

**Detailbemerkungen zur
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 von

Name Organisation: Gesundheitsamt Solothurn

Abkürzung Organisation: GESA SO

Adresse: Ambassadorsenhof/Riedholzplatz 3, 4509 Solothurn

Kontaktperson: Thomas Wyseier

Telefon: 032 927 93 56

E-Mail: thomas.wyseier@ddi.so.ch

Datum: 22.06.2026

Inhaltsverzeichnis

1.	Änderungen der KVV.....	3
2.	Totalrevision der VKL.....	10
3.	Änderungen der KLV	16

1. Änderungen der KVV					
Art.	Abs.	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
19a			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Absatz) «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.»	Auf Stufe Verordnung ist vorzusehen, dass die Kantone und die Versicherer im spezialisierten autonomen Ausschuss mit jeweils gleich vielen Sitzen vertreten sind. Der Ausschuss soll von einer unabhängigen externen Fachperson präsidiert werden.
19a			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Absatz) <u>«Der spezialisierte autonome Ausschuss kann zur Gewährleistung eines ausreichenden Informationsflusses eine Vertretung der gemeinsamen Einrichtung an seine Sitzungen einladen.»</u>	Zur Gewährleistung eines angemessenen Informationsaustauschs zwischen dem Autonomen Ausschuss und der GE KVG soll die Verordnung vorsehen, dass der Autonome Ausschuss eine Vertretung der GE KVG zu seinen Sitzungen beiziehen kann.
19a			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Absatz) «Die gemeinsame Einrichtung stellt den Betrieb des spezialisierten autonomen Ausschusses, insbesondere ein Sekretariat, sowie die Auslagen für die externe Fachperson auf ihre Kosten sicher.»	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 «mindestens vierteljährlich <u>monatlich</u>, die nachstehenden Daten aus den Abrechnungsbelegen aggregiert und nach Leistungserbringer:» Ergänzung (neuer Absatz) Die Lieferung von Individualdaten für die Erfüllung bestimmter KVG-Aufgaben der Kantone ist zu ergänzen. «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 Verbindungs-code, Alter, Geschlecht und Wohnort der versicherten Person.»	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 eruieren 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, Geschlecht, Wohnort, Wohnkanton, AHV-Nummer) und Angaben der Abrechnungsbelege (z.B. pseudonymisierte Belegnummer, abgerechnete Kostenart, Anzahl Konsultationen) nötig. 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.
28d	1	a	Zustimmung mit Anpassung	Anpassung «2. Angaben zum Leistungserbringer, wie Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN) oder <u>und</u> Zahlstellenregisternummer,»	Es ist nicht ausreichend, nur entweder die Identifikationsnummer oder die Zahlstellenregisternummer zu liefern; es müssend zwingend beide Angaben geliefert werden.
28d	1	b	Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung «mindestens monatlich, die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters <u>in maschinenlesbarem Format.</u> »	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.
28d	2		Zustimmung mit Anpassung	Anpassung und Ergänzung «Die Versicherer geben den Kantonen nur die Daten der Leistungserbringer weiter, die auf ihrem Kantonsgebiet tätig sind, 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.»	Eine wirksame Angebots- und Zulassungssteuerung durch die Kantone setzt voraus, dass die Patientenströme transparent nachvollzogen werden können. Dazu gehören insbesondere Informationen darüber, welche kassenpflichtigen Leistungen von der Wohnbevölkerung in Anspruch genommen werden und an welchen Orten diese Leistungen erbracht werden. Ebenso ist es für die Kantone von zentraler Bedeutung, den Umfang der ausserkantonale bezogenen Leistungen sowie der zugunsten ausserkantonalen Personen erbrachten Leistungen zu kennen. Daten, die sich ausschliesslich auf Institutionen mit Standort im Kantonsgebiet beziehen, sind weder für die Spitalplanung noch für die Planung im Bereich der Langzeitpflege ausreichend.

