

Verordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV

Vom 18. Dezember 2007

GS 36.0471

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft, gestützt auf die §§ 2, 2a Absatz 1, 2c Absatz 1 sowie 16 Absatz 2 des Ergänzungsleistungsgesetzes vom 15. Februar 1973¹ zur AHV und IV, beschliesst:

A. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Geltendmachung des Anspruchs

¹ Der Anspruch auf eine Ergänzungsleistung wird durch Einreichung des ausgefüllten und unterschriebenen Anmeldeformulars und der erforderlichen Unterlagen und Ausweise bei der Gemeindezweigstelle der kantonalen Ausgleichskasse am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person geltend gemacht.

² Zur Einreichung des Anmeldeformulars befugt sind die oder der Rentenberechtigte, die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter, die Ehegattin oder der Ehegatte, die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner, die Blutsverwandten in auf- und absteigender Linie, die Geschwister sowie die Sozialhilfebehörden und die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden.²

³ Die Gemeindezweigstellen leiten das Gesuch nach Prüfung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person an die kantonale Ausgleichskasse weiter.

⁴ Die kantonale Ausgleichskasse entscheidet durch Verfügung.

§ 2 Aufgaben der Gemeindezweigstellen

¹ Die Gemeindezweigstelle hat derjenigen Person, die für sich oder einer Drittperson eine Ergänzungsleistung geltend macht, nötigenfalls beim Ausfüllen des Anmeldeformulars behilflich zu sein.

² Erhält die Gemeindezweigstelle am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person Kenntnis von Änderungen der persönlichen Verhältnisse, von wesentlichen Änderungen der wirtschaftlichen Verhältnisse oder von Adressänderungen der anspruchsberechtigten Person oder derjenigen Familienglieder, die in die

¹ GS 25.130, SGS 833

² Fassung vom 4. Dezember 2012 (wg. GS 37.1145), in Kraft seit 1. Januar 2013.

Berechnung der Ergänzungsleistung einbezogen werden, so hat sie diese von sich aus der kantonalen Ausgleichskasse zu melden.

§ 3 Publikationen, Formulare

Die kantonale Ausgleichskasse erlässt die für die Durchführung des Gesetzes erforderlichen Publikationen und erstellt die amtlichen Formulare.

B. Heime

§ 4¹ Anrechenbare Kosten in Alters- und Pflegeheimen sowie in Spitälern

¹ Bei Personen, welche in Alters- und Pflegeheimen, die auf der Pflegeheimliste des Kanton Basel-Landschaft aufgeführt sind und die mit einer oder mehreren Gemeinden einen Leistungsauftrag abgeschlossen haben, sowie bei Personen, die in den Kantonsspitälern und den Kantonalen Psychiatrischen Diensten leben, werden bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen der Kostenanteil der versicherten Person für Pflegeleistungen sowie die jeweiligen Taxen für Unterbringung und Betreuung angerechnet.

² Bei Personen, welche in anderen Einrichtungen leben, werden der Kostenanteil der versicherten Person für Pflegeleistungen sowie höchstens die nachfolgenden Beiträge pro Tag für Unterbringung und Betreuung angerechnet:

a. in der Pflegebedarfsstufe 1	220 Fr.
b. in der Pflegebedarfsstufe 2	235 Fr.
c. in der Pflegebedarfsstufe 3	250 Fr.
d. in der Pflegebedarfsstufe 4	265 Fr.
e. in der Pflegebedarfsstufe 5	275 Fr.
f. in der Pflegebedarfsstufe 6	285 Fr.
g. in der Pflegebedarfsstufe 7	295 Fr.
h. in der Pflegebedarfsstufe 8	305 Fr.
i. in der Pflegebedarfsstufe 9	315 Fr.
j. in der Pflegebedarfsstufe 10	320 Fr.
k. in der Pflegebedarfsstufe 11	325 Fr.
l. in der Pflegebedarfsstufe 12	330 Fr.

³ Bei Personen, die in ausserkantonalen Einrichtungen leben, werden die Taxen für Pflegeleistungen einerseits sowie für Unterbringung und Betreuung andererseits nach den im Kanton Basel-Landschaft geltenden Regelungen aufgeteilt und gemäss Absatz 2 angerechnet.

