

Versand per E-Mail

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider

Tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

8-3-2-2

Bern, 21. Mai 2026

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung und Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) Stellungnahme der GDK

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den geplanten Änderungen der KVV und KLV sowie zur Totalrevision der VKL im Zusammenhang mit der Umsetzung der einheitlichen Finanzierung Stellung nehmen zu können. Der Vorstand der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat die Vorlage an seiner Sitzung vom 21. Mai 2026 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

Die KVG-Änderung «Einheitliche Finanzierung der Leistungen» (nachfolgend «EFAS») ist für die Kantone ein einschneidendes Reformprojekt. Die Umsetzung von EFAS stellt für sämtliche beteiligten Akteure eine komplexe Aufgabe dar, die alle herausfordert. Umso wichtiger ist es, dass die gesetzlichen Vorgaben auf Ebene der Verordnungen, wo sinnvoll, näher ausgeführt werden, um eine zweckmässige, reibungslose und effiziente Umsetzung zu gewährleisten.

Dennoch sind wir mit der Problematik konfrontiert, dass die Verordnungsbestimmungen zu einem Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Vollzugsvorbereitungen zwischen Kantonen und den Tarifpartnern im vollen Gang sind, insbesondere im Bereich der Finanz- und Datenflüsse zur Begleichung des Kantonsbeitrags. Aber auch im Bereich EFAS und Pflege sind noch viele Grundsätze nicht entschieden. Die GDK erachtet es als wichtig, dass der Verordnungsgeber sich dieser Tatsache bewusst ist und Bereitschaft zeigt, die von den Tarifpartnern und Kantonen erarbeiteten Lösungen zu gegebenem Zeitpunkt noch zu berücksichtigen. Entsprechend wird es weitere Verordnungsanpassungen benötigen, in deren Rahmen den von den Tarifpartnern und Kantonen bis dahin erarbeiteten Lösungen Rechnung getragen werden kann.

Unter diesen grundsätzlichen Feststellungen erlauben wir uns vorab allgemeine Bemerkungen zu verschiedenen Themenkomplexen, die in den Verordnungen näher geregelt werden.

Für konkrete Bemerkungen zu einzelnen Artikeln verweisen wir auf die Detailbemerkungen in der Tabelle in der Beilage.

1. KVV

1.1 Autonomer Ausschuss

Die gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) erhält im Rahmen von EFAS eine wichtige Funktion, da sie für die Berechnung, Erhebung und Aufteilung der Kantonsbeiträge verantwortlich sein wird. Der Gesetzgeber hat einzig bestimmt, dass die GE KVG zu diesem Zweck einen spezialisierten, autonomen Ausschuss bildet, an dem die Kantone angemessen zu beteiligen sind. Weitere Regelungen zum Autonomem Ausschuss fehlen. Es ist daher zu begrüssen, dass in der KVV zusätzlich festgehalten werden soll, dass der Stiftungsrat der GE KVG ein Organisationsreglement für den autonomen Ausschuss erlassen und die Kantone und Versicherer in dessen Erarbeitung einbeziehen muss. Allerdings erachtet die GDK diese Regelung nicht als ausreichend. Es braucht auf Ebene der Verordnung zusätzliche Vorgaben rund um den Autonomen Ausschuss. Sinnvollerweise wird im Erläuternden Bericht auch klargestellt, dass sich die Kontrollen und Prüfungen des Autonomen Ausschusses ausschliesslich auf die Aufgaben der GE KVG beziehen.

1.2 Datenweitergabe von den Versicherern an die Kantone

Art. 28d Abs. 1 E-KVV regelt die Datenweitergabe von den Versicherern an die Kantone, damit letztere zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach KVG über die nötigen Datengrundlagen verfügen. Dabei ist für die aggregierte Datenweitergabe aus den Abrechnungsbelegen nach Abs. 1 Bst. a nur ein vierteljährlicher Rhythmus vorgesehen. Das ist nicht ausreichend. Damit die Kantone ihre Aufgaben zuverlässig und gestützt auf möglichst aktuelle Daten wahrnehmen können, bedarf es eines monatlichen Rhythmus.

Weiter ist die Datenweitergabe von aggregierten Daten auf Ebene der Leistungserbringer, wie in Art. 28d Abs. 1 Bst. a E-KVV festgehalten, für die Aufgabenerfüllung der Kantone nicht ausreichend. Zum Beispiel müssten im Zusammenhang mit der Messung der Behandlungsqualität, welche in die Planungsentscheidungen der Kantone einfließen soll, die ambulanten mit den stationären Personendaten verknüpft werden können, um ambulante Vor- und Nachbehandlungen berücksichtigen zu können. Weiter wären beispielsweise Individualdaten nötig, um die Versicherten entlang des gesamten Behandlungspfads – auch über Kantonsgrenzen hinweg – zu verfolgen und Kennzahlen wie Anzahl von Patientenkontakten, Komorbiditätsindizes, sowie Mortalitäts- und Komplikationsraten für bestimmte Patientenpopulationen wie betagte Personen oder chronisch Kranke zu berechnen. Die Berechnung solcher Kennzahlen würde die Kantone zum einen bei der Messung von Kenngrössen wie Kosteneffizienz, Qualität und Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitswesen unterstützen. Zum anderen kämen solche Kennzahlen der Organisation der ambulanten und Planung der stationären Gesundheitsversorgung zugute oder ermöglichten unter anderem eine evidenzbasierte Festlegung von Höchstzahlen für einzelne Fachrichtungen. Art. 21 nKVG hält fest, dass der Bundesrat die Weitergabe von Daten pro versicherte Person an die Kantone vorsehen kann, wenn aggregierte Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht ausreichend sind. Die genannten Beispiele sollten hinreichend belegen, weshalb aggregierte Daten nach Art. 28d E-KVV nicht genügen. Entsprechend muss der Bundesrat seine Kompetenz nutzen und in der KVV die routinemässige Weitergabe von anonymisierten Personendaten an die Kantone zur Erledigung der vom KVG vorgegebenen Aufgaben verankern. Es ist aus den erwähnten Gründen und auch aus Überlegungen der Verwaltungseffizienz nicht nachvollziehbar, weshalb die Weitergabe dieser Daten nur auf Antrag gemäss Art. 28c E-KVV erfolgen soll.

Gemäss Art. 28d Abs. 2 E-KVV (vgl. auch Erläuternder Bericht, Ziffer 3.1.3, S. 16; S. 30) ist vorgesehen, dass die von den Versicherern an einen Kanton übermittelten Daten nur *die auf dem Kantonsgebiet geleistete Tätigkeit der Leistungserbringer abdecken*. Dies ist weder ausreichend noch zielführend, da den Kantonen so einerseits eine systemische Aufsicht über die Leistungserbringer verunmöglicht wird. Andererseits benötigen die Kantone für das Benchmarking / den Wirtschaftlichkeitsvergleich im Rahmen ihrer

gesetzlichen Aufgaben oder für die Festlegung kantonaler Kosten- und Qualitätsziele ebenfalls schweizweite Daten der Leistungserbringer.

