und für Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen verhältnismässig ist.

Menschen mit Behinderungen, die privat wohnen, kann auf Gesuch hin zudem erlaubt werden, auf die Geltendmachung weiterer Leistungen, welche grundsätzlich von Primärfinanzierern erbracht werden (z.B. Assistenzbeitrag der IV), zu verzichten. Dies insbesondere dann, wenn durch die Geltendmachung der Leistungen bei Primärfinanzierern ein bestehendes stabiles Betreuungssetting dahingehend in Frage gestellt würde, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung der Lebensqualität zu erwarten wäre.

3.1.1 Auswirkungen auf Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen

Von den Wohnheimen und anderen betreuten kollektiven Wohnformen wird erwartet, dass sie den Grundsatz der Subsidiarität umsetzen. Für die Abrechnung von Pflegeleistungen stehen

[6] vgl. Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 EV ELG; nicht davon betroffen sind Heime auf der Pflegeheimliste, d.h. Heime gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a EV ELG
[7] Obligatorische Krankenpflegeversicherung (nach KVG)

verschiedene Optionen offen, beispielsweise:

- Aufnahme auf die Pflegeheimliste des Kantons Bern (mit entsprechender KVG-Zulassung als Pflegeheim)
- Gründung einer internen Spitex (sog. «Inhouse-Spitex» – das Heim besitzt eine KVG-Zulassung für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Art. 51 KVV[8])
- Institutionelle Zusammenarbeit mit einer externen Spitex-Organisation
- Individuelle Zusammenarbeit von Bewohnenden mit einer externen Spitex-Organisation

In der Praxis steht die Schaffung einer «Inhouse-Spitex» im Zentrum. Diese Lösung bietet den grossen Vorteil, dass die Mitarbeitenden des Wohnheims oder einer anderen betreuten kollektiven Wohnform weiterhin im gleichen Rahmen im Betrieb angestellt sein können, sofern sie insbesondere die nötigen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Zudem bleiben die Betreuungsverhältnisse für die Menschen mit Behinderungen stabil. Führt dieser Weg aber dazu, dass die Pflegeleistungen nicht mehr von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Wohnheims bzw. einer anderen betreuten kollektiven Wohnform erbracht werden können, erscheint eine Umstellung der Finanzierung zur Umsetzung der Subsidiarität in der Regel als nicht zweckmässig. Dies gilt sowohl für die Grund- als auch für die Behandlungspflege nach KVG. Die teilweise Übernahme von Arbeiten, welche bisher von Mitarbeitenden des Wohnheims oder einer anderen betreuten kollektiven Wohnform geleistet wurden, durch Personal einer bestehenden (externen) Spitex-Organisation wird von einzelnen Wohnheimen bereits heute praktiziert, würde aber für einzelne Wohnheime oder andere betreute kollektive Wohnformen grundsätzliche Probleme nach sich ziehen. Pflegeleistungen im Sinne von Artikel 7 KLV[9] sollen aus diesem Grund weiterhin gemäss BLG abgerechnet werden können, wenn eine Institution die Voraussetzungen für die Betriebsbewilligung als Spitex-Organisation gemäss Artikel 89 ff. SLG[10] und damit für die Zulassung als Spitex-Organisation gemäss Artikel 51 KVV trotz entsprechender Bemühungen nicht erfüllen kann oder wenn die Erlangung einer solchen unverhältnismässig wäre, weil die Spitex-Organisation nicht kostendeckend betrieben werden kann. Dies führt zu folgender Regelung für die Wohnheime und anderen Anbieter betreuter kollektiver Wohnformen:

Wohnheime sind grundsätzlich verpflichtet, die Zulassung als Spitex-Organisation zu erlangen, sofern sie weder auf der Pflegeheimliste stehen noch mit einer externen Spitex-Organisation zusammenarbeiten. Mit der Zulassung als Spitex-Organisation wird sichergestellt, dass die Leistungen, die gleichzeitig der Definition von Pflegeleistungen nach Artikel 7 KLV entsprechen, weiterhin von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Wohnheims erbracht werden können. Nachfolgend werden die zwei Ausnahmen von diesem Grundsatz beschrieben:

1. Das Total der Stunden mit Pflegemassnahmen, die über die Krankenkassen abgerechnet werden können, müssen neben den Lohn- auch die Fixkosten, die der Betrieb einer Spitex-Organisation mit sich bringt, decken. Wird diese Stundenzahl unterschritten, ist es unverhältnismässig, eine Spitex-Organisation zu betreiben. Diese Institutionen werden von der Pflicht entbunden, die Zulassung als Spitex-Organisation zu beantragen.

2. Um die Zulassung als Spitex-Organisation zu erhalten, müssen Institutionen die in Artikel 51 Absatz 1 KVV, Artikel 91 SLG und in Artikel 39 ff. SLV zum Erhalt einer Betriebsbewilligung umschriebenen Vorgaben erfüllen. Dazu gehören insbesondere auch personelle Auflagen: Bei der für den Bereich Pflege verantwortlichen Person muss es sich um

[8] Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
[9] Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31)
[10] Gesetz vom 9. März 2021 über die sozialen Leistungsangebote (SLG; BSG 860.2)

eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann handeln. Darüber hinaus muss im Umfang von mindestens 20 Prozent des gesamten Stellenetats Pflege diplomiertes Pflegepersonal beschäftigt werden. Nicht alle Wohnheime oder Anbieter anderer betreuter kollektiver Wohnformen sind aktuell so aufgestellt, dass es für sie ein realistisches Szenario darstellt, diese Voraussetzungen (trotz zumutbarer Bemühungen) erfüllen zu können. Diese Institutionen werden von der Pflicht entbunden, die Zulassung als Spitex-Organisation zu beantragen. Es braucht auch keine Lösung, bei der die Pflegeleistungen durch eine externe Spitex-Organisation erbracht werden. Ein solches Szenario wäre für alle Beteiligten nicht zweckmässig.