§ 5 Persönliche Auslagen

Der anrechenbare Betrag für persönliche Auslagen der in Heimen oder Spitälern lebenden Personen beträgt 360 Franken pro Monat.

C. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 6 Regelungsbereich

Die §§ 7 - 24 regeln die Kosten, die gemäss Artikel 14 Absatz 1 die Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006¹ über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vergütet werden.

§ 7 Zeitlich massgebende Kosten

Ausgewiesene Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden für dasjenige Kalenderjahr vergütet, in dem sie entstanden sind.

§ 8 Einreichungsfrist

Die Kosten gemäss § 7 werden vergütet, wenn:

- a.² die Vergütung innert 15 Monaten nach Rechnungsstellung geltend gemacht wird; und
- b. die Kosten in einem Zeitabschnitt entstanden sind, während dem Anspruch auf Ergänzungsleistungen bestanden hat.

§ 9³ Höchstbeiträge für Krankheits- und Behinderungskosten

Für die zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung vergütungsberechtigten Krankheits- und Behinderungskosten gelten die in der Bundesgesetzgebung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vorgesehenen Ansätze als Höchstbeträge.

§ 10 Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen

¹ Anspruch auf Vergütung der Kosten gemäss Artikel 14 ELG⁴ besteht nur im Rahmen einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung sowie unter der Voraussetzung, dass nicht andere Versicherungen für die Kosten aufkommen. Nicht als Kosten-vergütung einer anderen Versicherung gilt der Bezug einer Hilflosoenschädigung der AHV, der IV, der Unfall- oder der Militärversicherung.

1 SR 831.30

2 Fassung vom 16. September 2008 (GS 36.773), in Kraft seit 1. Oktober 2008.

3 Fassung vom 22. Februar 2011 (GS 37.393), rückwirkend in Kraft seit 1. Januar 2011.

4 SR 831.30

² Erhöht sich der Betrag der Kostenvergütung gemäss Artikel 14 Absatz 4 ELG¹ oder Artikel 19b der Verordnung vom 15. Januar 1971² über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV), so wird die Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung von den ausgewiesenen Pflege- und Betreuungskosten gemäss den §§ 18 - 20 abgezogen. Der Höchstbetrag gemäss Artikel 14 Absatz 3 ELG darf jedoch nicht unterschritten werden.

³ Hat die Krankenversicherung für ihre Vergütung von Pflege- und Betreuungskosten zu Hause die Hilflosenentschädigung der IV oder der Unfallversicherung angerechnet, so wird die Hilflosenentschädigung im Umfang der Anrechnung nicht von den ausgewiesenen Kosten abgezogen.

⁴ Bei Anwendung von Artikel 14 Absatz 5 ELG³ gilt Absatz 3 sinngemäss.

§ 11 Im Ausland entstandene Krankheits- und Hilfsmittelkosten

¹ In der Schweiz entstandene Krankheits-, Behinderungs- und Hilfsmittelkosten werden vergütet.

² Im Ausland entstandene Kosten werden ausnahmsweise vergütet, wenn sie während eines Auslandsaufenthaltes notwendig werden oder wenn die medizinisch indizierten Massnahmen nur im Ausland durchgeführt werden können.

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

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

II. Kosten für Arzt, Zahnarzt, Arznei, Pflege und Betreuung

§ 12⁴ Kostenbeteiligung

Die Beteiligung gemäss Artikel 64 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt, sowie der Kostenanteil der versicherten Person für ambulante Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG wird vergütet.

§ 13 Versicherung mit wählbaren Franchisen

Wird eine Versicherung mit höherer Franchise gemäss Artikel 93 der Verordnung vom 27. Juni 1995⁵ über die Krankenversicherung (KVV) gewählt, so wird eine Kostenbeteiligung vergütet, die pro Jahr höchstens der Summe aus ordentlicher Franchise und Selbstbehalt gemäss Artikel 103 Absatz 2 KVV entspricht.

