

Zusammenfassung der eingereichten Rückmeldung

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) – Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen

Eröffnung	01.04.2026
Frist der Einreichung	08.07.2026
Zuständiges Departement	Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Zuständige Bundesstelle	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Zuständige Organisation	Abteilung Tarife und Grundlagen
Adresse	Schwarzenburgstrasse 157, 3003, Bern-Liebefeld
Projektseite	https://fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2026/18/cons_1
Kontaktperson	e-Mail Postfach (tarife-grundlagen@bag.admin.ch)
Telefon	+41 58 462 37 23

Kontakt Information der einreichenden Stelle

Name (Firma/Organisation)	Staatskanzlei des Kantons Uri
Zuständige Stelle	--
Adresse	Rathausplatz 1, 6460 Altdorf
Kontaktperson Vorname	Roman
Kontaktperson Name	Balli
Telefonnummer (Rückfragen)	+41418752007
Eingereicht am	--

Rückmeldung zu: Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) – Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen: Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung	Der Regierungsrat ist mit den Anpassungen der KVV grundsätzlich einverstanden, allerdings besteht bei einigen Vorschlägen teilweise grösserer Anpassungsbedarf. Ergänzend zu den Stellungnahmen zu den untenstehenden Artikeln sind folgende zwei Punkte noch zu klären: 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. Rügegrund AVOS: Im erläuternden Bericht wird erklärt, dass die Kantone eine Verletzung der AVOS-Regeln im Einzelfall nicht mittels Beschwerde rügen können. Diese Aussage ist betreffend Artikel 3c und Anhang 1a KLV unzutreffend. Werden diese Regeln verletzt, wird bei der Rechnungsstellung ein nicht zulässiger Tarif angewendet. Dies ist ein Rügegrund von Seiten der Kantone gemäss Artikel 60 Absatz 11 Buchstabe b nKVG. Der erläuternde Bericht ist dahingehend anzupassen, dass klargestellt wird, dass die Kantone die Verletzung von AVOS explizit gestützt auf Artikel 60 Absatz 11 Buchstabe b nKVG rügen können.
Anhang	

Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 19a Autonomer Ausschuss
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	<u>neuer Absatz 1 (= vorgeschlagene Artikel 19a KVV): "Der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung erlässt ein Reglement über die Organisation des spezialisierten autonomen Ausschusses nach Artikel 18 Absatz 2sexies KVG. Er bezieht die Kantone und die Versicherer in die Erarbeitung des Reglements ein."</u> <u>neuer Absatz 2: "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 präsiert."</u> <u>neuer Absatz 3: "Der spezialisierte autonome Ausschuss kann zur Gewährleistung eines ausreichenden Informationsflusses eine Vertretung der gemeinsamen Einrichtung an seine Sitzungen einladen."</u> <u>neuer Absatz 4: "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> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	Begründung neuer Absatz 2: 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 präsiert werden soll. Begründung neuer Absatz 3: 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. Begründung neuer Absatz 4: Es ist auf Verordnungsebene zu klären, dass die Finanzierung des Autonomen Ausschusses (insb. Sekretariat) sowie die Auslagen für die externe Fachperson zulasten der GE KVG gehen. Generell: Es muss auf Verordnungsebene auch geklärt werden, welches Haftungsregime auf den Autonomen Ausschuss zur Anwendung gelangt.
Anhang	

