



Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 23. September 2025

Ausgestaltung und finanzielle Auswirkungen der Massnahmen des Bundesgesetzes über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (BGAP) und Finanzierungsvarianten

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	1
1.1	Auftrag der Kommission	1
1.2	Runde Tische	2
2	Einschätzung der Massnahmen durch die Akteure	2
3	Schätzung der maximalen Kosten pro Massnahme	3
3.1	Vorbemerkungen	3
3.2	Beurteilung der geschätzten Mehrkosten durch die Teilnehmenden des Runden Tisches	4
3.3	Mehrkosten nach Leistungserbringer	5
3.4	Auswirkungen der Mehrkosten auf die Kostenträger	6
3.5	Schätzung der Einsparungen	7
4	Finanzierung der aus dem BGAP resultierenden Mehrkosten	8
4.1	Bestehende Finanzierungssysteme	8
4.2	Vorschläge der Teilnehmenden des Runden Tisches	11
5	Fazit	15
5.1	Anpassung der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen	15
5.2	Finanzierung der Mehrkosten	15

1 Ausgangslage

1.1 Auftrag der Kommission

Im Rahmen der Beratung des Geschäftes 25.054 Bundesgesetz über die Arbeitsbedingen in der Pflege sowie Änderung des Gesundheitsberufegesetzes hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) an der Sitzung vom 4. Juli 2025 die Verwaltung mit der Durchführung eines Runden Tisches zum Entwurf des Bundesgesetzes über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (BGAP) beauftragt. Dabei sollen die vom Bundesrat im BGAP vorgeschlagenen Massnahmen, ihre finanziellen Auswirkungen auf die verschiedenen Leistungserbringer sowie die Varianten zur Finanzierung der erwarteten Kosten diskutiert und mehrheitsfähige Lösungen gefunden werden. Die Verwaltung soll bei jeder Variante aufzeigen, was die Kostenfolgen für die einzelnen Kostenträger sind und welche gesetzlichen Anpassungen dafür notwendig sind. Dabei sollen auch eine Mitfinanzierung im Rahmen von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie eine mögliche Mitfinanzierung durch den

Bund aufgenommen werden. Zudem ist die Höhe der Einsparungen aufgrund der in der Botschaft erwähnten all-fälligen Effizienzgewinne darzustellen. Die Ergebnisse dieser Gespräche sowie konkrete Vorschläge zur Finanzierung der Massnahmen sollen in einem Bericht zuhanden der Kommission aufbereitet werden.

1.2 Runde Tische

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat insgesamt drei Runde Tische durchgeführt, an denen nach Rücksprache mit der Kommissionspräsidentin folgende Akteure teilgenommen haben: **ARTISET** und **senesuisse**, **Spitex Schweiz** und **ASPS**, **GDK**, **H+**, **prio.swiss**, **SBK**, **SGB** sowie **Travail.Suisse**. Bei der Zusammensetzung der Teilnehmenden der Runden Tische wurde auf eine paritätische Vertretung der Verbände bzw. Organisationen der Arbeitnehmenden und der Arbeitgebenden geachtet. Die Runden Tische fanden am 20. und 29. August 2025 sowie am 12. September 2025 statt.

2 Einschätzung der Massnahmen durch die Akteure

Am ersten und zweiten Runden Tisch wurden die vom Bundesrat in der Botschaft vorgeschlagenen Massnahmen mit den Teilnehmenden diskutiert. Die Diskussion blieben bewusst auf diese Massnahmen beschränkt und das Feld wurde nicht noch einmal für weitere Vorschläge geöffnet. Bei den Diskussionen wurde schnell klar, dass sich die verschiedenen Positionen seit der Vernehmlassung nicht verändert haben, einige Teilnehmende haben bezüglich ihrer Einschätzung der Massnahmen explizit auf ihre Stellungnahme in der Vernehmlassung bzw. ihre Ausführungen im Rahmen der Anhörung durch die SGK-N vom 4. Juli 2025 verwiesen.

Der **SBK**, **SGB** und **Travail.Suisse** betonten insbesondere die Wichtigkeit der vorgesehenen Senkung bzw. Regelung der wöchentlichen Höchst- resp. Normalarbeitszeit, die eine grosse Bedeutung für die Gesundheit des Pflegepersonals, den Verbleib im Beruf, den Erhalt der Erwerbsfähigkeit bis zum Pensionsalter sowie eine wichtige symbolische Kraft hätten. Der **SBK** wies zudem erneut darauf hin, dass der Bundesrat die für die Arbeitszufriedenheit und die Berufsverweildauer wichtigen Arbeitsbedingungen erkannt und wirksame Massnahmen vorgelegt habe.

Die **Arbeitgeber- bzw. Leistungserbringerverbände** betonten, dass sie sich nicht grundsätzlich gegen die vorgeschlagenen Massnahmen stellen würden. Sie könnten aber keiner Massnahme zustimmen, deren Finanzierung nicht gesichert sei oder die – wie die Senkungen der wöchentlichen Höchstarbeitszeit oder die Regelung der wöchentlichen Normalarbeitszeit – den Personalbedarf spürbar erhöhe. Aus Sicht von **H+** könnten einige Massnahmen sogar kontraproduktive Wirkungen haben: so könnte die Senkung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit und die Regelung der Normalarbeitszeit zu mehr statt zu weniger Unzufriedenheit bei den Pflegenden führen. **ASPS** schlug zudem vor, zu prüfen, ob gewisse Massnahmen für die ambulant tätigen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause aufgrund deren organisatorischen Besonderheiten (z.B. Bezugspflege) anders ausgestaltet werden können. Einig waren sich die **Arbeitgeberverbände** in ihrer Ablehnung der bundesrätlichen Kompetenz, im Verordnungsrecht noch weitergehende Regelungen vorzusehen. **Senesuisse** vertrat die Meinung, dass eine Umsetzung besser in bestehenden Gesetzen erfolgen sollte. Auch **prio.swiss** lehnt ein Gesetz für eine einzelne Berufsgruppe weiterhin ab und betont, dass man sich bei der Umsetzung des BGAP auf Massnahmen konzentrieren soll, die die Situation des Pflegepersonals unmittelbar subsidiär zur Sozialpartnerschaft verbessern, und deren Kosten die Prämienzahlenden nicht übermässig belasten.