Die beiden Ausnahmen werden vom Amt für Integration und Soziales (AIS) vollzogen. Dieser Vollzug erfolgt in einem dem Bedarfsabklärungsprozess vorgelagerten Verfahren. Die betroffenen Institutionen reichen dem AIS 8 Monate vor ihrem Umstellungsbeginn auf die Finanzierung nach BLG ein Gesuchsformular ein, in welchem sie darlegen und gegebenenfalls nachweisen, ob sie gemäss KVG abrechnen wollen (Spitex-Gründung), eine Ausnahme wegen Unverhältnismässigkeit (< 2000 Stunden Pflege pro Jahr, s. oben Punkt 1) oder eine Ausnahme wegen Unzumutbarkeit (personelle Situation erlaubt keine Bewilligung als Spitex, Nachweis mit Stellenplan, s. oben Punkt 2) in Anspruch nehmen wollen. In der Folge prüft das AIS die Gesuche und entscheidet mittels Verfügung, ob die Ausnahme bewilligt wird, sofern eine solche beantragt wird.

In der dem Ausnahmeverfahren nachgelagerten Phase führt die Institution basierend auf dem Ausnahme-Entscheid des AIS die Bedarfsermittlungen mittels Individuellem Hilfeplan (IHP) durch. Die Bedarfsprüfungsstelle (BPS) prüft die IHP basierend auf dem Entscheid des AIS und gibt dem AIS eine Empfehlung ab, welches schlussendlich die Leistungsgutsprache verfügt. Bei Leistungserbringenden, die befreit werden, gelten trotzdem die Regelungen gemäss BLG, was die Qualifikation von Leistungen betrifft. Dabei sind B-Leistungen nach BLG in der Regel kongruent mit Leistungen der Behandlungspflege. Das AIS setzt einen einschlägigen Ausbildungsabschluss auf Sekundärstufe voraus. Im Rahmen der Aufsicht wird die Einhaltung bei den Wohnheimen überprüft.

3.1.2 Auswirkungen auf Menschen, die privat wohnen (Betreuung und Pflege durch Angehörige)

Die grundsätzlich bestehende Verpflichtung, Massnahmen der Grund- oder Behandlungspflege von einer Spitex-Organisation zu beziehen, kann bei Menschen mit Behinderungen, die privat wohnen, dazu führen, dass ein bestehendes, stabiles Betreuungssetting aufgelöst und neu organisiert werden müsste. Insbesondere betrifft dies Situationen, in denen Angehörige bisher einen grossen Teil der pflegerischen Unterstützung übernommen haben. Wie bei institutionell wohnenden Menschen mit Behinderungen erscheint dies als nicht zweckmässig. Deshalb wird mit der vorliegenden Verordnungsänderung bestimmt, dass Menschen mit Behinderungen, die privat wohnen und Grund- oder Behandlungspflege benötigen, grundsätzlich verpflichtet sind, diese von einer Spitex-Organisation erbringen zu lassen. Wird durch den Beizug einer Spitex-Organisation ein bestehendes stabiles Betreuungssetting dahingehend in Frage gestellt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung der Lebensqualität zu erwarten ist, so kann der betreffenden Person erlaubt werden, auf die Geltendmachung von Leistungen Dritter für die Erbringung der Pflegeleistungen zu verzichten (siehe zum entsprechenden Verfahren der Einwilligung des AIS, auf Leistungen Dritter verzichten zu können, die Erläuterungen zu Artikel 52a Absatz 1).

Dasselbe Verfahren kommt zur Anwendung, wenn privat wohnenden Menschen mit Behinderungen erlaubt werden soll, auf die Geltendmachung weiterer Leistungen – welche grundsätzlich von Primärfinanzierern erbracht werden (z.B. Assistenzbeitrag der IV) – zu verzichten. Auch hier steht bei der Beurteilung des Gesuchs die Beibehaltung eines bestehenden stabilen Betreuungssettings, welches bei Durchsetzung der Subsidiarität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gefährdet wäre, im Vordergrund.

3.2 Anerkennung als Spitex-Organisation (Betriebsbewilligung / Zulassung KVG), Tarif

Damit ein Wohnheim oder eine andere betreute kollektive Wohnform eine Betriebsbewilligung als Spitex-Organisation und eine Zulassung nach KVG erlangen kann, sind grundsätzlich dieselben, in SLG und SLV sowie KVG und KVV genannten Voraussetzungen zu erfüllen. Grundpflegeleistungen können dabei auch von Personen ohne pflegerische Ausbildung erbracht werden, sofern sie durch Fachpersonal sorgfältig ausgewählt, ausreichend instruiert und angemessen überwacht werden.

Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen, die über eine Spitex-Betriebsbewilligung und OKP-Zulassung verfügen, sollen ihre erbrachten Leistungen zum Tarif nach Artikel 29 Absatz 3 Buchstabe c SLV (Anbieterinnen und Anbieter des Wohnens mit Dienstleistungen, Pflegerestkosten des Kantons) abrechnen können. Die Gleichstellung mit dieser SLV-Leistungserbringerkategorie rechtfertigt sich deshalb, weil BLG-Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen ebenfalls hausinterne Spitex-Leistungen mit eigenem Personal erbringen und deshalb keine Wegkosten anfallen. Die SLV ist entsprechend indirekt zu ändern und es sind die Leistungserbringerkategorien nach BLG (Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen) aufzunehmen.

3.3 Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen von über 65-jährigen Personen in einem Wohnheim oder einer anderen betreuten kollektiven Wohnform

Über 65-jährige Personen, welche pflegebedürftig sind und ambulant gepflegt werden, haben nach Artikel 31 Absatz 1 SLV eine Patientenbeteiligung gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG zu tragen. Diese beträgt zur Zeit maximal CHF 15.35 pro Tag.

Bei Personen, die jährliche Ergänzungsleistungen der AHV/IV beziehen und zu Hause wohnen, wird diese Patientenbeteiligung durch die EL via Krankheits- und Behinderungskosten übernommen. Auch Personen, die auf Grund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung haben, haben einen EL-Anspruch in der Höhe, in der die Patientenbeteiligung den Einnahmenüberschuss übersteigt (Art. 14 Abs. 6 ELG[11]).

Im Falle von Personen, die in einem Wohnheim («Behindertenheim») oder einer anderen betreuten kollektiven Wohnform (sog. «private Haushalte») leben[12] und für die ambulante Pflegeleistungen durch eine Spitex erbracht werden, wird die Patientenbeteiligung nicht von der EL übernommen. Die Übernahme der Patientenbeteiligung durch die EL ist in Artikel 15 Absatz 2 Buchstabe a EV ELG geregelt. Diese steht ausschliesslich Bezügerinnen und Bezügern zu, die zu Hause wohnen. Werden bei der Bemessung der jährlichen EL Heimkosten anstelle einer Miete berücksichtigt, gelten die Betroffenen als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Wenn

[11] Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30)
[12] vgl. Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 EV ELG

in Wohnheimen somit Spitex-Leistungen erbracht werden und diese gemäss dem Subsidiaritätsprinzip der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden, übernimmt die EL die Patientenbeteiligung nicht, weil die Betroffenen als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gelten.

Um diese Ungleichbehandlung zu beseitigen, wird der Kanton mit der vorliegenden Vorlage verpflichtet, die Patientenbeteiligung von über 65-jährigen Personen, die Ergänzungsleistungen beziehen, in einem Wohnheim oder einer anderen betreuten kollektiven Wohnform leben und ambulante Pflegeleistungen beziehen, zu übernehmen. Mit der Einschränkung auf Heime gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 EV ELG («Behindertenheim» sowie sog. «privater Haushalt») sind Heime auf der Pflegeheimliste davon explizit ausgeschlossen.

3.4 Revision von Artikel 35 BLV («Angehörigendrittel»)

Der seit dem 1. Januar 2024 in Kraft stehende Artikel 35 Absatz 1 BLV knüpft für die Berechnung des sogenannten Angehörigendrittels an die im Rahmen der individuellen Bedarfsermittlung erhobenen Leistungsstunden an. In den ersten beiden Jahren der vierjährigen Einführungsphase hat sich in der Praxis gezeigt, dass diese Anknüpfung zu einem Spannungsverhältnis zwischen der Bedarfserhebung und der nachgelagerten fachlichen Prüfung führt. Insbesondere kann ein Anreiz entstehen, im Rahmen der Bedarfsermittlung möglichst viele Leistungsstunden geltend zu machen, da sich daraus ein höherer Anteil an finanzierbaren Leistungen ergibt, die durch Angehörige erbracht werden. Dies birgt ein gewisses Interpretations- und Missbrauchspotenzial. Mit der Anpassung wird klargestellt, dass für die Berechnung des Drittels ausschliesslich die durch das Amt für Integration und Soziales (AIS) geprüften Leistungsstunden massgebend sind und nicht die bei der individuellen Bedarfsermittlung erhobenen Leistungsstunden. Dadurch wird sichergestellt, dass nur fachlich validierte und tatsächlich anerkannte Leistungsumfänge berücksichtigt werden. Die Anpassung ist somit vorwiegend technischer Natur und es ist aus den obgenannten Gründen sachgerecht, dass die durch das AIS geprüften Leistungsstunden die Berechnungsgrundlage für das Angehörigendrittel bilden sollen und nicht die bei der Bedarfsermittlung erhobenen, aber noch nicht geprüften Leistungsstunden.

4. Erledigung politischer Vorstösse

Mit der vorliegenden Änderung der BLV wird die Motion 017-2025 (Stampfli) vom 3. März 2025 «Offene Fragen bei der BLG-Umsetzung klären» insbesondere in Bezug auf die Subsidiarität erfüllt und umgesetzt.

5. Umsetzung

Die vorliegende Teilrevision der BLV soll per 1. November 2026 in Kraft gesetzt werden.

6. Erläuterungen zu den Artikeln

6.1 Verordnung über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen

Artikel 35 Beschränkung der Assistenzleistungen, die durch Angehörige erbracht werden können und finanziert werden

Absatz 1

Im Gegensatz zur bisherigen Regelung (Anknüpfung an die bei der individuelle Bedarfsermittlung erhobenen Leistungsstunden) werden für die Berechnung des Angehörigendrittels neu ausschliesslich die durch das AIS geprüften Leistungsstunden herangezogen. Dadurch wird sichergestellt, dass nur fachlich validierte und tatsächlich anerkannte Leistungsumfänge, welche schlussendlich den Leistungsanspruch begründen, berücksichtigt werden.