28d	3		Zustimmung mit Anpassung	Anpassung und Ergänzung «Sie müssen den Kantonen die Daten elektronisch, <u>in maschinenlesbarem Format</u> , [...]»	Für eine effiziente Datenbearbeitung ist ein entsprechendes Format die Voraussetzung.
28d	4		Ablehnung	Streichung «Die Kantone sorgen dafür, dass den Versicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht.»	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 «Sie müssen die Daten spätestens fünf <u>zehn</u> Jahre nach deren Erhalt vernichten, sofern die Daten nicht archiviert werden müssen.»	In Zusammenhang mit Art. 30b E-KVV muss auch die Datennutzungsfrist in Art. 31a Bst. c KVV angepasst werden. Sowohl für die kantonalen Planungen wie auch für Aufgaben im Bereich der Tarifbeurteilung sind fünf Jahre Nutzungsfrist deutlich zu kurz. Es müssen 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 allen Daten von Rechnungen im Pflegebereich</u> Die Versicherer übermitteln den Kantonen monatlich die Daten der Rechnungen zu den Pflegeleistungen.»	Der Kanton Solothurn und andere Kantone, in welchen innerkantonal die Gemeinden für die Finanzierung der Pflegeleistungen (ambulante Pflege und Pflegeheime) zuständig sind, benötigen die Rechnungsdaten zu den Pflegeleistungen für die 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. Diese benötigen sie zwingend für die Angebotssteuerung. Es darf nicht sein, dass sie mit EFAS weniger Daten als heute erhalten werden.
59a ^{quater}	4		Ablehnung oder Anpassung	Streichung «Für die Bearbeitung der Daten er stellt der Kanton ein Bearbeitungsreglement, das die interne Organisation festlegt und insbesondere das Datenbearbeitungs- und das Kontrollverfahren in Anwendung der kantonalen Bestimmungen zum Daten-schutz umschreibt und alle Unterlagen über die Planung, die Realisierung und den Betrieb der Datenbearbeitungssysteme und der Informatikmittel enthält. Sie veröffentlicht das Reglement und aktualisiert es regel-mässig.»	Der Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten im stationären Bereich ist bereits nach geltendem Recht vorgesehen und stellt daher keine Neuerung dar. Die Kantone sind schon heute verpflichtet, ihre Datenbearbeitung in einem Informationssicherheits- und Datenschutzkonzept zu dokumentieren. Diese Datenschutzkonzepte unterliegen dem Öffentlichkeitsprinzip. Sollte der Absatz nicht gestrichen werden, besteht diesbezüglich eine Diskrepanz zwischen dem Wortlaut der entsprechenden Bestimmung und den Erläuterungen. Gemäss der entsprechenden Bestimmung erstellt der „Kanton“ das betreffende Bearbeitungsreglement. In den Erläuterungen (auf S. 33) wird demgegenüber festgehalten, dass die „Kantonsregierung“ das entsprechende Bearbeitungsreglement erlässt. Dies sollte bereinigt werden. In Bezug auf die Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen und für Pflegeleistungen gemäss Art. 47b KVG erstellt gemäss Art. 59h KVV beispielsweise die „Kantonsregierung“ das entsprechende Bearbeitungsreglement.

59a ^{quinter}			Ablehnung oder Anpassung	Streichung Falls nicht streichen, dann Ergänzung (neuer Absatz) «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 Kosten-übernahme Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nachdem der Kanton die Rechnung erhalten hat.»	Finanz- und Datenflüsse wurden im Gespräch zwischen Krankenversicherern und Kantonen im bestehenden Konzept entkoppelt. Dies, um die Zahlungsfristen den Leistungserbringern gegenüber kurz zu halten, die Liquidität der Krankenversicherer zu gewährleisten und den Kantonen genügend Zeit für die Kontrollen einzuräumen. Weil die Kantone finanziell in Vorleistung gehen und nach den Kontrollen zurückfordern können, ist kein Grund ersichtlich, warum diese Frist auf 30 Tage anstelle der sonst im Sozialversicherungsrecht üblichen 5 Jahre beschränkt werden sollte.
78			Zustimmung mit Anpassung	Zusätzlicher Artikel «Das EDI legt auf Antrag der Verbände, welche die Versicherer und die Kantone vertreten, technische und organisatorische Vorgaben für den Finanz- und Datenfluss zur Entrichtung des Kantonsbeitrags gestützt auf Art. 60 KVG fest.»	Gemäss Erläuterndem Bericht vereinbaren die Kantone und Versicherer untereinander die Details der Zahlungsmodalitäten für den Kantonsbeitrag (inkl. damit zusammenhängendem Datenfluss). Dies ist zu begrüssen. 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.
78	1		Zustimmung mit Anpassung		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.