Auswirkungen auf spezielle Arbeitszeitmodelle

Nur kurz diskutiert wurden die in der Anhörung vom 4. Juli 2025 vorgebrachten Hinweise, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Reduktion der wöchentlichen Höchstarbeitszeit (Art. 5 E-BGAP) und der wöchentlichen Normalarbeitszeit (Art. 6 E-BGAP) negative Auswirkungen auf spezielle, von den Mitarbeitenden gewünschte Arbeitszeitmodelle hätten, wie z.B. 12-Stunden Schichten oder 6-Tage-Wochen. Aus Sicht des Bundesrates und von **Travail.Suisse** stellt die Reduktion der wöchentlichen Höchstarbeitszeit eine wichtige Massnahme zum Schutz

der Gesundheit des Pflegepersonals sowie zur Sicherung der Qualität der Pflege dar, ohne die Flexibilität stark einzuschränken. So muss in Spitälern die wöchentliche Höchstarbeitszeit weiterhin nur im Durchschnitt von zwei Wochen eingehalten werden und auch eine Verlängerung der Arbeitswoche auf bis zu sieben aufeinander folgende Tage ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Die Auswirkungen einer Reduktion der wöchentlichen Höchstarbeitszeit auf die oben genannten Arbeitszeitmodelle hängt von der konkreten Ausgestaltung der Dienstpläne ab.

Keine mehrheitsfähigen Lösungen betreffend Massnahmen

Es wurde auch die Frage gestellt, ob sich bei einigen der Massnahmen Kompromisse bzw. mehrheitsfähige Lösungen finden lassen könnten. Diese Aufgabe wurde durch die Tatsache erschwert, dass die Teilnehmenden des Runden Tisches über keine Verhandlungsmandate ihrer jeweiligen Verbände verfügten. Es ergab sich in der Folge kein Konsens hinsichtlich irgendeiner der Massnahmen. Es zeichnete sich einzig beim zeitlichen oder finanziellen Ausgleich für kurzfristige Einsätze eine von beinahe allen Akteuren mitgetragene Lösung ab: Mit Ausnahme von **H+** waren die **Arbeitgeberverbände** wie auch die **Arbeitnehmerverbände** damit einverstanden, wenn der zeitliche oder finanzielle Ausgleich für vom Arbeitgeber verlangte kurzfristige Einsätze nicht erst bei Änderungen, die weniger als zwei Wochen vor dem Einsatz erfolgen, sondern bei allen Änderungen ab der Kommunikation des Dienstplans bezahlt werden müssen. Die unterschiedlichen Einschätzungen bezüglich der Höhe des zeitlichen oder finanziellen Ausgleichs bestehen jedoch weiterhin. Die **Arbeitnehmerverbände** weisen zudem daraufhin, dass für die Mitarbeitenden weiterhin das Recht bestehen müsse, kurzfristige Einsätze auch nach der Einführung eines zeitlichen oder finanziellen Ausgleichs ablehnen zu können.

Formulierungsvorschlag für Anpassung von Art. 13 Abs. 2 E-BGAP

Sollte die Kommission diesem Vorschlag folgen wollen, so schlägt die Verwaltung untenstehende Neuformulierung von Artikel 13 Absatz 2 E-BGAP vor – dieser bezieht sich ausschliesslich auf die in Artikel 13 Absatz 1 E-BGAP genannte vierwöchige Ankündigungsfrist der Dienstpläne und gilt bei durch die Betriebe festgelegten längeren Ankündigungsfristen nur für die letzten vier Wochen:

Art. 13 Ankündigung von Dienstplänen und Bereitschafts- und Pikettdiensten

² Müssen Arbeitnehmende Einsätze in Abweichung von den angekündigten Dienstplänen leisten ~~und wird die Abweichung weniger als zwei Wochen vor dem zu leistenden Einsatz angekündigt~~, so haben die Arbeitnehmenden Anspruch auf einen zusätzlichen zeitlichen oder finanziellen Ausgleich im Umfang von 25–50 Prozent des geleisteten Einsatzes. Der Ausgleich muss, sofern es betrieblich möglich ist, in Form eines zeitlichen Ausgleichs erfolgen.

3 Schätzung der maximalen Kosten pro Massnahme

3.1 Vorbemerkungen

Bereits in der Botschaft des Bundesrates vom 21. Mai 2025 wurde die Schwierigkeit der genauen Quantifizierung der Mehrkosten, die für die Gesundheitseinrichtungen aus der Umsetzung des BGAP resultieren, offen benannt und es gilt unverändert, dass eine konkrete Schätzung der Mehrkosten mit vielen Unsicherheiten behaftet ist (vgl. Ausführungen im Kapitel 6.3 in der Botschaft, BBl 2025 2002).

Einerseits sind die Mehrkosten abhängig von der Ausgestaltung der Verordnung zum BGAP, andererseits soll gemäss Vorschlag des Bundesrates per Gesamtarbeitsvertrag (GAV) von den Vorgaben des Gesetzes und der Verordnung sowohl zu Gunsten als auch zu Ungunsten der Arbeitnehmenden abgewichen werden dürfen. Dies

führt zu grossen Unschärfen bei der Schätzung der erwarteten Kosten, wie sich in der Vertiefung der Regulierungsfolgeabschätzung (RFA)¹ gezeigt hat.

Bei der Betrachtung der Kosten darf zudem nicht vergessen werden, dass Investitionen ins Personal auch finanzielle Entlastungen mit sich bringen können. Erfahrungen einzelner Spitäler zeigen, dass die Mehrkosten zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit durch eine tiefere Fluktuation und den deutlich gesenkten Einsatz von temporären Fachkräften zumindest teilweise wieder kompensiert werden können. Es muss allerdings offenbleiben, ob diese Einsparungen verallgemeinerbar und klar ausweisbar sind. Dieser Effekt ist in den folgenden Kostenschätzungen nicht berücksichtigt. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind mögliche interne Mittelverschiebungen. Allerdings sind solche Mittelverschiebungen primär bei den Spitälern möglich – wobei **H+** die praktische Umsetzbarkeit in Frage stellt. Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause haben diesbezüglich praktisch keinen Handlungsspielraum.