1.3 Zugang der Kantone zu Daten von Rechnungen

Die Kantone benötigen zwingend die Rechnungsdaten der Pflegeleistungen für ihre Wohnbevölkerung. Heute verfügen sie dank der Restfinanzierung über Rechnungsdaten der ambulanten Pflege und der Pflegeheime auf Individualebene. Eine Schlechterstellung der Kantone unter EFAS und Pflege lehnt die GDK mit Nachdruck ab. Die Kantone benötigen diese Daten nicht zuletzt für die gemeindespezifische Weiterverrechnung des Kantonsanteils an die Gemeinden, falls die Finanzierungszuständigkeit innerkantonale bei den Gemeinden liegt. In der KVV ist daher eine entsprechende Bestimmung aufzunehmen. Die Gemeinden ihrerseits müssen die Rechnungsbeträge und ihre Finanzierungszuständigkeit kontrollieren können. Wird den Kantonen eine gemeindespezifische Zurechnung verunmöglicht, ist dies ein nicht tolerierbarer Eingriff in die innerkantonale Aufgabenteilung und damit in die Autonomie der Kantone.

Die Kantone erhalten heute die Rechnungen bzw. Daten zu stationären Spitalbehandlungen, ohne dass auf Bundesebene die Erstellung, Aktualisierung und Veröffentlichung eines Bearbeitungsreglements vorgeschrieben wäre. Eine solche Vorschrift ist nicht nötig, da die Kantone entsprechenden kantonalen Datenschutzvorschriften unterliegen. Dies gilt auch in Zukunft, weshalb ein allgemeiner Grundsatz gemäss Art. 59a^{quater} Abs. 2 E-KVV ausreicht und auf die vorgeschlagene Regelung in Art. 59a^{quater} Abs. 4 E-KVV zu verzichten ist.

1.4 Wohnsitzprüfung

Derzeit ist das konkrete Vorgehen zur Wohnsitzprüfung im Prozess Finanz- und Datenfluss zur Begleichung des Kantonsbeitrags noch nicht definiert. Der entsprechende Prozess ist Gegenstand von intensiven Gesprächen zwischen Kantonen und Versicherern. Ist der Prozess dereinst definiert, muss er in einer weiteren Verordnungsänderung rechtsverbindlich verankert werden.

1.5 Frist zur Beanstandung der Rechnung durch den Kanton im stationären Bereich

Der Frist von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung für die Meldung des Kantons an den Versicherer, falls er die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme als (noch) nicht erfüllt erachtet, kann im Grundsatz zugestimmt werden. Gewisse Sachverhalte (z.B. Einhaltung von Leistungsaufträgen, kantonalen AVOS-Listen oder Volumenbegrenzungen) können die Kantone aber erst mit einiger zeitlicher Verzögerung überprüfen. Es muss daher in der Verordnung festgehalten werden, dass ein Kanton bereits geleistete Kostenübernahmen, die sich nachträglich als unrechtmässig erweisen, vom Versicherer zurückfordern kann. Dies unabhängig davon, ob eine Beanstandung gemäss Art. 59a^{quinquies} Abs. 1 E-KVV erfolgt ist oder nicht.

1.6 Rügegründe gemäss Art. 60 Abs. 11 nKVG

Im Erläuternden Bericht wird auf S. 8 im 6. Abschnitt unter Ziffer 1.1.5 erklärt, dass die Kantone eine Verletzung der AVOS-Regeln im Einzelfall nicht mittels Beschwerde rügen können. Diese Aussage ist sowohl betreffend Art. 3c und Anhang 1a KLV als auch insbesondere mit Blick auf weitergehende kantonale AVOS-Regelungen unzutreffend. Werden diese Regeln verletzt, wird bei der Rechnungsstellung ein nicht zulässiger Tarif angewendet. Dies ist ein Rügegrund von Seiten der Kantone gemäss Art. 60 Abs. 11 Bst. b nKVG. Der Erläuternde Bericht ist dahingehend anzupassen, dass klargestellt wird, dass die Kantone die Verletzung von AVOS explizit gestützt auf Art. 60 Abs. 11 Bst. b nKVG rügen können.

1.7 Entrichtung des Kantonsbeitrags

Die Kantone begrüßen den Grundsatz, dass der Kantonsbeitrag wöchentlich zu entrichten ist.

In Art. 78 E-KVV ist eine Zahlungsfrist von mindestens 10 Arbeitstagen für den Kantonsbeitrag zu verankern. Eine kürzere Zahlungsfrist durch die Kantone ist aus technischen, prozessualen und organisatorischen Gründen nicht möglich.

Analog zur Regelung für den Bund in Art. 79 E-KVV ist bei den Kantonen auf die Erhebung von Verzugszinsen im Zusammenhang mit der nicht fristgerechten Entrichtung des Kantonsbeitrags gemäss Art. 78 Abs. 2 E-KVV zu verzichten. Sollte gegenüber den Kantonen an der Erhebung von Verzugszinsen festgehalten werden, wären auch für die Versicherer (betreffend Rückerstattungen) und für den Bund (betreffend Bundesbeitrag) analoge Regelungen vorzusehen.

Zusätzlich ist in der KVV eine Delegationsnorm zugunsten des EDI aufzunehmen, gemäss welcher das EDI auf Antrag der Verbände, welche die Versicherer und die Kantone vertreten, technische und organisatorische Vorgaben zum Finanz- und Datenfluss zur Entrichtung des Kantonsbeitrags gestützt auf Art. 60 nKVG festlegt.

2. VKL

Insgesamt fällt auf, dass die Devise, in der VKL nur Mindestanforderungen zu formulieren und es den zuständigen Akteuren zu überlassen, für die Entwicklung der zukünftigen Pfelegetarife weitergehende Anforderungen zu definieren, konsequent umgesetzt wird. Vieles bleibt damit offen. Die jetzt formulierten Mindestanforderungen sind aus Sicht der GDK nicht kritisch. Sie bilden gängige Kostenrechnungsstandards ab. Die Kantone werden aber bei der weiteren Erarbeitung der Tarifstruktur und damit auch bei der Ausgestaltung der Kostenrechnung und Leistungsstatistik auf die bereits in den beiliegenden Detailbemerkungen angemerkten Zusatzanforderungen (z.B. Abgrenzung spezialisierte Pflege, Abgrenzung Angehörigenpflege, Tages- und Nachtstrukturen etc.) pochen müssen. Wir würden es begrüßen, wenn das EDI die Anforderungen in diesem Sinne präzisieren würde.

3. KLV

Für die Instrumente zur Bedarfsermittlung sollten zwei Phasen auseinandergelassen werden: Zwischen 1. Januar 2028 und 31. Dezember 2031 wird die Pflege weiterhin nach heutiger Pflegefinanzierung abgegolten und parallel dazu müssen Daten erhoben werden, welche zur Definition der Tarifstrukturen ab 1. Januar 2032 und für die Tarifierung benötigt werden. In dieser Phase ergibt die Bedarfsermittlung im Pflegeheim auch die Pflegestufe nach Art. 7a Abs. 3 KLV und ist somit finanzierungsrelevant.

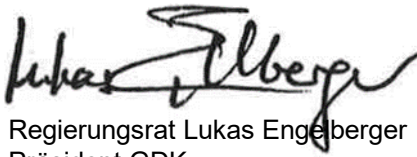
Ab 1. Januar 2032 werden die Pflegeleistungen nach neuen Tarifierungsgrundsätzen und einer neuen Tarifstruktur abgegolten. Es obliegt den Tarifpartnern, unter Einbezug der Kantone, die Tarifstrukturen der Pflege, welche ab 1. Januar 2032 zur Anwendung kommen sollen, zu erarbeiten. Zum jetzigen Zeitpunkt ist offen, ob die Pflege im Pflegeheim weiterhin nach dem prospektiv ermittelten Bedarf tarifiert wird oder ob effektiv erbrachte Leistungen abgerechnet werden bzw. in den Tarif einfließen. Auch ist offen, ob weiterhin nach Pflegezeit in Pflegestufen und ohne Differenzierung der Leistungen abgegolten wird. Auch die Tarifstruktur für die ambulante Pflege ist noch nicht bekannt.