1 SR 831.30

2 SR 831.301

3 SR 831.30

4 Fassung vom 22. Februar 2011 (GS 37.393), rückwirkend in Kraft seit 1. Januar 2011.

5 SR 832.102

§ 14 Zahnbehandlungskosten

¹ Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen werden vergütet. Vorbehalten bleibt Absatz 3.

² Für die Vergütung ist der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungs-Tarif¹ (UV/MV/IV-Tarif) über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und der UV/MV/IV-Tarif für zahntechnische Arbeiten massgebend.

³ Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung (inkl. Labor) voraussichtlich höher als 3'000 Fr., so ist der kantonale Ausgleichskasse vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag einzureichen.

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

§ 15 Diätkosten

¹ Ausgewiesene Mehrkosten für ärztlich verordnete, lebensnotwendige Diät für Personen, die weder in einem Heim noch Spital leben, gelten als Krankheitskosten.

² Sie werden als jährlicher Pauschalbetrag von 2'100 Fr. vergütet.

§ 16 Kosten von Erholungskuren

¹ Kosten für ärztlich verordnete Erholungskuren werden nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt vergütet, wenn die Kur in einem Heim oder Spital durchgeführt worden ist.

² Hat ein Kanton die Kosten für den Aufenthalt in einem Heim oder Spital gemäss Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe a ELG² begrenzt, so gilt diese Begrenzung sinngemäss auch für Erholungskuren.

§ 17 Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Heilbad

Kosten für ärztlich verordnete Badekuren werden nach Abzug eines angemessenen Betrages für den Lebensunterhalt berücksichtigt, wenn die versicherte Person während des Kuraufenthaltes unter ärztlicher Kontrolle gestanden hat.

§ 18 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause

¹ Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung, die wegen Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig sind und die von öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern erbracht werden, werden vergütet.

² Wenden die Träger gemäss Absatz 1 einen nach den Einkommens- oder Vermögensverhältnissen abgestuften Tarif an, wird nur der tiefste Tarif angerechnet.

³ Pflege- und Betreuungskosten, die in einem öffentlichen oder gemeinnützigen Tagesheim, Tagesspital oder Ambulatorium entstanden sind, werden ebenfalls vergütet.

¹ Zu beziehen bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Luzern.

² SR 831.30

⁴ Kosten für Leistungen privater Träger werden vergütet, sofern sie den Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Träger entsprechen.

⁵ ¹ Ausgewiesene Kosten für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt werden pro Haushalt bis höchstens 5'500 Fr. pro Kalenderjahr vergütet, wenn die Hilfe von einer Person erbracht wird, welche:

- a. nicht im gleichen Haushalt lebt, oder
- b. nicht durch die Spitex eingesetzt ist.

⁶ Bei einer Vergütung gemäss Absatz 5 werden Kosten bis 25 Fr. pro Stunde zuzüglich die Kosten für die obligatorischen Sozialversicherungen (AHV/IV/EO/ALV/UVG) angerechnet. Die Kosten für die obligatorischen Sozialversicherungen werden direkt an den entsprechenden Träger der Sozialversicherungen überwiesen.²

⁷ Bei Personen, die Hilfe, Pflege oder Betreuung durch eine gemäss § 30a des Sozialhilfegesetzes 21. Juni 2001³ anerkannte Einrichtung beziehen, werden höchstens die im Leistungs-auftrag festgelegten Höchstwerte vergütet. Die Höchstwerte dürfen höchstens bei 60'000 Fr. pro Jahr festgelegt werden⁴.

§ 19 Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal

¹ Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal werden zu Hause lebenden Bezügerinnen und Bezügem einer Hilflosenentschädigung für schwere oder mittelschwere Hilflosigkeit nur für denjenigen Teil der Pflege und Betreuung vergütet, der nicht durch die Spitex erbracht werden kann.

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

§ 20 Kosten für Pflege und Betreuung durch Familienangehörige

¹ Kosten für Pflege und Betreuung, die durch Familienangehörige erbracht werden, werden nur vergütet, wenn die betreffenden Familienangehörigen

- a. nicht in der EL-Berechnung eingeschlossen sind, und
- b. durch die Pflege und Betreuung eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse erleiden.