3.2 Beurteilung der geschätzten Mehrkosten durch die Teilnehmenden des Runden Tisches

Im Vorfeld des ersten Runden Tisches wurden die Teilnehmenden gebeten, ihre Einschätzung zu den in der Botschaft ausgewiesenen Kostenschätzungen der im BGAP enthaltenen Massnahmen abzugeben. Naturgemäss haben sich vor allem die **Arbeitgeberverbände** dazu geäussert, da die erwarteten Mehrkosten bei ihnen anfallen werden. **prio.swiss** hat darauf hingewiesen, dass Massnahmen, die den Personalbedarf erhöhen, mit Mehrkosten entweder für die Leistungserbringer selbst, für die Steuerzahlenden und/oder der Prämienzahlenden einhergehen. Die publizierten Zahlen wurden in den grossen Linien bestätigt oder zumindest nicht bestritten, teilweise konnten oder wollten die Akteure sich nicht zu den Schätzungen äussern. Auch wenn vereinzelt moniert wurde, dass Schätzungen wohl zu tief angesetzt sein, v.a. weil in der Vertiefung der RFA zu verschiedenen Massnahmen keine Kosten ausgewiesen werden, wurden keine anderen Berechnungen dazu eingebracht (bspw. die Schätzung der Kosten für Abweichungen von angekündigten Dienstplänen, die gemäss **ASPS** zu tief angesetzt sein dürfte). Es wurde aber wiederholt darauf hingewiesen, dass künftig wohl nicht nur die Arbeitsbedingungen der Pflegenden, sondern aller Mitarbeitenden in den Institutionen angepasst würden, was zu noch höheren Mehrkosten führen dürfte.

¹ Die Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung zum BGAP ist aufrufbar unter www.bag.admin.ch/bgap

3.3 Mehrkosten nach Leistungserbringer

Massnahme gemäss Entwurf BGAP	Kostenschätzung gemäss Vertiefung RFA	Zusätzliche VZÄ und Mehrkosten für		
		Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitexorganisationen
Art. 5 Wöchentliche Höchstarbeitszeit und Ausgleich von Überzeit	Keine Kostenschätzung in der RFA	Keine Kostenschätzung möglich	Keine Kostenschätzung möglich	Keine Kostenschätzung möglich
Art. 6 Wöchentliche Normalarbeitszeit	42 Stunden: kaum Kosten 40 Stunden: rund 650 Mio. Fr. pro Jahr (Annahme: keine Lohnreduktion)	VZÄ: 3320 Mehrkosten: 295 Mio. Fr.	VZÄ: 3000 Mehrkosten: 265 Mio. Fr.	VZÄ: 1011 Mehrkosten: 90 Mio. Fr.
Art. 7 Ausgleich von Überstunden	Keine Kostenschätzung in der RFA.	Keine Kostenschätzung möglich	Keine Kostenschätzung möglich	Keine Kostenschätzung möglich
Art. 8 Ausgleich von Nachtarbeit	Max. 300 Mio. Fr. pro Jahr Annahme: zeitlicher Ausgleich von 20%	VZÄ: 1771 Mehrkosten: 157 Mio. Fr.	VZÄ: 1600 Mehrkosten: 142 Mio. Fr.	Keine Kostenschätzung vorgenommen ² .
Art. 9 Ausgleich der Sonn- und Feiertagsarbeit	Bis zu 700 Mio. Fr. pro Jahr Annahme: Abgeltung von 50% des Stundenlohnes	Mehrkosten: 310 Mio. Fr.	Mehrkosten: 283 Mio. Fr.	Mehrkosten: 99 Mio. Fr.
Art. 10 Umkleidezeit	Rund 130 Mio. Fr. pro Jahr ³	Mehrkosten: 47 Mio. Fr.	Mehrkosten: 80 Mio. Fr.	Keine Berechnungen für Spitex, da Umkleidung zu Hause möglich ist.
Art. 11 Mindestdauer und Entlohnung von Pausen	Geringe Mehrkosten, keine Quantifizierung in der RFA	Keine Kostenschätzung möglich	Keine Kostenschätzung möglich	Keine Kostenschätzung möglich
Art. 12 Anrechnung und Ausgleich von Bereitschafts- und Pikettdienst	Keine Kostenschätzung in der RFA, da Ausgestaltung vollumfänglich erst im Ausführungsrecht geregelt wird.	Keine Kostenschätzung möglich	Keine Kostenschätzung möglich	Keine Kostenschätzung möglich

² In der RFA wird davon ausgegangen, dass von den Spitexmitarbeitenden nur in ganz seltenen Fällen Nachtarbeit erbracht werden muss. Deshalb wurde auf eine Schätzung der Mehrkosten verzichtet (vgl. S. 9 der Vertiefung der Regulierungsfolgenabschätzung zum Bundesgesetz über die Arbeitsbedingungen in der Pflege).

³ Aus Sicht von **SBK**, **SGB** und **Travail.Suisse** muss die Umkleidezeit bereits heute abgegolten werden. Somit handle es sich hierbei nicht um Mehrkosten.

Massnahme gemäss Entwurf BGAP	Kostenschätzung gemäss Vertiefung RFA	Zusätzliche VZÄ und Mehrkosten für		
		Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitexorganisationen
Art 13 Ankündigung von Dienstplänen und Bereitschafts- und Pikettdiensten	Vorgaben zur Ankündigungsfrist der Dienstpläne: Geringe Mehrkosten Kompensation für ungeplante Einsätze: Szenario 1: Ausgleich von 25% für nicht-kurzfristige Änderungen, 50% für kurzfristige Änderungen (< 48h vor Einsatz) Zusätzliche VZÄ: 3900 Mehrkosten: 330 Mio. Fr. Szenario 2: Nur Ausgleiche von 50% für kurzfristige Änderungen (<48h vor Einsatz) Zusätzliche VZÄ: 2500 Mehrkosten: 220 Mio. Fr.	Kompensation für ungeplante Einsätze Szenario 1: Ausgleich von 25% für nicht-kurzfristige Änderungen, 50% für kurzfristige Änderungen (< 48h vor Einsatz) VZÄ: 1530 Mehrkosten: 135 Mio. Fr. Szenario 2: Nur Ausgleiche von 50% für kurzfristige Änderungen (<48h vor Einsatz) VZÄ: 1060 Mehrkosten: 94 Mio. Fr.	Kompensation für ungeplante Einsätze Szenario 1: Ausgleich von 25% für nicht-kurzfristige Änderungen, 50% für kurzfristige Änderungen (< 48h vor Einsatz) VZÄ: 1720 Mehrkosten: 152 Mio. Fr. Szenario 2: Nur Ausgleiche von 50% für kurzfristige Änderungen (<48h vor Einsatz) VZÄ: 1120 Mehrkosten: 100 Mio. Fr.	Kompensation für ungeplante Einsätze Szenario 1: Ausgleich von 25% für nicht-kurzfristige Änderungen, 50% für kurzfristige Änderungen (< 48h vor Einsatz) VZÄ: 526 Mehrkosten: Rund 47 Mio. Fr. Szenario 2: Nur Ausgleiche von 50% für kurzfristige Änderungen (<48h vor Einsatz) VZÄ: 325 Mehrkosten: Rund 29 Mio. Fr.