Titel	Art. 28d Abs. 1
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	1 Die Versicherer müssen den Kantonen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem KVG die folgenden Daten weitergeben: a. mindestens vierteljährlich <u>monatlich</u>, die nachstehenden Daten aus den Abrechnungsbelegen aggregiert und nach Leistungserbringer: 1. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen, nach Abrechnungsmonat und Behandlungsmonat, 2. Angaben zum Leistungserbringer, wie Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN) oder <u>und</u> Zahlstellenregisternummer, 3. Leistungsbereich, wie Krankheit, Prävention, Geburtsgebrechen, Unfall und Mutterschaft, 4. Art der Leistung, wie Behandlungsart und Kostenart; b. mindestens monatlich, die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters - in maschinenlesbarem Format. <u>zusätzlicher Absatz: "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> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	Absatz 1 Buchstabe a: Die Datenlieferung muss mindestens einmal monatlich erfolgen. Es ist nicht ausreichend, nur entweder die Identifikationsnummer oder die Zahlstellenregisternummer zu liefern; es müssend zwingend beide Angaben geliefert werden. Absatz 1 Buchstabe b: 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. zusätzlicher Absatz: Für eine sachgerechte Planung sowie eine zeitnahe und belastbare Kontrolle der Kostenentwicklung genügt der vorgesehene Datenumfang nicht: - In der Pflege (Heime, Spitex, selbständige Pflegefachpersonen) verfügt der Kanton Uri heute dank der Restfinanzierung über Rechnungsdaten der ambulanten Pflege und der Pflegeheime auf Individualebene. Es darf nicht sein, dass Uri mit EFAS weniger Daten als heute erhält. In Uri werden ausserdem auch inskünftig die Gemeinden für die stationäre Pflegefinanzierung mitverantwortlich sein und Uri muss anhand der Daten die zuständigen Gemeinden eruieren und ihnen den Kantonsbeitrag weiterverrechnen können. Die Gemeinden ihrerseits müssen die Rechnungsbeträge und ihre Finanzierungszuständigkeit kontrollieren können. 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.
Anhang	

Titel	Art. 28d Abs. 2
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	2 Die Versicherer geben den Kantonen nur 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> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	Uri interessiert als Finanzierer der Leistungen seiner Wohnbevölkerung dessen Leistungsanspruchnahme – unabhängig vom Behandlungsort bzw. vom Standort des Leistungserbringers. Daher sind auch Leistungsdaten von Versicherten mit Wohnsitz in Uri, die ausserhalb von Uri versorgt werden, erforderlich. Auch um die Gesundheitsversorgung effizient planen und steuern zu können, sind diese Informationen wichtig. So bedingt eine ambulante Zulassungssteuerung durch Uri, 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 von Uri nicht ausreichend. Zusätzliche Informationen benötigt Uri, um seine 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. 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 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.» Uri begrüsst diese Empfehlung im Grundsatz und fordert einen Zugang zu ambulanten Daten, um die Entwicklung im spitalambulanten Bereich besser berücksichtigen zu können.
Anhang	

Titel	Art. 28d Abs. 3
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	3 Sie müssen den Kantonen die Daten elektronisch <u>in maschinenlesbarem Format</u> , korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten liefern. gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	Für eine effiziente Datenbearbeitung ist ein entsprechendes Format (z.B. XML 5.0) die Voraussetzung.
Anhang	

Titel	Art. 28d Abs. 4
Akzeptanz	Ablehnung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	Die Pflicht zur Datenweitergabe obliegt den Versicherern. Uri hat wenig bis keinen Spielraum, um auf den Aufwand für die Datenbereitstellung Einfluss zu nehmen.
Anhang	

Titel	Art. 28d Abs. 7
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	7 Das BAG kann nach Anhörung der Versicherer <u>und der Kantone</u> Weisungen zu den nach den Absätzen 1–3 zu treffenden Vorkehren erlassen. gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	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.
Anhang	

Titel	Art. 30b Abs. 1 Bst. a und b Ziffer 4
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	Im Zusammenhang mit Art. 30b E-KVV sollte 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 sollten mindestens zehn Jahre vorgesehen werden. Anpassung in Art. 31a Buchstabe c KVV: «Sie müssen die Daten spätestens zehn (statt fünf) Jahre nach deren Erhalt vernichten, sofern die Daten nicht archiviert werden müssen.»
Anhang	

Titel	Art. 38 Abs. 2
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	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.
Anhang	