78	2		Ablehnung	Streichung «Kantone, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht leisten, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 5 Pro-zent pro Jahr.»	Die Kantone entrichten den Kantonsanteil, bevor sie die Prüfung der Rechnungen abschliessen können. Sie gehen damit in Vorleistung. Es ist stossend, für eine Vorleistung einen Verzugszins zu erheben, währenddem weder für die Krankenversicherer (betreffend Rückerstattung an die Kantone) noch für den Bund (betreffend Bundesbeitrag) eine entsprechende Regelung vorgesehen ist. Sollten die Kantone zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet werden, müsste dies analog auch für Versicherer und den Bund vorgesehen werden.
----	---	--	-----------	--	---

2. Totalrevision der VKL

Art.	Abs.	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
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			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung In diesem Artikel soll präzisiert werden: Leistungserbringer, die in mehreren Kantonen tätig sind, müssen die einheitliche Ermittlung der Kosten und 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.	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.
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 auseinandergehalten werden. Zum Beispiel wie folgt: d1. die Bestimmung der Pflegeleistungen und deren Kosten sowie der übrigen von der	Es muss ersichtlich gemacht werden, dass die Pflegeleistungen und deren Kosten je Leistungsbereich bestimmt werden müssen.

				obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten bei der Leistungserbringung in Pflegeheimen; d2. die Bestimmung der Pflege-leistungen 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 Pflege-leistungen und deren Kosten sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten bei der Leistungserbringung bei Langzeit-behandlungen 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) «Pflegeheime <u>Pflegeheime sind alle Betriebe, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG gelistet sind.»</u>	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 <u>«Alle Behandlungen, welche die Anforderungen nach Artikel 3 nicht erfüllen, gelten grundsätzlich als ambulant.»</u> 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 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.	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.
7	1		Zustimmung mit Anpassung	Anpassung «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.»	Im Entwurf sind die Pflegeheime nicht erwähnt. Diese müssen ebenfalls aufgenommen werden.