3.4 Auswirkungen der Mehrkosten auf die Kostenträger

Die nachfolgend abgebildeten Berechnungen basieren auf den aktuell bzw. zukünftig (einheitliche Finanzierung der Leistungen) geltenden Finanzierungssystemen. Die Ergebnisse der Diskussionen zu den möglichen neuen Finanzierungsansätzen (siehe Ziff. 4.2) sind nicht berücksichtigt.

Spitäler

Nach aktuellem Kenntnisstand ist davon auszugehen, dass der Bundesrat das BGAP im Laufe des Jahres 2028 in Kraft setzen kann. Würden die Mehrkosten vollständig im Rahmen der bestehenden Tarifierung der KVG-Leistungen abgegolten, gilt infolge der Änderung vom 22. Dezember 2023 des KVG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)⁴ für die Finanzierung der Mehrkosten, die in den Spitälern anfallen, der Kostenteiler der einheitlichen Finanzierung. D.h. in einer Übergangszeit von vier Jahren (von 2028 bis 2031) würden die Kantone mindestens 24,5 Prozent der Mehrkosten tragen, während der Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei 75,5 Prozent liegen würde. Ab 2032 hätten die Kantone mindestens 26,9 Prozent der Mehrkosten zu

⁴ AS 2025 107

tragen und der Anteil der Krankenversicherer bzw. Prämienzahlenden würde sich auf maximal 73.1 Prozent belaufen.⁵ Basierend auf den Kostenschätzungen aus der Vertiefung der RFA würde dies bedeuten, dass die Krankenversicherer und damit die Prämienzahlenden mit gut 710 Millionen Franken bzw. ab 2032 mit gut 690 Millionen Franken zusätzlich belastet würden, während die Kantone und Gemeinden gut 250 Millionen Franken respektive 230 Millionen Franken bezahlen müssten.⁶ Aus diesen Mehrkosten für die Krankenversicherer würde sich ein Anstieg der Durchschnittsprämie um knapp 2 Prozent ergeben. Die Auswirkungen auf die Durchschnittsprämie wurde als Anteil an den 36.6 Milliarden Franken Gesamtausgaben 2024 (Nettoleistungen) der OKP berechnet.

Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Für die Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gelten bis zur Integration der Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung per 1. Januar 2032 die Regeln der Neuordnung der Pflegefinanzierung, die seit 2011 in Kraft ist (Details siehe Ziff. 4.1). Entsprechend ergeben sich schätzungsweise folgende Auswirkungen auf die Kostenträger:

	Kantone / Gemeinden	OKP / Prämienzahlende	Auswirkungen auf die Durchschnittsprämie ⁷
Variante: Mehrkosten werden nur von Restfinanzierern getragen	1.16 Mrd. Fr.	0.- Fr.	0%
Variante: OKP-Beiträge werden erhöht ⁸	530 Mio. Fr.	626 Mio. Fr.	1.7%
Ausgaben nach Einführung EFAS	310 Mio. Fr.	846 Mio. Fr.	2.3%

3.5 Schätzung der Einsparungen

Wie in Ziffer 3.1 ausgeführt, kann eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen zur Abnahme der Fluktuationsrate sowie zu einem verringerten Bedarf an externem Temporärpersonal führen. Die Schätzung der Einsparungen ist mindestens mit denselben Herausforderungen behaftet wie die Schätzung der Mehrkosten. Zudem stehen die Gesundheitseinrichtungen bezüglich Personalrekrutierung in Konkurrenz zueinander. Somit werden nachfolgend nur exemplarische Beispiele genannt:

⁵ In den Übergangsbestimmungen der KVG-Änderung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) ist festgehalten, dass zwischen 2028 und 2031 für die ambulanten und stationären Leistungen (ohne Pflegeleistungen) ein kantonaler Mindestfinanzierungsanteil von 24,5 Prozent gilt. Für Kantone, die zwischen 2016 und 2019 bei den ambulanten und stationären Leistungen stark vom Schweizer Durchschnitt abweichen (mehr als 1 Prozentpunkt) ist in dieser Übergangszeit eine schrittweise Anpassung vorgesehen, so dass sich ihr Kostenanteil um maximal einen Prozentpunkt pro Jahr verändert (vgl. kantonsindividuellen Mindestanteile in der Tabelle in den Übergangsbestimmungen). Die Kantone können in jedem Fall aber einen höheren Finanzierungsanteil festlegen.

⁶ Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass aufgrund der in der RFA zu verschiedenen Massnahmen aufgrund fehlender Datengrundlagen nicht ausgewiesenen Kosten mit weiteren Kosten gerechnet werden muss.

⁷ Die Auswirkungen auf die Durchschnittsprämie wurde als Anteil an den 36.6 Milliarden Franken Gesamtausgaben 2024 (Nettoleistungen) der OKP berechnet.

⁸ Geschätzter Kostenteiler 54% OKP / 46% Restfinanzierer (Kantone und Gemeinden) – siehe Abstimmungsunterlagen zur einheitlichen Finanzierung.

Reduktion der Austrittsrate

Gemäss dem Nationalen Monitoring Pflegepersonal des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums lag die Austrittsrate beim Pflegepersonal 2023 schweizweit bei durchschnittlich 23,9 Prozent des Personalbestandes (über alle Ausbildungsstufen)⁹. 2023 waren insgesamt 212'756 Personen in der Pflege beschäftigt¹⁰. Somit mussten 2023 rund 50'800 Stellen neu besetzt werden.

ARTISET schätzt auf der Basis nicht repräsentativer Hinweise die Kosten für die Wiederbesetzung einer vakanten Stelle auf sechs bis neun Monatslöhne – gemäss Nationalem Monitoring Pflegepersonal lag im Jahr 2022 der Medianlohn aller in der Pflege (und Betreuung) tätigen Personen bei 6'613 Franken pro Monat¹¹. Die Wiederbesetzungskosten einer vakanten Stelle belaufen sich basierend auf der Schätzung von ARTISET auf rund 40'000 bis 60'000 Franken. Hochgerechnet dürften im Jahr 2023 Wiederbesetzungskosten von 2 bis 3 Milliarden Franken angefallen sein. Jede 10-prozentige Senkung der Fluktuationsrate könnte somit theoretisch zu Einsparungen in der Grössenordnung von 200 bis 300 Millionen Franken führen.