Titel eingefügt «5.3 Subsidiarität»

Artikel 52a Grundsatz

Absatz 1

Unabhängig von der Wohnform (Wohnheim, andere betreute kollektive Wohnform, privates Wohnen) wird in Absatz 1 der Grundsatz verankert, dass Menschen mit Behinderungen auf die Geltendmachung von Leistungen Dritter verzichten können, wenn sich diese Geltendmachung aufgrund ihrer Wohn-, Pflege- und Betreuungssituation als nicht zweckmässig erweist bzw. sie dieses Setting bei der Durchsetzung der Subsidiarität aufgeben müssten.

Insbesondere betrifft dies Situationen, in denen Angehörige bisher einen grossen Teil der pflegerischen Unterstützung übernommen haben. Wie bei institutionell wohnenden Menschen mit Behinderungen erscheint in diesen Fällen ein Wechsel als nicht zweckmässig, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung der Lebensqualität zu erwarten ist. Die betreffende Person kann daher unter der Voraussetzung der Einwilligung des AIS darauf verzichten, Leistungen von Dritten (z.B. Sozialversicherungen, insb. OKP) zu beziehen. Die Subsidiaritätsprüfung erfolgt durch das AIS bereits im Zulassungsverfahren nach Artikel 14 Absatz 2 Buchstaben a und c BLV (vollständige Deklaration aller durch Dritte finanzierten behinderungsbedingten Leistungen und Angaben und Belege zu Leistungserbringern, bei denen bereits Leistungen bezogen werden). Das AIS klärt in diesem Stadium beispielsweise ab, ob ein Assistenzbeitrag der IV gesprochen wurde oder ob ein Anspruch auf Spitex-Leistungen mit ärztlicher Anordnung nach KVG besteht, und fordert ggf. Belege ein. Bei dieser Prüfung stellt das AIS somit fest, ob Leistungsansprüche gegenüber Dritten bestehen, und entscheidet nach pflichtgemässem Ermessen und unter Berücksichtigung von sozialen, pflegerischen und behinderungsspezifischen Aspekten darüber, ob der Mensch mit Behinderungen diesbezüglich vorrangig Leistungen bei Vorfinanzierern (insb. OKP) geltend machen muss.

Im Anschluss prüft die BPS das Ergebnis der individuellen Bedarfsermittlung, welches mit dem Individuellem Hilfeplan (IHP) erarbeitet wurde, hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit und Angemessenheit der Inhalte. Sie legt den anrechenbaren Unterstützungsbedarf in Leistungsstunden fest. Bei allen im IHP aufgeführten und beschriebenen Bedarfen wird geprüft, ob diese bereits vollständig oder teilweise von Primärfinanzierern gedeckt werden (Subsidiaritätsprüfung). Zuletzt spricht die BPS eine Empfehlung an das AIS aus.

Absatz 2

In Absatz 2 wird festgehalten, dass das AIS für den Ermessensentscheid betreffend den Verzicht auf die Anrechnung von entsprechenden Drittleistungen nach Absatz 1 zuständig ist und dass für diesen Entscheid die Kriterien von Absatz 1 massgebend sind.

Artikel 52b Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen

Absatz 1

Für Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen wird der Grundsatz aufgestellt, dass sie sich an den Grundsatz der Subsidiarität halten müssen und erbrachte Pflegeleistungen nach KVG geltend gemacht werden müssen. Ausnahmen von dieser Pflicht werden im nachfolgenden Absatz 2 geregelt.

Absatz 2

Absatz 2 umschreibt die beiden Ausnahmen für Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen. Sind die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, müssen sie die erbrachten Pflegeleistungen nicht zu Lasten der OKP abrechnen:

- Keine Kostendeckung: Anhand der durchschnittlichen Fixkosten von 8 Spitex-Organisationen, der variablen Kosten für das Fachpersonal und dem Umsatz konnte eine Break-Even-Berechnung durchgeführt werden. Daraus ergab sich, dass eine Spitex-Organisation erst ab 2'000 Stunden pro Jahr kostendeckend arbeiten kann. Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen, welche diese Stundenzahl nicht erreichen und dies gegenüber dem AIS nachweisen, müssen ihre erbrachten Pflegeleistungen nicht bei der OKP geltend machen respektive sich nicht um eine OKP-Zulassung bemühen. Das AIS verifiziert die Nachweise der Wohnheime und anderen betreuten kollektiven Wohnformen anhand der ihm nach Artikel 55 Absatz 1 BLV eingereichten Rechnungen.
- Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen, welche die personellen Auflagen für eine OKP-Zulassung trotz angemessenen Bemühungen nicht erfüllen können, werden von der Pflicht entbunden, die Zulassung als Spitex-Organisation zu beantragen. Die Bemühungen zur Erlangung einer OKP-Zulassung sind bezüglich der personellen Auflagen gegenüber der zuständigen Stelle des AIS nachzuweisen (Beschreibung, dass entsprechend Bewerbungsverfahren durchgeführt wurden, inklusive Stelleninserate, Qualifikationen der BewerberInnen, Gründe für die Absage etc.).