² Die Kosten werden höchstens im Umfang des Erwerbsausfalls vergütet.

§ 21 Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von Behinderten in Tagesstrukturen

¹ Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung von Behinderten in Tagesheimen,

¹ Fassung vom 22. Februar 2011 (GS 37.393), rückwirkend in Kraft seit 1. Januar 2011.

² Fassung vom 22. Februar 2011 (GS 37.393), rückwirkend in Kraft seit 1. Januar 2011.

³ GS 34.143, SGS 850

⁴ Ergänzung vom 16. September 2008 (GS 36.773), in Kraft seit 1. Oktober 2008.

Beschäftigungsstätten und ähnlichen Tagesstrukturen werden vergütet, wenn

- sich die behinderte Person mehr als fünf Stunden pro Tag dort aufhält; und
- die Tagesstruktur von einem öffentlichen oder gemeinnützigen privaten Träger betrieben wird.

² Angerechnet werden Kosten bis höchstens 45 Fr. pro Tag, an dem sich die behinderte Person in der Tagesstruktur aufgehalten hat.

³ Bei Personen, die Hilfe, Pflege oder Betreuung durch eine gemäss § 30a des Sozialhilfegesetzes 21. Juni 2001 anerkannte Einrichtung beziehen, werden höchstens die im Leistungsauftrag festgelegten Höchstwerte vergütet. Die Höchstwerte dürfen in Abweichung zu § 9 höher als die in der Bundesgesetzgebung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vorgesehenen Höchstbeträge für die zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung vergütungsberechtigten Krankheits- und Behinderungskosten bei zu Hause lebenden Personen festgelegt werden.¹

⁴ Bei Heimaufenthalt mit EL-Berechnung gemäss Artikel 10 Absatz 2 ELG² werden keine Kosten vergütet.

§ 22 Transportkosten

¹ Ausgewiesene Transportkosten werden vergütet, soweit sie in der Schweiz durch einen Notfalltransport oder durch eine notwendige Verlegung entstanden sind.

² Vergütet werden auch ausgewiesene Kosten für Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort. Vergütet werden die Kosten, die den Preisen der öffentlichen Transportmittel für Fahrten auf dem direkten Weg entsprechen. Ist die versicherte Person wegen ihrer Behinderung auf die Benützung eines andern Transportmittels angewiesen, so werden diese Kosten vergütet.

³ Tagesstrukturen gemäss § 21 sind den medizinischen Behandlungsorten gemäss Absatz 2 gleichgestellt.

III. Hilfsmittel und Hilfsgeräte

§ 23 Anspruch

¹ Bezüger von Ergänzungsleistungen haben im Rahmen vom Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe f ELG³ Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten oder der Miete der im Anhang aufgeführten Hilfsmittel oder Hilfsgeräte (Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte). Für die im Anhang mit einem Stern (*) bezeichneten Hilfsmittel und Hilfsgeräte werden nur die Mietkosten vergütet.

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

1 Fassung vom 22. Februar 2011 (GS 37.393), rückwirkend in Kraft seit 1. Januar 2011.

2 SR 831.30

3 SR 831.30

- a. die im Anhang zur Verordnung vom 28. August 1978¹ über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung aufgeführt sind; und
- b. an welche die AHV einen Kostenbeitrag geleistet hat.

³ Vergütet werden ferner die Kosten für Ersatzteile und Behelfe, die im Rahmen eines chirurgischen Eingriffes eingesetzt werden.

⁴ Ein Anspruch auf Vergütung der Kosten besteht nur, soweit die Hilfsmittel nicht aufgrund der Bestimmungen der AHV, der IV oder der Krankenversicherung abgegeben werden. Die Hilfsmittel gemäss Anhang werden nur für die Hauspflege leihweise abgegeben.

⁵ Die Anschaffungs- oder Mietkosten werden vergütet, sofern die Ausführung des Hilfsmittels einfach und zweckmässig ist.

⁶ Für die Vergütung der Reparatur-, Anpassungs-, Erneuerungs- und Gebrauchstrainingkosten gelten sinngemäss die Vorschriften der Invalidenversicherung.