Spitex Schweiz wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Wirkungsmodell des BGAP zwar plausibel wirke, jedoch unklar bleibe, in welchem Ausmass und zu welchem Zeitpunkt sich die erwarteten Effekte einstellen.

Reduktion des Bedarfs an Temporärpersonal

Die Schätzung der Kostenreduktion, die aus einer Reduktion des Bedarfs an Temporärpersonal stehen können, ist aktuell nicht möglich. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass die so genannten Pool-Lösungen mit Mitarbeitenden, die bei kurzfristig notwendigen Einsätzen einspringen, und damit auch der Bedarf an externem Temporärpersonal je nach Gesundheitseinrichtung unterschiedlich sind. Zudem sind auch die Mehrkosten, die durch den Beizug von externem Temporärpersonal entstehen, von den je nach Gesundheitseinrichtung unterschiedlichen Vertragsbedingungen abhängig.

4 Finanzierung der aus dem BGAP resultierenden Mehrkosten

4.1 Bestehende Finanzierungssysteme

Angestellte Pflegefachpersonen arbeiten grossmehrheitlich für Spitäler, Pflegeheime oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Sofern diese als Leistungserbringer zugelassen sind, können sie die Pflegeleistungen, die von angestellten Pflegefachpersonen erbracht werden, zulasten der OKP abrechnen. Pflegeleistungen von Pflegefachpersonen, die von Spitälern angestellt sind, im stationären Bereich erbracht werden und in den Leistungsumfang nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) fallen, werden nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Pflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht werden, die bei Pflegeheimen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellt sind, werden nach den Regeln der Pflegefinanzierung vergütet. In den folgenden Abschnitten soll kurz erläutert werden, wie sich die Finanzierung in den verschiedenen Settings auf die Versicherten, die Krankenversicherer sowie Bund und Kantone aufteilt.

⁹ Monitoring Pflege, Indikator Fluktuationsrate: <https://ind.obsan.admin.ch/indikator/pflemo/fluktuationsrate>

¹⁰ Monitoring Pflege, Indikator Personalbestand und -dichte: <https://ind.obsan.admin.ch/indikator/pflemo/personalbestand-und-dichte>

¹¹ Monitoring Pflege, Indikator Lohn: <https://ind.obsan.admin.ch/indikator/pflemo/lohn>

Finanzierung der KVG-Leistungen in den Spitälern

Die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital werden mittels Fallpauschalen vergütet, die vom Krankenversicherer und vom Wohnkanton der versicherten Person anteilmässig finanziert werden (Art. 49a Abs. 1 KVG). Der Anteil des Wohnkantons an der Vergütung beträgt mindestens 55 Prozent, der Anteil der Krankenversicherer maximal 45 Prozent (Art. 49a Abs. 2^{ter} KVG). Die Tarife werden in Verträgen zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG) und bedürfen der Genehmigung durch die jeweils zuständige Behörde (Art. 46 KVG). In der Regel ist dies die zuständige Kantonsregierung. Wenn der Vertrag in der ganzen Schweiz gelten soll, ist der Bundesrat für die Genehmigung zuständig (Art. 46 Abs. 4 KVG, Art. 49 Abs. 2 KVG). Falls kein Tarifvertrag zustande kommt, setzt die zuständige Kantonsregierung einen Tarif fest (Art. 47 KVG).

Grundsätzlich gilt für die Tarifierung der KVG-Leistungen, dass die Tarife höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistungen und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken dürfen (Art. 59c Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung; KVV; SR 832.102). Für die Vergütung der stationären Spitalleistungen bestehen drei schweizweit gültige Tarifstrukturen: SwissDRG für akutsomatische Leistungen, TARPSY für psychiatrische Leistungen und ST Reha für rehabilitative Leistungen. Die Tarifstrukturen teilen die Fälle in möglichst homogene, nach medizinischen und ökonomischen Kriterien definierte Gruppen ein und geben für die verschiedenen Fallgruppen schweregradabhängige Kostengewichte vor. Diese Kostengewichte sind für alle Spitäler gleich. Sie werden von der SwissDRG AG anhand der von den Spitälern ausgewiesenen effektiven Kosten- und Leistungsdaten pro Behandlungsfall in der Regel jährlich berechnet. Die Leistungen des Pflegepersonals sind Bestandteil dieser Daten und fliessen in die Berechnung der Kostengewichte ein. Neben den Kostengewichten der Fallpauschalen enthält die Tarifstruktur Zusatzentgelte für seltene oder teure Leistungen, die sich nicht sachgerecht pauschalieren lassen, unter anderem für Pflege-Komplexbehandlungen.

Die Kostengewichte aus der Tarifstruktur werden mit den zwischen den Tarifpartnern verhandelten oder von den Kantonsregierungen festgesetzten Basispreisen (*Baserates*) der Spitäler multipliziert und ergeben so den anwendbaren Tarif, den ein Spital für eine Behandlung abrechnen kann. Die spitalindividuellen Basispreise werden zwischen den Tarifpartnern regelmässig verhandelt. Auf Basis der effektiven, ausgewiesenen Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler werden die Fallnormkosten (Gestehungskosten für den Normfall mit dem Kostengewicht 1.0) aller einzelnen Spitäler berechnet. In einem Effizienzvergleich werden die Fallnormkosten mittels eines Benchmarkings auf ihre Effizienz geprüft. Der daraus resultierende Referenzwert bildet die Ausgangslage für die spitalindividuellen Tarifverhandlungen, in denen durch Zu- oder Abschläge begründete Tarifiedifferenzierungen für die einzelnen Spitäler vorgenommen werden können.

Die Kosten für das Pflegepersonal sind Bestandteil der Gestehungskosten der Spitäler für KVG-Leistungen. Sie werden von den Spitälern ausgewiesen und fliessen so in die Berechnung der Fallnormkosten der Spitäler ein. Wenn die Pflegekosten aufgrund regulatorischer Vorschriften bei allen Spitälern ansteigen, dürfte dies – vorbehaltlich anderer Einflüsse auf die Gestehungskosten – zu einer Erhöhung aller Fallnormkosten im Benchmarking und damit zu einem Anstieg des Referenzwertes und der Basispreise der Spitäler führen.¹²

Infolge der Änderung vom 22. Dezember 2023 des KVG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)¹³ wird sich bei den stationären Spitalleistungen ab 2028 der Anteil des Wohnkantons an der Vergütung von heute mindestens

¹² Die Tarifiedifferenzierung ist allerdings kein Automatismus und muss im Einzelnen zwischen den Tarifpartnern verhandelt werden. H+ weist zudem darauf hin, dass die Teuerung der letzten Jahre nur zum Teil in den Basispreisen der Spitäler berücksichtigt worden seien.