Die KLV-Änderung soll sicherstellen, dass ab 1. Januar 2032 schweizweit einheitliche Instrumente verwendet werden, welche den Bedarf passend zur Tarifstruktur ausweisen, so dass das Ergebnis der Bedarfsermittlung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Rechnungskontrolle verwendet werden kann. Es muss damit gerechnet werden, dass an jedem der heute zur Verfügung stehenden Instrumente für die Weiterverwendung unter EFAS Anpassungen vorgenommen werden müssten.


In der Zeit bis zum 1. Januar 2032 werden in den Pflegeheimen sehr wahrscheinlich weiterhin unterschiedliche Instrumente zur Bedarfserhebung verwendet werden. Die Tarifpartner und Kantone müssen vereinbaren, wie die zur Verfügung stehenden Daten zur Erarbeitung der Tarifstruktur und als Grundlage für die Tarifierung verwendet werden und dabei auch den Umgang mit Daten aus den unterschiedlichen Instrumenten (BESA, RAI und Plaisir) klären. Dabei muss sichergestellt werden, dass für das Pflegepersonal kein grösserer zusätzlicher administrativer Aufwand entsteht.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Regierungsrat Lukas Engeberger
Präsident GDK



Kathrin Huber
Generalsekretärin

Beilage:

- Tabelle mit den Detailbemerkungen

8-3-2-2

21. Mai 2026

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung und Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Stellungnahme der GDK: Detailbemerkungen

1. Änderungen der KVV

Die GDK ist mit verschiedenen Vorschlägen zur Anpassung der KVV einverstanden, allerdings besteht bei einigen Vorschlägen (erheblicher) Anpassungsbedarf. Insgesamt wird der Vorlage eher zugestimmt.

Nicht kommentierten Bestimmungen wird zugestimmt.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
19a			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Absatz) <i>«Die Kantone und die Versicherer sind im spezialisierten autonomen Ausschuss paritätisch mit je gleicher Anzahl Sitze vertreten. Der spezialisierte autonome Ausschuss wird von einer externen Fachperson präsidiert.»</i>	Auf Ebene der Verordnung ist eine paritätische Vertretung der Kantone und Versicherer mit je gleicher Anzahl Sitze im spezialisierten autonomen Ausschuss festzulegen, der zudem von einer unabhängigen externen Fachperson präsidiert werden soll.
19a			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Absatz) <i>«Der spezialisierte autonome Ausschuss kann zur Gewährleistung eines ausreichenden Informationsflusses...»</i>	Um einen ausreichenden Informationsfluss zwischen dem Autonomen Ausschuss und der GE KVG zu gewährleisten, soll in der Verordnung vorgesehen werden, dass der Autonome Ausschuss eine Vertretung der GE KVG an seine Sitzungen einladen kann.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				<u>ses eine Vertretung der gemeinsamen Einrichtung an seine Sitzungen einladen.»</u>	
19a			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Absatz) <u>«Die gemeinsame Einrichtung stellt den Betrieb des spezialisierten autonomen Ausschusses, insbesondere ein Sekretariat, sowie die Auslagen für die externe Fachperson auf ihre Kosten sicher.»</u>	Es ist auf Verordnungsstufe zu klären, dass die Finanzierung des Autonomen Ausschusses (insb. Sekretariat) sowie die Auslagen für die externe Fachperson zulasten der GE KVG gehen.
19a			Zustimmung mit Anpassung		Es muss auf Verordnungsebene auch geklärt werden, welches Haftungsregime auf den Autonomen Ausschuss zur Anwendung gelangt.
28d	1	a	Zustimmung mit Anpassung	Anpassung <u>«mindestens vierteljährlich monatlich, die nachstehenden Daten aus den Abrechnungsbelegen aggregiert und nach Leistungserbringer:»</u> Ergänzung (neuer Absatz) Die Lieferung von Individualdaten für die Erfüllung bestimmter KVG-Aufgaben der Kantone ist zu ergänzen. <u>«Das BAG gewährt den Kantonen einen direkten elektronischen Zugang zu den Daten, die es aufgrund von Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe c für die versicherten Personen mit Wohnsitz im jeweiligen Kanton sowie für die versicherten Personen, die sich auf dem Gebiet des jeweiligen Kantons behandeln lassen, erhebt, einschliesslich Verbindungscode, Alter, Geschlecht und Wohnort der versicherten Person.»</u>	Die Datenlieferung muss mindestens einmal monatlich erfolgen. Für eine sachgerechte Planung sowie eine zeitnahe und belastbare Kontrolle der Kostenentwicklung genügt der vorgesehene Datenumfang nicht: - In der Pflege (Heime, Spitex, selbständige Pflegefachpersonen) verfügen die Kantone heute dank der Restfinanzierung über Rechnungsdaten der ambulanten Pflege und der Pflegeheime auf Individualebene. Es darf nicht sein, dass sie mit EFAS weniger Daten als heute erhalten werden. In einigen Kantonen werden ausserdem auch inskünftig die Gemeinden für die Pflegefinanzierung zuständig sein und die Kantone müssen anhand der Daten die zuständigen Gemeinden eruiieren und ihnen den Kantonsbeitrag weiterverrechnen können. Die Gemeinden ihrerseits müssen die Rechnungsbeträge und ihre Finanzierungszuständigkeit kontrollieren können. - Weitere Individualdaten sind nötig, um die Patientenpfade über einzelne Leistungserbringer und Kantonsgrenzen nachvollziehen zu können. Dazu sind soziodemografische Angaben (z.B. Alter,