6.2 Verordnung über die sozialen Leistungsangebote (indirekte Änderung)

Ingress

Weil die Durchsetzung der Subsidiarität im Anwendungsbereich des BLG auch Auswirkungen auf die SLV hat, insbesondere die Aufnahme und Tarifierung der Wohnheime und anderen betreuten kollektiven Wohnformen sowie der Übernahme der Patientenbeteiligung durch den Kanton in gewissen Fällen, ist Artikel 20 Absatz 2 BLG neu auch als Rechtsgrundlage der SLV aufzuführen.

Artikel 29 Absatz 3 Buchstabe c

Den Wohnheimen und anderen betreuten kollektiven Wohnformen wird mit der vorliegenden Änderung der SLV derselbe Restkostenansatz wie den Anbieterinnen und Anbietern des Wohnens mit Dienstleistungen gewährt, sofern sie als KVG-Leistungserbringer zugelassen sind.

Artikel 31 Absatz 2

Bei einer konsequenten Anwendung der Subsidiarität ist es notwendig, dass die Patientenbeteiligung für *ambulante Pflege* für alle Personen, die älter sind als 65 Jahre, in einem Heim gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 EV ELG («Behindertenheim» sowie sog. «privater Haushalt») leben und eine jährliche EL beziehen, vom Kanton übernommen wird, damit diese nicht sozialhilfebedürftig werden. Zudem kann nur so die Gleichbehandlung von zu Hause und im Heim lebenden Menschen mit Behinderungen gewährleistet werden. Die Übernahme der Patientenbeteiligung durch die EL ist in Artikel 15 Absatz 2 Buchstabe a EV ELG geregelt. Diese steht ausschliesslich Bezügerinnen und Bezügern zu, die zu Hause wohnen. Werden bei der Bemessung der jährlichen EL Heimkosten anstelle einer Miete berücksichtigt, gelten die Betroffenen als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Wenn in Wohnheimen somit Spitex-Leistungen erbracht werden und diese gemäss dem Subsidiaritätsprinzip der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden, übernimmt die EL die Patientenbeteiligung nicht, weil die Betroffenen als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gelten. Diese Ungleichbehandlung gilt es zu beseitigen.

Betroffen von dieser Regelung sind somit Aufenthalte in folgenden Institutionen, welche als Heime gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 EV ELG gelten:

- Wohnheime mit interner Spitex (sog. «Inhouse-Spitex», das Heim besitzt eine KVG-Zulassung für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Art. 51 KVV)
- Wohnheime, welche mit einer externen Spitex-Organisation, freiberuflichen Pflegefachpersonen oder einem Pflegeheim (welches ambulante Pflege anbietet) zusammenarbeiten
- andere betreute kollektive Wohnformen (primär sog. private Haushalte mit Betriebsbewilligung der Standortgemeinde)

Auf eine Einschränkung auf Personen mit Behinderungen wurde bewusst verzichtet, weil dies zu einer Ungleichbehandlung zwischen pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen (würden keine Patientenbeteiligung bezahlen) und anderen älteren Menschen (bezahlen weiterhin Patientenbeteiligung) in der gleichen Wohnform führen würde.

7. Finanzielle Auswirkungen

7.1 Grundsätzliches

Aufgrund von Verzögerungen bei der Umstellung der Institutionen auf die KVG-Finanzierung wurden im Planungsprozess 2026 für das Budget 2027 und Aufgaben-/Finanzplan (AFP) 2028-2030 für die Jahre 2027 und 2028 Anpassungen gemeldet. Ab dem Jahr 2029 sind die erwarteten Mehrkosten vollständig im Aufgaben-/Finanzplan (AFP) enthalten. Im Einzelnen bedeutet dies für die Budget- und Planungsprozesse folgendes:

- Auswirkung 1: Im Budget 2026 und AFP 2027-2029 ist ein demographisches Wachstum enthalten (2026 CHF 7.3 Mio., 2027 CHF 15.6 Mio., 2028 CHF 15.3 Mio., 2029 CHF 9.6 Mio.).
- Auswirkung 2: Im Planungsprozess 2025 wurde für das Budget 2026 und AFP 2027-2029 ein AIS-interner Budgettransfer von der Abteilung Integration, Asyl und Sozialhilfe (IAS) in die Abteilung Behinderung und Familien (BF) resp. BLG-Bereich über CHF 10 Mio. vorgenommen. Da die CHF 10 Mio. aber im Jahr 2026 noch nicht vollständig benötigt werden, mussten diese im Planungsprozess 2026 für das Budget 2027 und AFP

2028-2030 teilweise wieder rausgenommen werden (2027 CHF -6.5 Mio., 2028 CHF -2.3 Mio., ab 2029 werden die CHF 10 Mio. voll eingeplant).

Derzeit läuft das dritte Jahr einer vierjährigen Einführungszeit. Die GSI erstellt aktuell Hochrechnungen mit Hilfe von Annäherungsmodellen.

7.2 Subsidiarität

Mit den beschriebenen Verordnungsänderungen können die offenen Fragen der Subsidiarität und der Patientenbeteiligung geklärt werden. Damit kann ein wichtiger Grund für die Verzögerungen bei der Umstellung auf das BLG behoben werden und die Institutionen haben eine klare Ausgangslage.