Titel	Art. 59a quater Zugang der Kantone zu Daten von Rechnungen im stationären Bereich
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	1 Der Kanton muss sicherstellen, dass ausschliesslich die zuständige kantonale Stelle Zugang zu den Daten von Rechnungen, die eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 KVG betreffen, erhält. 2 Die zuständige Stelle des Kantons muss namentlich technische und organisatorische Massnahmen treffen, damit die Daten ihrem Schutzbedarf entsprechend: a. nur Berechtigten zugänglich sind; b. verfügbar sind, wenn sie benötigt werden; c. nicht unberechtigt oder unbeabsichtigt verändert werden; d. nachvollziehbar bearbeitet werden. 3 Sie vernichtet oder anonymisiert die Daten, sobald sie für den Zweck der Bearbeitung nicht mehr erforderlich sind. 4 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 Unterlagen über die Planung, die Realisierung und den Betrieb der Datenbearbeitungssysteme und der Informatikmittel enthält. Sie veröffentlicht das Reglement und aktualisiert es regelmässig. <u>neuer Artikel: 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> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	Absatz 4 soll gestrichen werden: 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. zum neuen Artikel: In Uri sind die Gemeinden für die Finanzierung der stationären Pflegeleistungen (Pflegeheime) zuständig. Uri benötigt die Rechnungsdaten zu den Pflegeleistungen für die gemeindespezifische Weiterverrechnung an die Gemeinden. Wird Uri 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).
Anhang	

Titel	Art. 59aquinquies Frist zur Beanstandung der Rechnung durch den Kanton im stationären Bereich
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	1 Die Frist nach Artikel 60 Absatz 10 KVG beträgt 30 Tage nach Erhalt der Rechnung. 2 Die Rechnung gilt als erhalten, wenn der Versicherer dem Kanton die Daten übermittelt oder elektronisch zugänglich gemacht hat. Die Versicherer und Kantone vereinbaren, wie die Kantone davon in Kenntnis gesetzt werden. 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 Kostenübernahme Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nachdem der Kanton die Rechnung erhalten hat." gelöschter Inhalt geänderter oder addierter Inhalt
Begründung	zu Absatz 2: 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 (z.B. XML 5.0) zugänglich gemacht hat (Seite 34, Erläuterungen zu Absatz 2). zu neuem Absatz: 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. Die 30-tägige Frist reicht zum einen für nachgelagerte Prüfungen auf Grundlage von Statistikdaten nicht aus: Kantone können gewisse Sachverhalte (z.B. Einhaltung von Leistungsaufträgen, kantonale 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 Uri die Nichteinhaltung von Leistungsaufträgen durch die Spitäler aufgrund von Rechnungsdaten gar nicht prüfen kann. 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. 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. 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). 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.
Anhang	

Titel	Art. 78 Entrichtung des Kantonsbeitrags
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	1 Die gemeinsame Einrichtung stellt den Kantonen den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 1 KVG wöchentlich in Rechnung. 2 Kantone, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht leisten, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 5 Prozent pro Jahr. 3 Für die Berechnung des Verzugszinses ist Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts sinngemäss anwendbar. <u>zusätzlicher Artikel:</u> <u>"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."</u> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	zu Absatz 1: Uri begrüsst 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. Es ist immer möglich, dass die Kantone 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 innerkantonaler Organisation mehrere Verwaltungseinheiten aus verschiedenen Departementen in den Abwicklungsprozess des Kantonsbeitrags involviert. zu Absatz 2: 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. 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. 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. Schliesslich ist ein Verzugszins von 5 Prozent sehr hoch. Zur Höhe des Zinses von 5 Prozent fehlen ausreichende Begründungen. Soll an einem Verzugszins festgehalten werden, soll eine Orientierung am Referenzzinssatz der SNB geprüft werden. zum zusätzlichen Artikel: 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.
Anhang	

Titel	II
Akzeptanz	Zustimmung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	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.
Anhang	

Rückmeldung zu: Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) – Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen: Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung	Der Regierungsrat ist der Ansicht, dass im Hinblick auf die vorgeschlagenen Änderungen in der KLV an verschiedenen Stellen Anpassungsbedarf besteht, daher wird die Vorlage insgesamt eher abgelehnt. Ergänzend zu den untenstehenden vorgeschlagenen Artikeln, wird eine weitere Anpassung beantragt: Anpassung KLV: 1. Titel, 2. Kapitel alt: "3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim" neu: "3. Abschnitt: Ambulant oder von einem Pflegeheim erbrachte Pflegeleistungen." Begründung: Kohärenz bei der Terminologie.
Anhang	

Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 8b Abs. 1
Akzeptanz	Zustimmung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	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.
Anhang	

Titel	Art. 8b Abs. 3
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung

Anpassungen / Gegenvorschlag

3 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~~

liefert die erforderlichen Informationen, um die in der Tarifstruktur festgelegten Anforderungen zu erfüllen.