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
					<p>Geschlecht, Wohnort, Wohnkanton, AHV-Nummer) und Angaben der Abrechnungsbelege (z.B. pseudonymisierte Belegnummer, abgerechnete Kostenart, Anzahl Konsultationen) nötig.</p> <p>Sofern den Kantonen auf Verordnungsebene ein unmittelbarer Zugang zu den Daten, die das BAG gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. c KVV von den Versicherern erhält, gewährt wird, kann auf eine Lieferung von Individualdaten der Versicherer zuhanden der Kantone gemäss Art. 21 nKVG verzichtet werden. Dies würde dem «Once only»-Prinzip entsprechen. Auch sieht Art. 21 Abs. 4 KVG explizit vor, dass das BAG die erhobenen Daten den Kantonen zur Verfügung stellt.</p>
28d	1	a		<p>Anpassung «2. Angaben zum Leistungserbringer, wie Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN) oder <u>und</u> Zahlstellenregisternummer,»</p>	<p>Es ist nicht ausreichend, nur entweder die Identifikationsnummer oder die Zahlstellenregisternummer zu liefern; es müssend zwingend beide Angaben geliefert werden.</p>
28d	1	b	Zustimmung mit Anpassung	<p>Ergänzung «mindestens monatlich, die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters <u>in maschinenlesbarem Format.</u>»</p>	<p>Abs. 1 Bst. b könnte dahingehend interpretiert werden, dass betreffend Zahlstellenregister die Kantone einen Zugriff auf die ZSR-Vollversion erhalten. Dies ist für eine sachgerechte Datenbearbeitung nicht ausreichend.</p>
28d	2		Zustimmung mit Anpassung	<p>Anpassung und Ergänzung «Die Versicherer geben den Kantonen auf die Daten der Leistungserbringer weiter, die auf ihrem Kantonsgebiet tätig sind, <u>unabhängig vom Wohnsitz der behandelten Versicherten. Zudem geben sie den Kantonen Leistungsdaten zu Versicherten mit Wohnsitz im Kanton weiter, die ausserhalb des Kantons versorgt werden.</u>»</p>	<p>Die Kantone interessiert als Finanzierer der Leistungen ihrer Wohnbevölkerung deren Leistungsanspruchnahme – unabhängig vom Behandlungsort bzw. vom Standort des Leistungserbringers. Daher sind auch Leistungsdaten von Versicherten mit Wohnsitz im Kanton, die ausserhalb ihres Wohnsitzkantons versorgt werden, erforderlich. Auch um die Gesundheitsversorgung effizient planen und steuern zu können, sind diese Informationen wichtig. So bedingt eine ambulante Zulassungssteuerung durch den Kanton, dass ersichtlich ist, wie und wo OKP-Leistungen erbracht werden. Aggregierte Daten auf Ebene der Leistungserbringer sind, wie vorstehend zu Art. 28d Abs. 1 Bst. a E-KVV festgehalten, für die Aufgabenerfüllung der Kantone nicht ausreichend. Die folgenden drei Beispiele verdeutlichen, weshalb:</p>

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
					<ul style="list-style-type: none"> - Zur Festlegung von Höchstzahlen müssen die Kantone bei Gruppenpraxen zwingend wissen, in welchen Fachgebieten wie viele Leistungen erbracht worden sind. Gruppenpraxen können auch aus Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Fachrichtungen bestehen. Wenn die Kantone die Daten auf Ebene Leistungserbringer erhalten, können sie die Aktivitäten (Anzahl Konsultationen, einzelne Behandlungen, Verschreibung von Medikamenten etc.) nicht den einzelnen Ärztinnen und Ärzten zuordnen. Diese Informationen benötigen sie, um ihre Aufgaben in den Bereichen Planung, Aufsicht und Steuerung ausüben zu können, d.h. Neuzulassungen und Festlegung von Höchstzahlen hängen vom konkreten Verhalten der bereits zugelassenen Spezialisten innerhalb einer Fachrichtung ab; die Ebene Gruppenpraxis (Leistungserbringer) ist hierfür nicht präzise genug. - Die aggregierten Daten sollen gemäss Art. 28d E-KVV Angaben zu Behandlungsart und Kostenart enthalten. Basierend auf der EFIND 3-Spezifikation gehen wir davon aus, dass sich die Behandlungsart auf stationär oder ambulant bezieht und die Kostenart auf das Tarifsysteem (SwissDRG, Labortarife etc.). Diese Datengranularität erlaubt die notwendige Differenzierung bei Gruppenpraxen nicht. Mit anonymisierten Individualdaten könnten die Kantone die Aggregation zu den Fachgebieten anhand der abgerechneten Tarifpositionen selbst erstellen. Würde an einer aggregierten Datenweitergabe festgehalten, müsste die Leistungsart im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte unbedingt als Fachgebiet verstanden werden. - Im Bereich der Versorgungsplanung verpflichtet das KVG die Kantone, die Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser bedarfsgerecht zu planen. Für eine bedarfsgerechte Planung muss auch die ambulante Leistungserbringung angemessen berücksichtigt werden, um Verlagerungspotenziale abschätzen zu können. Dies gilt für die ambulant

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
					erbrachten ärztlichen Leistungen und die ambulante Langzeitpflege im Spezifischen sowie für die Planung neuer (bereichsübergreifender) Versorgungsmodelle im Allgemeinen. Der Bundesrat hat in seinem Bericht «Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung» vom 28. Januar 2026 die Empfehlung an die Kantone festgehalten, «zu überprüfen, ob eine bessere Berücksichtigung der Entwicklung im spitalambulanten Bereich in der Spitalplanung zur Ermittlung des stationären Bedarfs angebracht wäre und wie diese erzielt werden könnte.» Die GDK begrüsst diese Empfehlung im Grundsatz und fordert einen Zugang zu ambulanten Daten, um die Entwicklung im spitalambulanten Bereich besser berücksichtigen zu können.
28d	3		Zustimmung mit Anpassung	Anpassung und Ergänzung «Sie müssen den Kantonen die Daten elektronisch, <i>in maschinenlesbarem Format</i> , [...]»	Für eine effiziente Datenbearbeitung ist ein entsprechendes Format die Voraussetzung.
28d	4		Ablehnung	Streichen <i>«Die Kantone sorgen dafür, dass den Versicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht.»</i>	Die Pflicht zur Datenweitergabe obliegt den Versicherern. Die Kantone haben wenig bis keinen Spielraum, um auf den Aufwand für die Datenbereitstellung Einfluss zu nehmen.
28d	7		Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung «Das BAG kann nach Anhörung der Versicherer <i>und der Kantone</i> Weisungen zu den nach den Absätzen 1-3 zu treffenden Vorkehren erlassen.»	Kantone und Versicherer sind gleich zu behandeln. Dementsprechend sind die Kantone vom BAG ebenfalls anzuhören, damit die durch das BAG erlassenen Weisungen auch aus kantonaler Sicht zweckmässig und sachgerecht sind.
30b			Zustimmung mit Anpassung	Anpassung in Art. 31a Buchstabe c KVV <i>«Sie müssen die Daten spätestens fünf <u>zehn</u> Jahre nach deren Erhalt</i>	Im Zusammenhang mit Art. 30b E-KVV sollte auch die Datennutzungsfrist in Art. 31a Bst. c KVV angepasst werden. Sowohl für die