Der Kanton berechnete bei der Einführung des BLG jährliche Mehrkosten von ca. CHF 20 Mio[13]. Dabei ging er von der vollen Umsetzung der Subsidiarität aus. Mit den nun vorgesehenen Ausnahmeregelungen ist davon auszugehen, dass die bezifferten Mehrkosten von jährlich ca. CHF 20 Mio. überschritten werden. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn KVG-relevante Leistungen weiterhin über das BLG finanziert werden anstatt über die Krankenversicherer.

Der Umfang ist schwer abschätzbar, da er im Wesentlichen davon abhängt, wie hoch der Anteil der Pflege ist, der potenziell durch die Pflegefinanzierung übernommen werden könnte, in jenen Fällen nun aber darauf verzichtet wird.

Als grobe Schätzung muss mit einer jährlichen Erhöhung um rund CHF 5.5 Mio.[14] gerechnet werden. Bei der Lockerung der Subsidiarität fallen somit Leistungen von potenziellen Vorfinanzierern weg, was finanzielle Auswirkungen haben wird.[15]

Die GSI geht davon aus, dass nur ein Teil der Wohnheime von der Ausnahmeregelung Gebrauch machen und somit Pflegeleistungen nicht über das KVG, sondern über das BLG abrechnen wird (Annahme: 800 Personen). In diesen Fällen übernimmt der Kanton somit weiterhin die Kosten anstelle der OKP, wie dies bereits im Rahmen der bisherigen Finanzierung der Fall war (Pauschalabgeltung gemäss Leistungsverträgen). Nach den Berechnungen des AIS werden bei einem durchschnittlichen monatlichen Bedarf pro Person CHF 461 über das BLG finanziert. Dies ergibt in der Gesamtheit ca. CHF 4.4 Mio. weniger Einsparungen pro Jahr als ursprünglich mit der vollständigen Umsetzung der Subsidiarität angenommen werden konnte. In den anderen betreuten kollektiven Wohnformen geht das AIS – mit der gleichen Konstellation – von zusätzlich 200 Personen aus. Der Betrag beläuft sich hier auf ca. CHF 1.1 Mio.

Zusammengefasst zeigt sich, dass die Umsetzung respektive Durchsetzung der Subsidiarität im Anwendungsbereich des BLG mehrheitlich zu einer Entlastung der Kantonsfinanzen führt, da insbesondere Pflegeleistungen von Vorfinanzierern übernommen werden. Dies trotz der Tatsache, dass der Kanton im Pflegebereich auch als Restfinanzierer agiert und teilweise auch die Patientenbeteiligung übernimmt. Wird auf die Geltendmachung von Leistungsansprüchen gegenüber Dritten im Sinne der vorliegenden Vorlage verzichtet, reduziert sich diese Entlastung mit den getroffenen Annahmen im Umfang von ca. CHF 5.5 Mio. pro Jahr. Dies führt sodann beim Kanton zu einer hypothetischen Minderausgabe im Bereich der Restkostenfinanzierung

[13] Siehe Vortrag zum BLG vom 06.07.2022, Ziffer 8, S. 59
[14] Unter der Annahme, dass 1'000 Personen in Wohnheimen und anderen betreuten kollektiven Wohnformen unter die Ausnahmekriterien fallen und es sich um einen durchschnittlichen Bedarf von CHF 461 pro Monat und Person handelt, verbleiben beim Kanton Bern wegen dem Verzicht auf eine Übernahme durch die Pflegefinanzierung BLG-Kosten von ca. CHF 5.5 Mio. pro Jahr, was ungefähr 80'000 BLG-Leistungsstunden entspricht.
[15] Siehe Vortrag zum BLG vom 06.07.2022, Seite 61, Tabelle Ziffer 8.4

der Pflege. Die finanziellen Folgen der Umstellung auf die Finanzierung nach BLG für die Pflegfinanzierung beruhten nur auf Annahmen und der tatsächliche Umfang an zusätzlichen Pflegeleistungen konnte bisher nicht abgeschätzt werden. Deshalb handelt es sich hierbei um eine Ersparnis von potenziellen Mehrkosten beim Gesundheitsamt im Rahmen der Restkostenfinanzierung.
Da der effektive Bedarf gemäss KVG in den Fällen der Ausnahmeregel nicht abgeklärt wird, beruhen die Berechnungen auf Schätzungen. Pro Person und Monat ist mit CHF 350 zu rechnen, die nicht über die Pflegefinanzierung vom GA abgerechnet werden, sondern weiterhin beim AIS anfallen. Insgesamt dürfte es sich dabei um einen jährlichen Betrag von ca. CHF 4.2 Mio. handeln.[16]

Somit ergibt sich aufgrund der in der Praxis notwendigen Neuregelung der Subsidiarität eine Mehrbelastung des Kantons im Rahmen von jährlich CHF 1.3 Mio. (CHF 5.5 Mio. Mehrbelastung BLG abzüglich CHF 4.2 Mio. Minderbelastung Restkostenfinanzierung).

7.3 Einführung von EFAS (2032)

Mit der Einführung von EFAS (einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen in der Krankenversicherung) wird ab dem Jahr 2032 die Restkostenfinanzierung durch die Kantone aufgehoben und die Kantone werden stattdessen einen Beitrag von 26,9% an alle OKP-Krankheitskosten leisten müssen. Es ist davon auszugehen, dass sich dadurch die Pflegefinanzierung für die vorliegend betroffenen Leistungserbringer ändern wird. Wie sich EFAS auf die Kantonsfinanzen auswirken wird, kann derzeit nicht abgeschätzt werden, da die Festlegung der KVG-Pflegetarife durch den Bundesrat ab dem 1. Januar 2032 von zahlreichen Einflussfaktoren abhängen wird und diese Tarife – welche die Grundlage für den Kantonsbeitrag bilden werden – daher noch länger nicht bekannt sein dürften.