¹³ AS 2025 107

55 Prozent auf mindestens 26,9 Prozent reduzieren und der Anteil der Krankenversicherer von maximal 45 Prozent auf maximal 73,1 Prozent erhöhen.¹⁴ Die restlichen Bestimmungen in Bezug auf die stationären Spitaltarife und die vorgängig beschriebene Methodik der Tarifiermittlung werden grundsätzlich nicht verändert.

Finanzierung der KVG-Pflegeleistungen von Pflegeheimen oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung, die seit 2011 in Kraft ist, sieht unter anderem vor, dass die OKP einen Beitrag an ambulant, d. h. ausserhalb des spitalstationären Bereichs erbrachte Pflegeleistungen leistet. Dies gilt namentlich für Pflegeleistungen zu Hause, in Tages- oder Nachtstrukturen sowie Pflegeheimen (Art. 25a Abs. 1 KVG).

Der Bundesrat setzt die Beiträge, die die OKP leistet, nach dem Pflegebedarf fest. Neben der OKP finanzieren auch die Versicherten Pflegeleistungen bis maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten OKP-Pflegebeitrags. Die Restfinanzierung wird von den Kantonen geregelt (Art. 25a Abs. 4 und 5 KVG) und gilt grundsätzlich unabhängig davon, ob ein Leistungserbringer über einen kantonalen oder kommunalen Leistungsauftrag verfügt. Ein Anspruch besteht allerdings nur, wenn bei effizienter Erbringung der Pflegeleistungen noch ungedeckte Kosten verbleiben. Die Modalitäten der Restfinanzierung sind je nach Kanton unterschiedlich ausgestaltet.

Bei den Pflegeleistungen werden Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination (Art. 7 Abs. 2 Bst. a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Krankenpflege-Leistungsverordnung; KLV; SR 832.112.31), Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV) und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) unterschieden. Seit dem 1. Juli 2024 können Abklärungs-, Beratungs-, Koordinations- und Grundpflegeleistungen ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag zulasten der OKP erbracht werden, was dem Pflegepersonal mehr Autonomie gewährt. Massnahmen der Untersuchung und Behandlung benötigen hingegen weiterhin eine ärztliche Anordnung oder einen ärztlichen Auftrag, da diese Leistungen eng mit der ärztlichen Behandlung verknüpft sind (Art. 8 KLV). Die vorherige Abklärung des Pflegebedarfs bleibt in jedem Fall erforderlich. Sie muss zur Information an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin weitergeleitet werden (Art. 8a KLV).

In Artikel 7a KLV sind die Beiträge festgelegt, die die Krankenversicherer für Pflegeleistungen übernehmen. Diese Beiträge variieren je nach Leistungserbringer. Für selbständig tätige Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sind die Beiträge pro Stunde und nach Art der Leistung festgelegt (Art. 7a Abs. 1 KLV), für Pflegeheime nach Tag und Pflegebedarf in benötigten Minuten (Art. 7a Abs. 3 KLV). Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die seit dem 1. Januar 2011 geltenden Beiträge getrennt für den Pflegeheimbereich und den Bereich der Pflege zu Hause berechnet und in Artikel 7a KLV festgesetzt¹⁵. Die Beiträge der OKP wurden entsprechend der Vorgabe der Kostenneutralität festgesetzt. Das bedeutet, dass die Beiträge für die Vergütung der Pflegeleistungen durch die OKP so festzulegen waren, dass sie der Summe der Vergütungen für die ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen in dem Jahr, das dem Inkrafttreten

¹⁴ In den Übergangsbestimmungen der KVG-Änderung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) ist festgehalten, dass zwischen 2028 und 2031 für die ambulanten und stationären Leistungen (ohne Pflegeleistungen) ein kantonaler Mindestfinanzierungsanteil von 24,5 Prozent gilt. Für Kantone, die zwischen 2016 und 2019 bei den ambulanten und stationären Leistungen stark vom Schweizer Durchschnitt abweichen (mehr als 1 Prozentpunkt) ist in dieser Übergangszeit eine schrittweise Anpassung vorgesehen, so dass sich ihr Kostenanteil um maximal einen Prozentpunkt pro Jahr verändert (vgl. kantonsindividuellen Mindestanteile in der Tabelle in den Übergangsbestimmungen). Die Kantone können in jedem Fall aber einen höheren Finanzierungsanteil festlegen.

¹⁵ Der Bundesrat hat seine Kompetenz mit Artikel 33 Buchstabe i KVV dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zugewiesen.

der Gesetzesänderung vorangeht (d. h. 2010), entsprechen. Die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 des KVG sahen denn auch vor, dass der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vorzunehmen hat, wenn die Kostenneutralität nicht eingehalten werden kann.

Aus diesem Grund wurden die Beiträge per 1. Januar 2020 denn auch angepasst: Sie wurden für Pflegeheime leicht nach oben, für die Pflege zu Hause leicht nach unten korrigiert. Die Methode zur Berechnung der Beiträge an die Pflegeleistungen sowie die genaue Berechnung des Korrekturfaktors sind im Kommentar zu den Änderungen der KLV betreffend Kostenneutralität und Bedarfsermittlung für Pflegeleistungen erläutert.¹⁶

Die einheitliche Finanzierung der KVG-Leistungen wird ab 2032 das derzeit geltende Regime der Neuordnung der Pflegefinanzierung ablösen. Mit der Integration der Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung ab 2032 übernehmen die Versicherer die Kosten der KVG-Pflegeleistungen. Die diesbezüglichen Tarife sind zwischen den Tarifpartnern zu vereinbaren. Wie bei den anderen KVG-Leistungen werden die Krankenversicherer maximal 73,1 Prozent der Vergütung übernehmen und die Kantone mindestens 26,9 Prozent. Auch für die Tarife für die Pflegeleistungen gelten grundsätzlich die Tarifierungsgrundsätze des KVG: Tarife müssen auf effektiven, einheitlichen und transparent ausgewiesenen Kosten- und Leistungsdaten beruhen und sich an den für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten orientieren. Die Patientenbeteiligung an den Pflegekosten bleibt bestehen und wird weiterhin vom Bundesrat festgelegt.