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				<i>vernichten, sofern die Daten nicht archiviert werden müssen.»</i>	kantonalen Planungen wie auch für Aufgaben im Bereich der Tarifurteilung sind fünf Jahre Nutzungsfrist deutlich zu kurz. Es sollten mindestens zehn Jahre vorgesehen werden.
38	2		Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung im Erläuternden Bericht	Der Klarheit halber sollte im Erläuternden Bericht explizit erwähnt werden, dass Zahnärzte und -ärztinnen die einzigen ambulanten Leistungserbringer sind, die gemäss KVG keiner Zulassungsbeschränkung unterstellt werden können, weshalb sich eine Anpassung von Art. 42 KVV erübrigt.
59a ^{quater}			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Artikel) <u>«Zugang der Kantone zu Daten von Rechnungen im Pflegebereich</u> <u>Die Versicherer übermitteln den Kantonen monatlich die Daten der Rechnungen zu den Pflegeleistungen.»</u>	Kantone, in welchen innerkantonale die Gemeinden für die Finanzierung der Pflegeleistungen (ambulante Pflege und Pflegeheime) zuständig sind, benötigen die Rechnungsdaten zu den Pflegeleistungen für die gemeindespezifische Weiterverrechnung an die Gemeinden. Wird den Kantonen eine gemeindespezifische Zurechnung verunmöglicht, ist dies ein nicht tolerierbarer Eingriff in die innerkantonale Aufgabenteilung und damit in die Autonomie der Kantone. In der Langzeitpflege verfügen die Kantone heute dank der Restfinanzierung über Rechnungsdaten der ambulanten Pflege und der Pflegeheime auf Individualebene. Es darf nicht sein, dass sie mit EFAS weniger Daten als heute erhalten werden. Sollte dieser Forderung nicht entsprochen werden, müssen die Versicherer den Kantonen mindestens die Pflegekosten pro Monat und Gemeinde, aufgeteilt nach ambulanter Pflege und Pflegeheim, übermitteln. Dabei ist für die Zuordnung zu einer Gemeinde der Wohnsitz der versicherten Person massgebend (und nicht der Standort des Leistungserbringers).
59a ^{quater}	4		Ablehnung	Streichung «Für die Bearbeitung der Daten erstellt der Kanton ein Bearbeitungsreglement, das die interne Organisation festlegt und insbesondere das Datenbearbeitungs- und das Kontrollverfahren in Anwendung der kantonalen Bestimmungen zum Datenschutz umschreibt und alle Unterla	Beim Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten im stationären Bereich handelt es sich nicht um eine Neuerung. Die Kantone erhalten solche Informationen bereits gestützt auf die geltende Gesetzgebung. Es besteht bereits heute die Verpflichtung, über die Datenbearbeitung in einem Informationssicherheits- und Datenschutzkonzept Rechenschaft abzulegen. Die Datenschutzkonzepte der Kantone unterliegen dem Öffentlichkeitsprinzip.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				<i>gen über die Planung, die Realisierung und den Betrieb der Datenbearbeitungssysteme und der Informatikmittel enthält. Sie veröffentlicht das Reglement und aktualisiert es regelmässig.»</i>	
59a ^{quin-} quies			Zustimmung mit Anpassung	<p>Ergänzung (neuer Absatz)</p> <p><u>«Für unrechtmässige Kostenübernahmen steht dem Kanton gegenüber dem Versicherer ein Rückforderungsanspruch zu. Dies unabhängig davon, ob eine Beanstandung gemäss Absatz 1 erfolgt ist. Der Rückforderungsanspruch erlischt drei Jahre, nachdem der Kanton von der Unrechtmässigkeit der Kostenübernahme Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nachdem der Kanton die Rechnung erhalten hat.»</u></p>	<p>Eine erste (routinemässige) Prüfung kann innert 30 Tagen durchgeführt werden. Gleichzeitig ist zwingend eine zusätzliche Regelung für Sachverhalte notwendig, die sich aus technischen und prozessualen Gründen nicht innert 30 Tagen überprüfen lassen.</p> <p>Die 30-tägige Frist reicht zum einen für nachgelagerte Prüfungen auf Grundlage von Statistikdaten nicht aus: Die Kantone können gewisse Sachverhalte (z.B. Einhaltung von Leistungsaufträgen, kantonalen Ambulant-vor-stationär-Listen oder Volumenbegrenzungen) erst mit einiger zeitlicher Verzögerung überprüfen. Eine 30-tägige Frist in Kombination mit fehlenden MCD-Daten (vgl. Erläuternder Bericht, S. 32) bedeutet, dass die Kantone die Nichteinhaltung von Leistungsaufträgen durch die Spitäler aufgrund von Rechnungsdaten gar nicht prüfen können. Tatsächlich kontrollieren schon heute verschiedene Kantone Verstösse gegen Leistungsaufträge mittels der Daten der medizinischen Statistik der Spitäler (BFS) einmal jährlich und verlangen gegebenenfalls nachträglich eine Stornierung der Rechnung. Gemäss der vom BAG vorgesehenen Regelung wäre allerdings eine Stornierung der Rechnung nicht möglich, sofern die 30-tägige Beanstandungsfrist nicht eingehalten würde.</p> <p>Zum anderen werden einige Beanstandungsgründe erst aufgrund von Folgerechnungen ersichtlich. Leistungserbringer können ihre Leistungen innerhalb von fünf Jahren abrechnen. Diese können sich auf andere innert der definierten Frist nicht beanstandete und durch die Kantone bereits bezahlte Leistungen auswirken, z.B. bei der Verrechnung von Verlegungsabschlägen. Eine nachträgliche Beanstandung muss zwingend möglich sein und ist so im Prozess zwischen Versicherern und Kantonen vorgesehen, den die GDK zusammen mit prio.swiss erarbeitet.</p>

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
					<p>Daher muss die Verordnung explizit festhalten, dass ein Kanton bereits geleistete Kostenübernahmen, die sich nachträglich als unrechtmässig erweisen, vom Versicherer zurückzufordern kann. Dies unabhängig davon, ob eine Beanstandung gemäss Absatz 1 erfolgt ist oder nicht. Entsprechende Rückforderungsansprüche müssen vom Kanton innert drei Jahre, nachdem er von der Unrechtmässigkeit der Kostenübernahme Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nach Erhalt der Rechnung geltend gemacht werden (analoge Regelung wie in Art. 25 Abs. 2 ATSG).</p> <p>Sollte dieser Sachverhalt nicht explizit in der KVV geregelt werden, wäre zumindest eine allgemeingültige Bestimmung in der KVV zu verankern, wonach Kantone und Versicherer eine spätere Klärung von gewissen Sachverhalten untereinander vereinbaren müssen.</p>
59a ^{quin-} quies	2		Zustimmung mit Anpassung		Der Klarheit halber sollte im Erläuternden Bericht explizit erwähnt werden, dass eine Rechnung als vom Kanton erhalten gilt, wenn der Versicherer dem Kanton die Daten übermittelt oder elektronisch, in maschinenlesbarem Format zugänglich gemacht hat (Seite 34, Erläuterungen zu Absatz 2).
78			Zustimmung mit Anpassung	<p>Zusätzlicher Artikel</p> <p><i>«Das EDI legt auf Antrag der Verbände, welche die Versicherer und die Kantone vertreten, technische und organisatorische Vorgaben für den Finanz- und Datenfluss zur Einrichtung des Kantonsbeitrags gestützt auf Art. 60 KVG fest.»</i></p>	<p>Gemäss Erläuterndem Bericht vereinbaren die Kantone und Versicherer untereinander die Details der Zahlungsmodalitäten für den Kantonsbeitrag (inkl. damit zusammenhängendem Datenfluss). Dies ist zu begrüssen.</p> <p>Sind die Details geregelt und in einem Betriebskonzept / Handbuch o.ä. festgehalten, soll das EDI diese Details auf Antrag der Verbände, welche die Versicherer und die Kantone vertreten, in einer Verordnung festhalten oder das Betriebskonzept / Handbuch für alle Kantone und Versicherer verbindlich erklären.</p>
78	1		Zustimmung mit Anpassung		Die Kantone begrüssen den Grundsatz, dass der Kantonsbeitrag wöchentlich zu entrichten ist.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
					<p>In Art. 78 E-KVV ist eine Zahlungsfrist von mindestens 10 Arbeitstagen für den Kantonsbeitrag zu verankern. Eine kürzere Zahlungsfrist durch die Kantone ist aus technischen, prozessualen und organisatorischen Gründen nicht möglich. Es ist immer möglich, dass ein Kanton aus technischen (z.B. Ausfall, Aktualisierung oder Einführung einer neuen Software), personellen (z.B. Krankheit), organisatorischen (z.B. Sperrfristen über Feiertage bzw. Jahreswechsel) oder anderen Gründen (z.B. Hackerangriff, höhere Gewalt) nicht in der Lage ist, eine sehr kurze Zahlungsfrist einzuhalten. Zudem sind aufgrund innerkantonalen Organisation mehrere Verwaltungseinheiten aus verschiedenen Departementen in den Abwicklungsprozess des Kantonsbeitrags involviert.</p>
78	2		Ablehnung	<p>Streichung «Kantone, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht leisten, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 5 Prozent pro Jahr.»</p>	<p>Analog zur Regelung für den Bund in Art. 79 E-KVV ist bei den Kantonen auf die Erhebung von Verzugszinsen im Zusammenhang mit der nicht fristgerechten Entrichtung des Kantonsbeitrags gemäss Art. 78 Abs. 2 E-KVV zu verzichten. Dies auch vor diesem Hintergrund, dass eine klare Regelung im Gesetz fehlt, auf die ein solcher Verzugszins zulasten der Kantone gestützt werden könnte. Weder für die Krankenversicherer (betreffend Rückerstattung) noch für den Bund (betreffend Bundesbeitrag) ist eine entsprechende Regelung vorgesehen. Sollten die Kantone zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet werden, müsste dies analog auch für Versicherer und den Bund vorgesehen werden.</p> <p>Eventualiter ist zu regeln, dass Verzugszinsen gemäss ATSG geregelt werden oder zumindest erst 30 Tagen nach Rechnungstellung anfallen. Ferner wären in diesem Fall Mahnfristen zu definieren.</p> <p>Gegen die Verpflichtung der Kantone zu Verzugszinsen spricht, dass im Fall einer nicht fristgerechten Datenlieferung bzw. Berechnung des Kantonsbeitrags bei mangelnder Qualität der Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung eine fristgerechte Zahlung nicht möglich ist.</p>