7.4 Patientenbeteiligung

Bezüglich der Patientenbeteiligung von Personen über 65 Jahren verhält es sich gemäss Angaben der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) so, dass (Stand April 2025) 413 Personen über 65 Jahre in einem Heim oder privaten Haushalt gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 EV ELG («Behindertenheim» sowie sog. «privater Haushalt») leben. Diese Zahl konnte vom AIS mit der AKB plausibilisiert werden. Sie ist zudem stimmig im Kontext des letzten Versorgungsberichts vom AIS. Dort wurden Zahlen bei sämtlichen bewilligten Wohnheimen erhoben. Das AIS und das Gesundheitsamt (GA) haben keine Kenntnis, wie viele Personen davon auch Spitex-Leistungen beziehen. Diese Zahlen zu erheben, würde die Spitex-Organisationen mit einem unverhältnismässig hohen Aufwand belasten. Aus diesem Grund wurde auf diese Erhebung verzichtet und eine grosszügige Schätzung vorgenommen. Unter der Annahme, dass rund ein Viertel täglich Spitex-Leistungen bezieht, ergibt dies eine maximale Patientenbeteiligung von rund CHF 0.6 Mio. (100 Personen x CHF 15.35 x 365 Tage, gerundet), auf die der Kanton verzichten wird. Dies führt auf der anderen Seite zu einer Entlastung der Betroffenen sowie bei der Sozialhilfe, da das AIS Kenntnis davon hat, dass bisher in Institutionen ohne Leistungsvertrag teilweise die Sozialhilfe für die Patientenbeteiligung bei über 65-jährigen Bewohnenden aufgekommen ist. Schätzungsweise handelt es sich um 20 bis 40 Personen, die von ei-

[16] 1'000 Personen x CHF 350 pro Monat x 12 Monate = CHF 4.2 Mio. pro Jahr

ner Patientenbeteiligung betroffen waren. Unter der Annahme, dass davon die Hälfte auf Sozialhilfe angewiesen war, betragen die Einsparungen rund CHF 90'000 pro Jahr[17], was vernachlässigbar ist. Die Regelung soll auch dazu dienen, dass bei der Umsetzung des BLG die Sozialhilfe für diese Konstellationen nicht involviert werden muss, da der Administrationsaufwand im Vergleich zum finanziellen Umfang unverhältnismässig gross ist und unbedingt vermieden werden soll.

Ob die Vorlage allenfalls eine Entlastung der Ergänzungsleistungen bewirkt, ist zurzeit noch nicht klar. Eine entsprechende Anfrage des AIS ist bei der DIJ in Abklärung.

7.5 Angehörigendrittel (Art. 35 BLV)

Die Vorlage hat bezüglich der Änderung von Artikel 35 BLV grundsätzlich keine finanziellen Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen, da in der Praxis bereits seit Einführung des BLG und der BLV für die Berechnung des Angehörigendrittels immer auf die vom AIS geprüften Stunden abgestellt wurde. In einem Anwendungsfall wurde im Beschwerdeverfahren auf Direktionsstufe auf die erhobenen Stunden (IHP) abgestellt, allerdings wird erst aufgrund des tatsächlichen künftigen Leistungsbezugs des Beschwerdeführers feststehen, ob sich daraus finanzielle Konsequenzen für den Kanton ergeben werden.

8. Personelle und organisatorische Auswirkungen

Die Umsetzung der Subsidiarität wird für das AIS zu einem administrativen Mehraufwand führen (Prüfen von Gesuchen von Institutionen hinsichtlich der Pflicht zur Erlangung einer OKP-Zulassung).

Für das GA entsteht ein gewisser Mehraufwand in Bezug auf die zusätzlichen Betriebsbewilligungen als Spitex-Organisation sowie der Erfassung dieser im Abrechnungssystem (eRV[18] Spitex).

Die Umsetzung der Befreiung von der Patientenbeteiligung wird für das GA keinen nennenswerten Mehraufwand generieren.

9. Auswirkungen auf die Gemeinden

Der Systemwechsel (Subsidiarität) hat keine massgeblichen finanziellen, personellen oder organisatorischen Auswirkungen auf die Gemeinden.

Was die Patientenbeteiligung betrifft, die neu für über 65-jährige Personen, die in einem Heim gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 EV ELG («Behindertenheim» sowie sog. «privater Haushalt») leben und eine jährliche EL beziehen, vom Kanton getragen wird, kann es zu einer gewissen finanziellen und personellen Entlastung der Gemeinden kommen, da die Patientenbeteiligung dieser Personen nicht mehr wie bis anhin über die Sozialhilfe finanziert werden muss.

[17] Durchschnittlich 30 Personen x CHF 15.35 pro Tag x 365 / 2
[18] Elektronische Rechnungsverarbeitung

10. Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Mit dem Erhalt einer Betriebsbewilligung als Spitex-Organisation und der Zulassung nach KVG müssen die Institutionen ein zusätzliches administratives Instrument beschaffen und einführen, damit die vorgegebenen Pflege-Bedarfsermittlungen und die Pflege-Abrechnungen nach den geltenden Vorgaben durchgeführt und im System erfasst werden können. Gleichzeitig haben sie einen ökonomischen Anreiz für die Bewilligung und Zulassung als Spitex-Organisation, da die tarifliche Abgeltung höher ist als bei der Abgeltung über das BLG.