4.2 Vorschläge der Teilnehmenden des Runden Tisches

Am ersten Runden Tisch vom 20. August 2025 wurden die Teilnehmenden gebeten, ihre Vorstellungen betreffend Finanzierung der erwarteten Mehrkosten darzulegen. Diese wurden an den weiteren Runden Tischen vertieft diskutiert. Die Ergebnisse dieser Diskussionen sind in der nachfolgenden Tabelle sowie in Ziffer 5.2 zusammengefasst. Dabei gilt zu beachten, dass mit der Integration der Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung der KVG-Leistungen das aktuell geltende Regime der Pflegefinanzierung durch von den Tarifpartnern zu vereinbarenden Tarife abgelöst wird, die gemäss dem festgelegten Kostenteiler finanziert werden. Die nachfolgenden Vorschläge zur Finanzierung der Mehrkosten, die den Pflegeheimen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause aus der Umsetzung des BGAP resultieren, sind somit jeweils einerseits als «Übergangslösungen» bis und mit 2031 sowie als mittel- und längerfristige Lösung ab 2032 zu verstehen.

¹⁶ Der Kommentar zur Änderung vom 2. Juli 2019 der KLV im Bereich der Kostenneutralität und der Bedarfsermittlung kann abgerufen werden unter: www.bag.admin.ch > Politik & Gesetze > Rechtsgrundlagen > Gesetzgebung Versicherungen > Gesetzgebung Krankenversicherung > Abgeschlossene Rechtssetzungsprojekte > Pflegefinanzierung > Änderung vom 2. Juli 2019 der KLV (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung). Direktlink: www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-abgeschlossene-rechtssetzungsprojekte#Pflegefinanzierung.

Optionen zur Finanzierung der Mehrkosten BGAP				
	Spitäler	Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause 2028-2031	Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ab 2032	Hinweise und Einschätzungen durch die Akteure bzw. die Verwaltung
Ansatz 1: Finanzierung ausserhalb KVG	Mehrkosten BGAP sollen über Zusatzfinanzierung der Kantone finanziert werden und nicht in die Berechnung der Vergütung nach KVG einfließen.	Mehrkosten BGAP sollen über Zusatzfinanzierung der Kantone finanziert werden, zusätzlich zur Restfinanzierung im Sinne von Artikel 25a Absatz 5 KVG, ohne Anpassung derselben.	Mehrkosten BGAP sollen über eine Zusatzfinanzierung der Kantone finanziert werden und nicht in die Berechnung der Tarife für Pflegeleistungen einfließen.	Mehrkosten BGAP werden steuerfinanziert, Prämienzahlende werden nicht belastet. SBK, SGB und Travail.Suisse sprachen sich klar für Ansatz 1 aus. Folgende Akteure sprachen sich gegen diesen Ansatz aus: GDK, ARTISET, senesuisse, H+, Spitex Schweiz, ASPS. Wobei die Arbeitgeberverbände (ausser H+) den Ansatz 1 primär aus betrieblichen Gründen ablehnen, da die dazu notwendige Kostenabgrenzung bzw. -transparenz nicht hergestellt werden könne (vgl. auch Anmerkungen nach der Tabelle).
Ergänzter Ansatz 1: Mitfinanzierung des Bundes	Bund soll Beiträge an die kantonale Zusatzfinanzierung bezahlen (analog den Bundesbeiträgen an die Aufwendungen, die den Kantonen aus der Umsetzung des Ausbildungsförderungsgesetz Pflege resultieren).			Eine Mitfinanzierung durch den Bund wurde von Seiten SGB und Travail.Suisse begrüsst. Der Bundesrat hat sich in der Botschaft vom 21. Mai 2025 gegen eine Mitfinanzierung durch den Bund ausgesprochen (Kapitel 2.3.1; S. 26 f.). Er begründet dies einerseits mit der kantonalen Zuständigkeit für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und andererseits mit der schwierigen finanziellen Situation des Bundes.
Ansatz 2: Finanzierung über KVG, Datengestützte Tarifanpassung	Mehrkosten BGAP sollen nach den im KVG üblichen Regeln in die Berechnung der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG sowie der Vergütungssysteme der anderen Sozialversicherungen (IV, UV, MV) einfließen.	OKP-Beiträge und Restfinanzierung der Kantone und Gemeinden sollen für die Jahre 2030 und 2031 datengestützt angepasst werden (entsprechend dem geschätzten Anteil der OKP einerseits und der Kantone und Gemeinden andererseits an den gesamten Ausgaben für die Pflegeleistungen).	Mehrkosten BGAP sollen nach den im KVG üblichen Regeln in die Berechnung der Pflgetarife sowie der Vergütungssysteme der anderen Sozialversicherungen (IV, UV, MV) einfließen.	Umsetzung entspricht den üblichen Prozessen und Regeln des KVG. Prämienzahlende tragen ca. drei Viertel der Mehrkosten BGAP. Erhöhung OKP-Beiträge bewirkt ohne KVG-Änderung auch eine Erhöhung der Patientenbeteiligung. Alle Arbeitgeberverbände und die GDK sprachen sich für diesen Ansatz aus. Für die GDK ist zentral, dass die Erhöhung der OKP-Beiträge zum gleichen Zeitpunkt erfolgt, wie Restfinanzierung davon betroffen ist. ASPS und senesuisse wiesen darauf hin, dass die kantonal unterschiedliche Ausgestaltung der Restfinanzierung für die Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne Leistungsauftrag zu Herausforderungen führen kann.

Ergänzter Ansatz 2: Übergangsfinanzierung für die ersten zwei Jahre	Mehrkosten BGAP sollen für eine Übergangsphase von längstens zwei Jahren prospektiv aufgrund von Schätzungen in die Berechnung der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG sowie der Vergütungssysteme der anderen Sozialversicherungen (IV, UV, MV) einfließen.	OKP-Beiträge und Restfinanzierung sollen für die ersten beiden Jahre nach Inkrafttreten prospektiv aufgrund von Schätzungen angepasst werden (entsprechend dem geschätzten Anteil der OKP einerseits und der Kantone und Gemeinden andererseits an den gesamten Ausgaben für die Pflegeleistungen).	Mehrkosten BGAP sollten bei den Tarifverhandlungen für 2032 im Jahr 2031 bereits in den Daten sichtbar sein, die Frage einer prospektiven Tarifanpassung stellt sich voraussichtlich nicht.	Die Mehrkosten sollen ab dem Zeitpunkt, in dem sie kostenwirksam werden, in den Tarifen abgebildet werden können, und nicht erst mit zeitlicher Verzögerung. Prämienzahlende tragen ca. drei Viertel der Mehrkosten BGAP. Für die Arbeitgeberverbände war diese Ergänzung des Ansatz 2 von zentraler Bedeutung. Ohne entsprechende Finanzierung der in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes anfallenden Mehrkosten lehnen sie das E-BGAP ab. prio.swiss und GDK sprachen sich klar gegen eine prospektive Berücksichtigung der Mehrkosten der Spitäler auf der Basis von Schätzungen aus. Die entspricht auch der Haltung des Bundesrates (vgl. dazu auch Ausführungen im Anschluss an die Tabelle). Ein solch verpflichtender Ansatz schafft einen Präzedenzfall und damit Rechtsunsicherheit. Die GDK sprach sich hingegen für eine Erhöhung der OKP-Beiträge an Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie der Restfinanzierung ab Inkrafttreten aus.
--	--	--	--	--