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
					Schliesslich ist ein Verzugszins von 5% sehr hoch. Zur Höhe des Zinses von 5% fehlen ausreichende Begründungen. Soll an einem Verzugszins festgehalten werden, soll eine Orientierung am Referenzzinssatz der SNB geprüft werden.
II			Zustimmung		Die Zeit bis zum Inkrafttreten von EFAS ist äusserst knapp bemessen – nicht nur, aber auch in Anbetracht der tiefgreifenden Systemanpassungen die EFAS im Bereich der Finanz- und Datenflüsse zur Begleichung des Kantonsbeitrags nötig macht.

2. Totalrevision der VKL

Die GDK ist im Grundsatz mit der vorgeschlagenen Totalrevision der VKL einverstanden, wobei aber doch gewisse Anpassungen notwendig sind. Insgesamt wird der Vorlage eher zugestimmt.

Nicht kommentierten Bestimmungen wird zugestimmt.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
1	1		Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung «Diese Verordnung regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und die einheitliche Erfassung der Leistungen im Spitalbereich und der Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim, <u>auch als Tages- oder Nachtstruktur</u> , erbracht werden.»	Es soll klar festgehalten werden, dass die VKL auch für Tages- und Nachtstrukturen gültig ist.
2	1		Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung In diesem Artikel soll präzisiert werden: Leistungserbringer, die in mehreren Kantonen tätig sind, müssen die einheitliche Ermittlung der Kosten und	Es muss klar festgehalten werden, dass Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, die in mehreren Kantonen tätig sind, ihre Rechnungen pro Kanton erstellen müssen und dass die Rechnungen je Kanton mit der effektiv konsolidierten Rechnung übereinstimmen müssen.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				die einheitliche Erfassung der Leistungen für jeden Kanton separat vornehmen. Die Revisionsstelle bestätigt, dass die Summen der Kosten und der Erträge, die pro Kanton ausgewiesen werden, diejenigen der effektiv konsolidierten Rechnung nicht übersteigt.	
2	1	a	Zustimmung mit Anpassung	Hier müssen auch die Pflegeleistungen der Pflegeheime genannt werden.	Gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. a nKVG werden Pflegeleistungen ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim erbracht. Die VKL muss die gleichen Kategorien abbilden.
2	1	d	Zustimmung mit Anpassung	Die verschiedenen Leistungsbereiche der Langzeitpflege müssen klar auseinandergelassen werden. Zum Beispiel wie folgt: d1. die Bestimmung der Pflegeleistungen und deren Kosten sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten bei der Leistungserbringung in Pflegeheimen; d2. die Bestimmung der Pflegeleistungen und deren Kosten sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten bei der Leistungserbringung von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von Pflegefachpersonen; d3 die Bestimmung der Pflegeleistungen und deren Kosten sowie der	Es muss ersichtlich gemacht werden, dass die Pflegeleistungen und deren Kosten je Leistungsbereich bestimmt werden müssen.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten bei der Leistungserbringung bei Langzeitbehandlungen im Spital;	
2	1	e	Ablehnung	Streichung «e. die Bestimmung der Pflegeleistungen und deren Kosten für jede Pflegebedarfsstufe bei der Leistungserbringung in Pflegeheimen und bei Langzeitbehandlungen im Spital;»	Die Pflegeheime und die Langzeitbehandlungen im Spital sind bereits mit Buchstabe d erfasst. Weil aktuell noch nicht bekannt ist, ob die Tarifstruktur Pflege für die Pflegeheime Pflegebedarfsstufen vorsehen wird, passt die Formulierung in Buchstabe d besser. Buchstabe e kann gestrichen werden.
3			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Artikel) <u>Pflegeheime</u> <i><u>Pflegeheime sind alle Betriebe, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG gelistet sind.»</u></i>	In der VKL muss auch definiert werden, welche Institutionen als Pflegeheime gelten. Die Nennung der Pflegeheime in Art. 3 ist auch deshalb wichtig, weil Art. 4 ambulante Behandlungen als alle Behandlungen definiert, die nicht stationäre Behandlungen nach Art. 3 sind. So ist klargestellt, dass Pflegeleistungen in Pflegeheimen nicht als ambulante Behandlungen gelten. So ist die VKL konsistent mit Art. 25 Abs. 2 Bst. a nKVG ([...] Pflegeleistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden [...]).
4			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung <i><u>«Alle Behandlungen, welche die Anforderungen nach Artikel 3 nicht erfüllen, gelten grundsätzlich als ambulant.»</u></i> Als ambulante Behandlungen nach Artikel 49 Absatz 6 KVG gelten Behandlungen im Spital oder im Geburtshaus, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung. Als Nachtkliniken gelten	Wir sind inhaltlich einverstanden, regen aber an, zur besseren Verständlichkeit einen Satz aus dem erläuternden Bericht mit der Definition im Grundsatz in die Verordnung aufzunehmen.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				Einrichtungen, in denen die Untersuchung, die Behandlung oder die Pflege die Belegung eines Betts während einer oder mehrerer Nächte, jedoch keine Anwesenheit des Patienten oder der Patientin tagsüber, erfordert.»	
7	1		Zustimmung mit Anpassung	<p>Anpassung</p> <p>«Als Investitionen im Sinne der Artikel 49 Absatz 7 und 50 Absatz 2 KVG gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, die zur Erfüllung der Leistungsauftrags nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG oder für die Erbringung von Pflegeleistungen <u>in Pflegeheimen oder</u> zu Hause notwendig sind.»</p>	Im Entwurf sind die Pflegeheime nicht erwähnt. Diese müssen ebenfalls aufgenommen werden.
8			Zustimmung mit Anpassung	<p>Ergänzung oder Präzisierung</p> <p>Es soll ein Schwellenwert bezüglich verrechneter Stunden pro Jahr definiert werden, ab welchem die Pflicht besteht, eine Kostenrechnung einzureichen.</p> <p>Zudem müssen die Anforderungen an die Kostenrechnung für Pflegefachpersonen separat definiert werden.</p>	<p>Eine flächendeckende Pflicht zur Erstellung einer Kostenrechnung ist für selbständig tätige Pflegefachpersonen und auch für die kleinsten Spitex-Organisationen nicht realistisch. Es gibt Leistungserbringer, die nur sehr wenig KLV-Leistungsstunden aufweisen und es gibt auch eine erhebliche Fluktuation (Marktein- und -austritte).</p> <p>Deshalb soll eine Schwelle definiert werden, ab welcher erst die Pflicht besteht, eine Kostenrechnung zu führen.</p> <p>Gemäss Art. 59f Abs. 1^{bis} E-KVV müssen Pflegefachpersonen die Kosten nicht «weiter aufschlüsseln». Dies muss auch in der VKL berücksichtigt werden.</p>
8	4		Ablehnung	<p>Anpassung</p> <p>Wir beantragen, dass Absatz 4 entweder die Entscheidkompetenz der Tarifstrukturorganisation überträgt oder dass das BAG respektive das EDI di-</p>	Die im Erläuternden Bericht erwähnten Branchenlösungen für Pflegeheime (Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik von CURAVIVA Schweiz), Spitex (Finanzmanual von Spitex Schweiz) und selbstständige Pflegefachpersonen (vereinfachtes Finanzmanual; vgl. Umsetzung Kanton AG) sollten national zwingend vorgeschrieben werden. In Bezug auf Absatz 4 ist daher nicht ersichtlich,