~~d.~~ 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.

- 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.

e. Es berücksichtigt die Pflegediagnosen.

neuer Absatz:

"Die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen nach Artikel 47a bestimmt die Instrumente gemäss Absatz 1 und weitere Einzelheiten."

~~gelöschter Inhalt~~ geänderter oder addierter Inhalt

Begründung

zu Absatz 3:
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.

Das Bedarfserhebungsinstrument muss unbedingt die Leistungen in den verschiedenen Pflege-Spezialisierungen ausweisen können. Denn Kosten für diese spezialisierten Pflegeleistungen weichen erheblich von den übrigen Pflegeleistungen ab. Um diese Kosten adäquat entschädigen zu können, muss auch die Bedarfserhebung bereits differenziert erfolgen können.

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.

zum neuen Absatz:
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.

Anhang

Titel	II
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ... <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> <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. gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	In den Übergangsbestimmungen ist festzuhalten, bis wann die Tarifstrukturorganisation die Einheitsinstrumente festzulegen hat. Auch eine subsidiäre Festlegung durch den Bundesrat sollte festgelegt werden. Uri 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.
Anhang	

Rückmeldung zu: Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) – Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen: Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung in der Krankenversicherung (VKL)

Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung	Der Regierungsrat ist grundsätzlich mit der Totalrevision der VKL einverstanden, allerdings besteht bei einigen Vorschlägen Anpassungsbedarf.
Anhang	

Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 1 Gegenstand und Geltungsbereich
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	1 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 auch als Tages- oder Nachtstruktur erbracht werden. 2 Sie gilt für: a. nach Artikel 39 KVG zugelassene Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime; b. nach Artikel 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) zugelassene Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause; und c. nach Artikel 49 KVV zugelassene Pflegefachpersonen. gelöschter Inhalt geänderter oder addierter Inhalt
Begründung	zu Absatz 1: Es soll klar festgehalten werden, dass die VKL auch für Tages- und Nachtstrukturen gültig ist.
Anhang	

Titel	Art. 2 Aufgaben der Leistungserbringer
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung

Anpassungen / Gegenvorschlag

1 Die Leistungserbringer nehmen die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen so vor, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für:

- a. die Unterscheidung der Leistungen und der Kosten von stationären, ambulanten und Langzeitbehandlungen;
- b. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei stationären Behandlungen im Spital und im Geburtshaus;
- c. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei ambulanten Behandlungen im Spital und im Geburtshaus;
- d. die Bestimmung der Pflegeleistungen und deren Kosten sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten bei der Leistungserbringung in Pflegeheimen, von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von Pflegefachpersonen und bei Langzeitbehandlungen im Spital;

~~e. die Bestimmung der Pflegeleistungen und deren Kosten für jede Pflegebedarfsstufe bei der Leistungserbringung in Pflegeheimen und bei Langzeitbehandlungen im Spital;~~

- f. die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen nach Artikel 49 Absatz 3 KVG und von deren Kosten;
- g. die Ausscheidung der Kosten, die durch die Beiträge nach Artikel 5 des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege vom 16. Dezember 2022 gedeckt sind.

2 Die Unterscheidung und Bestimmung der genannten Kosten und Leistungen muss erlauben:

- a. die Bildung von Kennzahlen;
- b. Betriebsvergleiche auf regionaler, kantonaler und überkantonaler Ebene zur Beurteilung von Kosten und Leistungen;
- c. die Berechnung der Tarife;
- d. die Berechnung von Globalbudgets;
- e. die Aufstellung von kantonalen Planungen;
- f. die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Leistungserbringung;
- g. die Überprüfung der Kostenentwicklung und des Kostenniveaus.