Betroffen von dieser Regelung sind diejenigen Institutionen, welche eine Bewilligung und Zulassung als Spitex-Organisation erlangen. Die restlichen Institutionen haben die Möglichkeit, eine Befreiung von dieser Lösung beim AIS zu beantragen. Dieser Antrag kann auf Kriterien der Rentabilität der Führung einer Spitex für die Institution oder der nicht möglichen Erfüllung der personellen Voraussetzungen für den Erhalt der Betriebsbewilligung und Zulassung als Spitex-Organisation basieren. Diese Regelung wird nicht dazu führen, dass sich die betroffenen Institutionen in den Bereichen Standort und Angebotserhaltung über eine Einstellung des Angebots oder eine örtlichen Umplatzierung Gedanken machen werden.

Die Anschaffung des obengenannten Instruments führt zu einer finanziellen Mehrbelastung, dies sowohl als Initialaufwand für die Anschaffung wie auch als wiederkehrende Kosten für den Support.

Eine Auswirkung finanzieller Natur auf die gesamte Berner Volkswirtschaft kann darin bestehen, dass künftig eine höhere Menge an pflegerischen Leistungen über die OKP abgerechnet wird, was sich auf die Höhe der Krankenkassenprämien auswirken kann. Da es im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine eher kleinere Menge an Personen betrifft, ist nur von einem kleinen Einfluss auf die Prämienentwicklung auszugehen.

In der Gesamtbeurteilung wird die Vorlage als ausgewogen und ohne grössere finanzielle und administrative Belastungen für die Institutionen gewertet.

11. Ergebnis der Konsultation

Das Konsultationsverfahren für die Teilrevision der BLV mit den Schwerpunkten «Subsidiarität» (Umsetzung der Motion 017-2025 (Stampfli) vom 3. März 2025 «Offene Fragen bei der BLG-Umsetzung klären») und «Patientenbeteiligung» ist vom 22. Oktober 2025 bis am 17. Dezember 2025 durchgeführt worden. Eingegangen sind insgesamt 38 externe Stellungnahmen.

Grundsätzlich erfuhr die Lockerung des Subsidiaritätsgrundsatzes unabhängig von der Wohnform viel Zustimmung, weil dadurch den individuellen Bedürfnissen der Menschen mit Behinderungen als auch den Institutionen (KVG-Zulassung von Wohnheimen und anderen betreuten kollektiven Wohnformen) Rechnung getragen werden kann. Auch die Übernahme der Patientenbeteiligung durch den Kanton für über 65-jährige Personen, welche in einem Heim leben und Ergänzungsleistungen beziehen, wurde begrüsst.

Anlass zu Bemerkungen gaben der dem AIS eingeräumte Ermessensspielraum im Rahmen der Subsidiaritätsprüfung sowie aus Sicht der Konsultationsteilnehmenden unklare Kriterien für einzelne Begriffe (z.B. «Zweckmässigkeit»). Hierzu ist festzuhalten, dass die Vielzahl von möglichen Fallkonstellationen in der Praxis abstrakte Regelungen erfordern und daher der Ermessensspielraum, der vom AIS und der BPS pflichtgemäss ausgeübt werden muss, relativ gross sein muss. Entsprechend wurde der Erlasstext nicht angepasst, aber Ergänzungen im Vortrag aufgenommen, welche das Verfahren und die Zuständigkeiten bei der Subsidiaritätsprüfung – welche grösstenteils beim AIS und der BPS liegen – näher erläutern. Der Gesetzgeber ist auf

die Verwendung von unbestimmten, auslegungsbedürftigen Rechtsbegriffen angewiesen, um den vollziehenden Behörden eine gewisse Flexibilität bei der Rechtsanwendung einzuräumen. Die Neuregelung der Übernahme der Patientenbeteiligung durch den Kanton für über 65-jährige Personen, welche in einem Heim leben und Ergänzungsleistungen beziehen, veranlasste zahlreiche Konsultationsteilnehmerinnen und Konsultationsteilnehmer zum Vorschlag, es seien noch weitere Anspruchsgruppen in die Befreiung von der Patientenbeteiligung einzubeziehen. Dieses Anliegen konnte im Rahmen dieser Vorlage nicht aufgenommen werden, da dies einer vertiefteren Abklärung bedarf. Dies soll je nach Ergebnis zu einem späteren Zeitpunkt aufgenommen werden. Insbesondere betrifft dies auch Personen, die über 65 Jahre alt sind, in einem Heim leben und keinen Anspruch auf eine jährliche EL haben, jedoch aufgrund eines (geringen) Einnahmenüberschusses die Patientenbeteiligung über die Krankheits- und Behinderungskosten der EL abrechnen könnten – die GSI kann diese Personen z.Zt. mangels EL-Anspruchsabklärung nicht identifizieren. Im Rahmen dieser Vorlage soll nun einzig die Subsidiarität für EL-Bezüger geregelt und dadurch eine Gleichbehandlung mit Personen erreicht werden, die ebenfalls älter als 65 Jahre sind, EL beziehen und sich in einem Pflegeheim aufhalten, welches sich auf der Pflegeheimliste befindet. In diesen Fällen ist die Patientenbeteiligung an den Pflegekosten in der Heimtaxe enthalten, die vollumfänglich von der EL übernommen wird.