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				rekt die Branchenlösungen als verbindlich erklärt und Vorschriften zum anrechenbaren/wirtschaftlichen Aufwand erlässt.	<p>warum nun das EDI weitere Bestimmungen erlassen soll, wenn doch eigentlich die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen die detaillierten Kosten- und Leistungsdaten, die von den Leistungserbringern einzureichen sind, festlegt (Gefahr von Verantwortungsdiffusion).</p> <p>Neben den erwähnten Branchenlösungen ist zudem entweder durch das BAG (in der Verordnung) oder dann durch die Tarifstrukturorganisation festzulegen, welche betrieblichen Aufwände für die Leistungserbringung von Pflegeleistungen auch als wirtschaftlich und anrechenbar gelten (bspw. Geschäftsleitungslöhne, Marketingausgaben; Konkretisierung von Art. 46 Abs. 4 KVG i.V.m. Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b KVV). Solche Vorgaben sind zwingend, da ansonsten rechtliche Verfahren drohen betr. Anrechenbarkeit von Kosten für die neuen Pfegetarife. Auch muss definiert werden, welche Anlagen als betriebsnotwendig gemäss Artikel 11 Absatz 3 gelten.</p>
9			Zustimmung mit Anpassung	<p>Ergänzung oder Präzisierung</p> <p>Es soll für die Pflegefachpersonen ein Schwellenwert bezüglich verrechneter Stunden pro Jahr definiert werden, ab welchem die Pflicht besteht, eine Finanzbuchhaltung einzureichen.</p> <p>Eventualiter sollen Pflegefachpersonen von der Pflicht, eine Finanzbuchhaltung zu führen, entbunden werden.</p>	<p>Eine flächendeckende Pflicht zur Führung einer Finanzbuchhaltung ist für selbständig tätige Pflegefachpersonen nicht realistisch. Es gibt Leistungserbringer, die nur sehr wenig KLV-Leistungstunden aufweisen und es gibt auch eine erhebliche Fluktuation (Marktein- und -austritte).</p> <p>Deshalb soll eine Schwelle definiert werden, ab welcher erst die Pflicht besteht, eine Finanzbuchhaltung zu führen.</p>
11	3		Ablehnung	<p>Anpassung</p> <p>Der Bezug zum Leistungsauftrag passt für Spitex Organisationen nicht und es muss eine andere Definition für «betriebsnotwendige Anlagen» gefunden werden.</p>	<p>In den Leistungsaufträgen an die Spitex-Organisationen (Artikel 36a Absatz 3 KVG) sind in vielen Fällen einzig die zu erbringenden Ausbildungsleistungen geregelt.</p>
11	5		Zustimmung mit Anpassung	<p>Anpassung</p> <p>«Die kalkulatorische Verzinsung der für die Erbringung der Leistungen nach</p>	<p>Es ist wichtig, dass der Zinssatz für die kalkulatorische Verzinsung regelmässig überprüft und bei Bedarf angepasst wird. Deshalb soll der letzte Satz des aktuellen Art. 10a Abs. 4 VKL nicht gestrichen werden.</p>

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				KVG betriebsnotwendigen Anlagen berechnet sich nach der Durchschnittswertmethode. Der Zinssatz beträgt 2,9 Prozent. <i>Er wird periodisch überprüft.»</i>	
12	5		Zustimmung mit Anpassung	<p>Anpassung</p> <p>«Die Leistungsstatistik der Pflegeheime muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Aufenthaltstage, <u>und</u> <u>Pflegetage</u> pro Pflegebedarfsstufe <u>und</u> <u>Pflegezeit unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination</u> umfassen. <u>Die Tarifstrukturorganisation kann zudem vorsehen, dass sie auch die Pflegezeit unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination umfasst.»</u></p>	<p>Aus Sicht Finanzierer wie auch für die Aufsicht würden wir es sehr begrüßen, wenn die Pflegeheime effektiv erbrachte Leistungen erfassen würden. Dies soll aber nur verlangt werden, wenn dafür ein Instrument gefunden wird, welches die Erfassung mit sehr kleinem administrativem Mehraufwand möglich macht. Auch soll eine allfällige Erfassung pragmatisch, mit Augenmass erfolgen.</p> <p>Angesichts des immer grösser werdenden Personalmangels in der Langzeitpflege können wir es uns nicht leisten, das Pflegepersonal mit grösseren zusätzlichen administrativen Aufgaben zu belasten.</p>
12	6		Zustimmung mit Anpassung	<p>Anpassung</p> <p>«Die Leistungsstatistik der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und der Pflegefachpersonen muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Pflegebedarf und Pflegezeit unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination <u>und die Tarifziffern</u> umfassen.»</p>	<p>Auch die Tarifziffern sollen in der Leistungsstatistik erfasst werden, damit auch spezielle Leistungen, welche durch das Forum Datenaustausch definiert werden, inkludiert sind (bspw. pflegende Angehörige).</p> <p>Alternativ soll das BAG ausgehend von Absatz 7 direkt per 1. Januar 2028 weitere Präzisierungen erlassen.</p>

3. Änderungen der KLV

Die GDK ist der Ansicht, dass im Hinblick auf die vorgeschlagenen Änderungen in der KLV an verschiedenen Stellen Anpassungsbedarf besteht. Insgesamt wird die Vorlage daher eher abgelehnt.

Nicht kommentierten Bestimmungen wird zugestimmt.