§ 24 Abklärung

¹ Wo es zweifelhaft erscheint, ob ein Hilfsmittel oder Hilfsgerät notwendig oder dessen Ausführung einfach und zweckmässig ist, hat die oder der Versicherte die Bescheinigung einer Ärztin oder eines Arztes, einer Spezialstelle für Invalidentherapie oder einer Beschäftigungstherapiestelle beizubringen.

² Bei Hörapparaten muss die Notwendigkeit und Zweckmässigkeit des Gerätes von einer von der Invalidenversicherung für die Begutachtung von Hörmitteln anerkannten Expertenperson bescheinigt sein.

³ Die Kosten für die Abklärungen gelten als Kosten im Sinne von Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe f ELG².

D. Schlussbestimmungen

§ 25 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung vom 23. Dezember 1997³ über die Einführung eines Freibetrages für selbstbewohnte Liegenschaften bei der Vermögensanrechnung bezüglich Abklärung des Ergänzungsleistungsanspruches,
- b. die Verordnung vom 2. März 1999⁴ zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV.

§ 26 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

1 SR 831.135.1

2 SR 831.30

3 GS 32.1092, SGS 833.22

4 GS 33.631, SGS 833.11

Anhang

I. Hilfsmittel

- 2 *Orthesen*
- 2.03 Rumpforthesen
sofern eine funktionelle Insuffizienz der Wirbelsäule mit erheblichen Rückenbeschwerden sowie klinisch und radiologisch nachweisbaren Veränderungen der Wirbelsäule vorliegt, die durch medizinische Massnahmen nicht oder nur ungenügend zu beeinflussen ist.
- 4 *Schuhwerk*
- 4.02 Kostspielige orthopädische Änderungen / Schuhrichtungen an Konfektionsschuhen
- 7 *Starbrillen oder Kontaktlinsen nach Staroperationen*
Für provisorische Starbrillen direkt nach der Operation wird nur eine Leihgebühr von höchstens 60 Franken vergütet.
- 11 *Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache*
- 11.01* Blindenlangstöcke
- 11.02* Blindenführhunde
sofern die Eignung des Versicherten als Führhundehalter erwiesen ist und er sich dank dieser Hilfe ausserhalb des Hauses selbständig fortbewegen kann. Die Versicherung übernimmt die Mietkosten.
- 11.03* Punkschriftschreibmaschinen
- 11.04* Tonbandgeräte
für Blinde und hochgradig Sehschwache zum Abspielen von auf Tonband gesprochener Literatur.
- 16 *Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt*
- 16.01* Elektrische Schreibmaschinen
sofern ein Versicherter wegen Lähmung oder anderer Gebrechen der oberen Gliedmassen weder von Hand schreiben noch eine gewöhnliche Schreibmaschine bedienen kann.
- 16.02* Automatische Schreibgeräte
sofern eine versicherte Person wegen Lähmung sprech- und schreibunfähig ist und nur mit Hilfe eines solchen Gerätes mit der Umwelt in Kontakt treten kann.
- 16.03* Tonbandgeräte

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

16.04* *Seitenwendegeräte*

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

16.05* *Steuergeräte zur selbständigen Bedienung des Telefons,*

sofern ein schwerstgelähmter Versicherter, der nicht in einem Spital oder einer spezialisierten Institution für Chronischkranke untergebracht ist, nur durch diese Vorrichtung mit der Umwelt in Kontakt treten kann.

II. Hilfsgeräte (Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte)

20* *Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz*

21* *Inhalationsapparate*

22* *Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen*

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

23* *Krankenheber*

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

24* *Elektrobetten*

sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit darstellt.

25 *Nachtstühle*

26* *Coxarthrosestühle*

27* *Aufzugständer (Bettgalgen)*

* Nur Vergütung der Mietkosten

Erlasstitel	Verordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV
SGS-Nr.	833.11
GS-Nr.	36.0471
Erlass-Datum	18. Dezember 2007
In Kraft seit	1. Januar 2008
Inkrafttreten der letzten Änderung	1. Januar 2013

> Übersicht Systematische Gesetzessammlung BL: <http://www.bl.ch/lex>