~~gelöschter Inhalt~~ geänderter oder addierter Inhalt

Begründung	Ergänzung zu Absatz 1: 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. Absatz 1 Buchstabe a: 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. Absatz 1 Buchstabe d: 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 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 übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten bei der Leistungserbringung bei Langzeitbehandlungen im Spital; Streichung von Absatz 1 Buchstabe e: 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.
Anhang	

Titel	Art. 3 Stationäre Behandlungen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	Als stationäre Behandlungen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus: a. von mindestens 24 Stunden; b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird; c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital; d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital; e. bei Todesfällen. <u>zusätzlicher neuer Artikel: Pflegeheime</u> <u>"Pflegeheime sind alle Betriebe, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG gelistet sind."</u> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	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 [...]).
Anhang	

Titel	Art. 4 Ambulante Behandlungen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	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. <u>Ergänzung:</u> <u>"Alle Behandlungen, welche die Anforderungen nach Artikel 3 nicht erfüllen, gelten grundsätzlich als ambulant."</u> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	Wir sind inhaltlich einverstanden, regen aber an, zur besseren Verständlichkeit einen Satz aus dem Erläuternden Bericht mit der Definition "ambulante Behandlungen" im Grundsatz in die Verordnung aufzunehmen.
Anhang	

Titel	Art. 7 Investitionen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	1 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. 2 Kaufgeschäften gleichgestellt sind Miet- und Abzahlungsgeschäfte. Kosten aus Miet- und Abzahlungsgeschäften werden als Anlagenutzungskosten separat ausgewiesen. gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	Im Entwurf sind die Pflegeheime nicht erwähnt. Diese müssen ebenfalls aufgenommen werden.
Anhang	

Titel	Art. 8 Anforderungen an die Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen
Akzeptanz	Zustimmung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Anhang	

Titel	Art. 8 Abs. 1
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	Ergänzung oder Präzisierung: Es soll ein Schwellenwert bezüglich verrechneter Stunden pro Jahr definiert werden, ab welchem die Pflicht besteht, eine Kostenrechnung einzureichen. 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). Deshalb soll eine Schwelle definiert werden, ab welcher erst die Pflicht besteht, eine Kostenrechnung zu führen. Zudem müssen die Anforderungen an die Kostenrechnung für Pflegefachpersonen separat definiert werden. Gemäss Art. 59f Abs. 1bis E-KVV müssen Pflegefachpersonen die Kosten nicht «weiter aufschlüsseln». Dies muss auch in der VKL berücksichtigt werden.
Anhang	

Titel	Art. 8 Abs. 4
Akzeptanz	Ablehnung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	Anpassung: Wir beantragen, dass Absatz 4 entweder die Entscheidkompetenz 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 betreffend Anrechenbarkeit von Kosten für die neuen Pflegetarife. Auch muss definiert werden, welche Anlagen als betriebsnotwendig gemäss Artikel 11 Absatz 3 gelten.
Anhang	

Titel	Art. 9 Finanzbuchhaltung
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	Ergänzung oder 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-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 Finanzbuchhaltung zu führen.
Anhang	

Titel	Art. 11 Abs. 3
Akzeptanz	Zustimmung
Anpassungen / Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Anhang	

Titel	Art. 11 Abs. 5
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	5 Die kalkulatorische Verzinsung der für die Erbringung der Leistungen nach KVG betriebsnotwendigen Anlagen berechnet sich nach der Durchschnittswertmethode. Der Zinssatz beträgt 2,9 Prozent. <u>Er wird periodisch überprüft.</u> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	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.
Anhang	

Titel	Art. 12 Abs. 5
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	5 Die Leistungsstatistik der Pflegeheime muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Aufenthaltstage, <u>und</u> <u>Pflegetage pro Pflegebedarfsstufe und</u> <u>umfassen. Die Tarifstrukturorganisation kann zudem vorsehen, dass sie auch die</u> Pflegezeit unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination <u>umfassen.</u> gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	Es macht keinen Sinn, wenn jetzt schon – bevor die Tarifstruktur in der Langzeitpflege bekannt ist – in der VKL festgeschrieben wird, dass die Pflegeheime ihre Leistungen nach Grundpflege, Untersuchung und Behandlung differenzieren müssen.
Anhang	

Titel	Art. 12 Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Anpassungen / Gegenvorschlag	6 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 Tarifiziffern</u> umfassen. gelöschter Inhalt <u>geänderter oder addierter Inhalt</u>
Begründung	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.
Anhang	