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
Vor 7			Zustimmung mit Anpassung	Anpassung Titel 3. Abschnitt «3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim Ambulant oder von einem Pflegeheim erbrachte Pflegeleistungen »	Kohärenz bei der Terminologie.
8b	1		Zustimmung mit Anpassung	Anpassung Dieser Absatz ist dahingehend anzupassen, dass zusätzlich settingspezifische Versionen aus der gleichen Instrumenten-Familie (z.B. die Version «mental health») eingesetzt werden können. Der Entscheid darüber soll durch die Tarifstrukturorganisation gefällt werden können.	
8b	3		Zustimmung mit Anpassung	Anpassung und Ergänzung «Jedes Instrument muss folgende Anforderungen erfüllen: a. Es grenzt die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen ab. b. Es unterscheidet mindestens zwischen dem jeweiligen Bedarf an Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c.	Heute ergibt die Bedarfserhebung im Pflegeheim die Pflegestufe nach Art. 7a Abs. 3 KLV und damit die Höhe der Finanzierung. Auch wenn die Tarifstrukturorganisation entscheiden sollte, dass künftig die effektiv erbrachten Leistungen für die Finanzierung massgebend sein sollten, muss eine Bedarfserhebung gemacht werden; dies hat das BAG beim Austausch vom 6. Mai 2025 festgehalten. Damit das Ergebnis der Bedarfserhebung als Grundlage für die WZW-Prüfung verwendet werden kann, muss ihr Resultat konsistent sein mit der Rechnungsstellung respektive mit der Tarifstruktur. Weil die Tarifstruktur noch nicht definiert worden ist, sollen die Bst. b und c ersetzt werden durch einen neuen Bst. b. Weiter halten wir fest, dass wir es aus Sicht Finanzierer und für eine verbesserte gesundheitspolizeiliche Aufsicht begrüßen würden, wenn das Instrument den Bedarf an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
				<p><u>c. Es weist den voraussichtlichen Zeitaufwand für die Deckung des Pflegebedarfs aus.</u></p> <p><u>b. Es liefert die erforderlichen Informationen, um die in der Tarifstruktur festgelegten Anforderungen zu erfüllen.</u></p> <p><u>d. c.</u> Es ermöglicht die Erfassung der Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren nach Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe f KVG mittels Daten, die bei der Bedarfsermittlung routinemässig erhoben werden.</p> <p><u>d. Es bildet spezialisierte Pflegeleistungen, Pflegeleistungen für Personen mit komplexen Erkrankungen sowie Pflegeleistungen in verschiedenen Versorgungssettings, insbesondere in der Palliative Care, der gerontopsychiatrischen Pflege, der Demenzpflege, der psychiatrischen Pflege und der Pflege von Kindern, adäquat ab.</u></p> <p><u>e. Es berücksichtigt die Pflegediagnosen.»</u></p>	<p>Bst. a, b und c ausweisen muss. Wir weisen aber darauf hin, dass das Instrument RAI LTCF aktuell diese Differenzierung nicht leisten kann. Eine entsprechende Anpassung würde nach unserer Einschätzung der heutigen Logik von RAI widersprechen, weil der Leistungskatalog im Instrument hinterlegt werden müsste und die Einstufung nicht mehr ausschliesslich anhand von RUGs, sondern auch auf Basis des Leistungskatalogs erfolgen würde. Eine solche Änderung wäre kritisch zu prüfen, wurde doch bisher RAI Nursing Home unter anderem deshalb kantonsseitig positiv beurteilt, weil die Einstufung durch RAI als wenig manipulierbar beurteilt wurde.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung muss sein, dass das Instrument die spezialisierte Pflege (z.B. Wundpflege), die Pflege von Personen mit komplexen Erkrankungen (Art. 33 Abs. 2^{bis} nKVG) und die Pflege in Spezialsettings adäquat abbildet. Dass dies heute bei RAI-RUG und BESA zumindest in der Palliative Care End of Life nicht der Fall ist, hat 2018 eine Analyse gezeigt, die im Auftrag der GDK und von Curaviva durchgeführt worden ist, Die adäquate Abbildung der spezialisierten Pflege ist wichtig, weil diese Leistungen heute besonders hoch durch Restfinanzierung finanziert werden. Auch in Hinblick auf das Inkrafttreten von Art. 33 Abs. 2^{bis} nKVG ist die adäquate Abbildung wichtig.</p> <p>Pflegediagnosen bilden die fachliche Grundlage für eine systematische, transparente und evidenzbasierte Pflegeplanung, indem sie den individuellen Pflegebedarf strukturiert erfassen und begründen. Sie sind zugleich zentral für eine leistungsgerechte Tarifgestaltung sowie für die Sicherung und Evaluation der Pflegequalität, da sie Pflegeleistungen nachvollziehbar, messbar und vergleichbar machen. Deshalb soll das Instrument auch die Pflegediagnosen berücksichtigen.</p>

Artikel	Absatz	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
8b	3		Zustimmung mit Anpassung	<p>Ergänzung (neuer Absatz)</p> <p><u>«Die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen nach Artikel 47a bestimmt die Instrumente gemäss Absatz 1 und weitere Einzelheiten.»</u></p>	<p>Generell schreibt das BAG der Tarifstrukturorganisation auch weitere wesentliche Rechte bzw. Aufgaben zu (bspw. Definition Kosten- und Leistungsdaten für Erarbeitung und Weiterentwicklung Tarifstruktur). In Bezug auf das Pflegebedarfsinstrument leitet das BAG ab, dass «die Vorgaben der Tarifstrukturorganisation für die Datenerhebung zur Tarifgestaltung und -pflege sowie -anwendung [...] somit faktisch auch für das Einheitsinstrument gelten, das für die Bedarfsermittlung verwendet wird, auch wenn dieses formal nicht durch die Tarifstrukturorganisation festgelegt wird.» (S. 27 Erläuternder Bericht). Die Argumentation ist bis zu einem gewissen Grad nachvollziehbar, lässt aber dennoch einen Interpretationsspielraum offen. Die Legitimation eines Entscheides der Tarifstrukturorganisation für oder gegen ein Bedarfsermittlungsinstrument könnte unter diesem Interpretationsspielraum angezweifelt werden und zu Verzögerungen führen. Eine klare Regelung des Spielraums der Organisation wäre daher zu begrüssen. Ebenso wie eine klare Aussage, was diesbezüglich dem Bundesrat als Genehmigungsbehörde zur Genehmigung einzureichen ist.</p>
Über-gangs-bestimmung			Zustimmung mit Anpassung	<p>Anpassung und Ergänzung</p> <p><u>«Die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen legt die Instrumente für die Bedarfsermittlung nach Artikel 8b spätestens bis zum 1. April 2028 fest, andernfalls legt der Bundesrat diese bis zum 1. Juni 2028 fest.</u></p> <p><u>Die aktualisierten Instrumente für die Bedarfsermittlung nach Artikel 8b müssen ab dem 1. Januar 2030 bereitstehen.</u></p> <p>Die Leistungserbringer müssen die Instrumente für die Bedarfsermittlung nach Artikel 8b spätestens ab dem 1. Januar 2032 verwenden.»</p>	<p>In den Übergangsbestimmungen ist festzuhalten, bis wann die Tarifstrukturorganisation die Einheitsinstrumente festzulegen hat. Auch eine subsidiäre Festlegung durch den Bundesrat sollte festgelegt werden.</p> <p>Die GDK geht davon aus, dass mindestens das Instrument für die Pflegeheime angepasst werden muss, um den Bedarf passend zur Tarifstruktur unter EFAS ausweisen zu können. In der Verordnung soll festgehalten werden, bis wann diese Anpassungen erfolgen müssen: Ab 1. Januar 2030 sollen die angepassten Instrumente bereitstehen, damit genügend Zeit bleibt, um sie einzuführen.</p>