8			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung oder Präzisierung Es soll ein Schwellenwert bezüglich verrechneter Stunden pro Jahr definiert werden, ab welchem die Pflicht besteht, eine Kostenrechnung einzureichen. Zudem müssen die Anforderungen an die Kostenrechnung für Pflegefachpersonen separat definiert werden.	Eine flächendeckende Pflicht zur Erstellung einer Kostenrechnung ist für selbstständig 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). Deshalb soll eine Schwelle definiert werden, ab welcher erst die Pflicht besteht, eine Kostenrechnung zu führen. Gemäss Art. 59f Abs. 1bis E-KVV müssen Pflegefachpersonen die Kosten nicht «weiter aufschlüsseln». Dies muss auch in der VKL berücksichtigt werden.
8	4		Ablehnung	Anpassung Wir beantragen, dass Absatz 4 entweder die Entscheidungskompetenz der Tarifstrukturorganisation überträgt oder dass das BAG respektive das EDI direkt die Branchenlösungen als verbindlich erklärt und Vorschriften zum anrechenbaren/wirtschaftlichen Aufwand erlässt.	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, 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). 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 Pflegetarife. Auch muss definiert werden, welche Anlagen als betriebsnotwendig gemäss Artikel 11 Absatz 3 gelten.
9			Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung mit Präzisierung Es soll für die Pflegefachpersonen ein Schwellenwert bezüglich verrechneter Stunden pro Jahr definiert werden, ab welchem die Pflicht besteht, eine Finanzbuchhaltung einzureichen. Eventualiter sollen Pflegefachpersonen von der Pflicht, eine Finanzbuchhaltung zu führen, entbunden werden.	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). Deshalb soll eine Schwelle definiert werden, ab welcher erst die Pflicht besteht, eine Finanzbuchhaltung zu führen.
11	3		Ablehnung	Anpassung Der Bezug zum Leistungsauftrag passt für Spitex Organisationen nicht und es muss eine andere Definition für «betriebsnotwendige Anlagen» gefunden werden.	In den Leistungsaufträgen an die Spitex-Organisationen (Artikel 36a Absatz 3 KVG) sind in vielen Fällen einzig die zu erbringenden Ausbildungsleistungen geregelt.
11	5		Zustimmung mit Anpassung	Anpassung «Die kalkulatorische Verzinsung der für die Erbringung der Leistungen nach KVG betriebsnotwendigen Anlagenberechnet sich nach der Durchschnittswertmethode. Der Zinssatz beträgt 2,9 Prozent. <u>Er wird periodisch überprüft.</u> »	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.
12	5		Zustimmung mit Anpassung	Anpassung «Die Leistungsstatistik der Pflegeheime muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Aufenthaltstage, <u>und</u> Pflegetage pro Pflegebedarfsstufe <u>und</u> Pflegezeit <u>unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung</u>	Auch die Tarifiziffern sollen in der Leistungsstatistik erfasst werden, damit auch spezielle Leistungen, welche durch das Forum Datenaustausch definiert werden, inkludiert sind (bspw. pflegende Angehörige). Alternativ soll das BAG ausgehend von Absatz 7 direkt per 1. Januar 2028 weitere Präzisierungen erlassen.

				und Koordination 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>	
--	--	--	--	--	--

3. Änderungen der KLV

Art.	Abs.	Bst.	Einschätzung	Antrag	Begründung
Vor 7			Zustimmung mit Anpassung	Anpassung Titel 3. Abschnitt «3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim <u>Ambulant oder von einem Pflegeheim erbrachte Pflegeleistungen</u> »	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. c. Es weist den voraussichtlichen Zeitaufwand für die Deckung des Pflegebedarfs aus. <u>b. Es liefert die erforderlichen Informationen, um die in der Tarifstruktur festgelegten</u>	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.

				<u>Anforderungen zu erfüllen.</u> <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. <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> <u>e. Es berücksichtigt die Pflegediagnosen.»</u>	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. 2Bst. 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. Eine weitere Voraussetzung muss sein, dass das Instrument die spezialisierte Pflege (z.B. Wundpflege), die Pflege von Personen mit komplexen Erkrankungen (Art. 33 Abs. 2bis 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. 2bis nKVG ist die adäquate Abbildung wichtig. 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.
8b	3		Zustimmung mit Anpassung	Ergänzung (neuer Absatz) <u>«Die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen nach Artikel 47a bestimmt die Instrumente gemäss Absatz 1 und weitere Einzelheiten.»</u>	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.
Über- gangs- bestim- mung			Zustimmung mit Anpassung	Anpassung und Ergänzung <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.</u>	In den Übergangsbestimmungen ist festzuhalten, bis wann die Tarifstrukturorganisation die Einheitsinstrumente festzulegen hat. Auch eine subsidiäre Festlegung durch den Bundesrat sollte festgelegt werden. Die GDK geht davon aus, dass mindestens das Instrument

				<u>Juni 2028 fest.</u> <u>Die aktualisierten Instrumente für die Bedarfsermittlung nach Artikel 8b müssen ab dem 1. Januar 2030 bereitstehen.</u> Die Leistungserbringer müssen die Instrumente für die Bedarfsermittlung nach Artikel 8b spätestens ab dem 1. Januar 2032 verwenden.»	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.
--	--	--	--	---	--