Herausforderungen bei der Regelung der Finanzierung der Mehrkosten

Zugleich wurden folgende Herausforderungen festgehalten, die bei der Regelung der Finanzierung der Mehrkosten zu beachten sind:

- **Transparentes Ausweisen der Mehrkosten:** Wenn die Mehrkosten per Zusatzfinanzierung gedeckt werden sollen (Ansatz 1 gemäss obenstehender Tabelle) oder prospektiv in die Berechnung von Vergütungen einfließen sollen (ergänzter Ansatz 2 gemäss obenstehender Tabelle), so müssen sie sehr genau nachgewiesen und insbesondere gegenüber den Personalkosten, die ohne Umsetzung der Massnahmen für die Erbringung von KVG-Pflegeleistungen anfallen, abgegrenzt werden. Das Schaffen einer solchen Kostentransparenz – je nach dem sogar pro Massnahme – dürfte für die Leistungserbringer eine grosse Herausforderung darstellen. Zudem müssten dann auch Einsparungen, die aus einer betriebsinternen Umverteilung der Personalkosten, einer Abnahme der Fluktuationsrate oder einer Reduktion des Bedarfs an externem Temporärpersonal resultieren dürfen, ausgewiesen und berücksichtigt werden.
- **Prospektive Berücksichtigung der Mehrkosten:** Die Tarifierung nach KVG stützt sich auf Grundlage der tatsächlich angefallenen, ausgewiesenen und effizienzbereinigten Kosten. In der Praxis der Tarifiermittlung hat sich etabliert, dass auch die neusten ausgewiesenen Entwicklungen der Löhne und Preise in die Tarifiermittlung einfließen. Dieser Zuschlag verringert den zeitlichen Abstand zwischen dem Tarifjahr t und der Datenbasis ($t-1$ statt $t-2$). Er ist datengestützt und erfolgt nicht automatisch. Somit bilden weiterhin die effektiv angefallenen und effizienzgeprüften Kosten die Grundlage für die Tarifiermittlung und es besteht kein Automatismus im Sinne einer direkten Koppelung der Tarife an Indizes. Das Bundesverwaltungsgericht hat in seiner Rechtsprechung zwar festgehalten, dass es zulässig ist, prospektive Mehrkosten bei der Tariffindung (mit einem allgemeinen Zuschlag auf dem Referenzwert) zu berücksichtigen, wenn diese bei allen Spitälern anfallen.¹⁷ Gerade diese Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zeigt auf, dass eine prospektive Tarifanpassung aufgrund von Kostensteigerungen, welche nicht alle Spitälern in gleichem Masse betreffen oder die nicht mit Sicherheit eintreffen und nicht genau rechnerisch ausgewiesen sind, der im KVG verankerten Tariffindungsregel widerspricht. Auf mögliche Mehrkosten aufgrund des BGAP trifft keines der genannten, kumulativ zu erfüllenden Ausnahmekriterien zu. Bei den Massnahmen des BGAP ist insgesamt unsicher, ob und wenn ja in welcher Höhe Mehrkosten anfallen. Den eventuellen Mehrkosten stehen mögliche Kosteneinsparungen gegenüber (z. B. infolge reduzierter Fluktuationsraten und verringerten Bedarf an externem Temporärpersonal, vgl. Ziffer 3.5). Die Höhe der allfälligen Mehrkosten ist deshalb nur sehr schwierig abschätzbar.

¹⁷ Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) hat im Rahmen seiner Rechtsprechung betreffend die Einführung der neuen Regeln der Spitalfinanzierung festgehalten, es widerspräche dem Sinn der im KVG verankerten Tariffindungsregel, die Kostensteigerung eines einzelnen Spitals bei der Bestimmung des allgemein gültigen Referenzwertes zu berücksichtigen. Einzig eine Berücksichtigung von prospektiven Mehrkosten, welche bei allen verglichenen Spitälern im Tarifjahr sicher anfallen, wurde im Sinne eines allgemeinen Zuschlages auf den Referenzwert und unter der Berücksichtigung des kantonalen Ermessens als vertretbar angesehen (vgl. BVGE 2014/36 E 18.2.2, C-3846/2013, C-3892/2013, E. 8.3.7).

Deshalb ist auch unsicher, ob die Mehrkosten im Tarifjahr effektiv anfallen.¹⁸ Zudem dürften die Leistungserbringer in unterschiedlichem Mass von allfälligen Mehrkosten der Massnahmen des BGAP betroffen sein: Die Massnahmen des BGAP zielen auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, diese dürften je nach Leistungserbringer heute unterschiedlich sein. Hinzu kommt, dass das E-BGAP eine GAV-Verhandlungspflicht vorsieht, auch hier können die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen. Entsprechend dürften auch allfällige Mehrkosten je nach Leistungserbringer unterschiedlich hoch ausfallen. Somit dürften nicht alle Leistungserbringer in demselben Masse betroffen sein.¹⁹

Im stationären Spitalbereich und ab 2032 voraussichtlich auch im Bereich der Pflegeleistungen fliessen höhere Kosten über die kostenbasierten Basispreise mit einer Verzögerung von zwei Jahren in die Tarife ein. Die Berücksichtigung von geschätzten prospektiven Kosten entspräche einem Präzedenzfall mit einer Entkopplung der Tarife von der Grundlage der effektiv angefallenen, ausgewiesenen Kosten. Letztlich würden dadurch Tarife resultieren, welche nicht mehr den tatsächlich erbrachten Leistungen resp. angefallenen, ausgewiesenen und effizienzbereinigten Kosten basieren – es würden schlussendlich Kostenprognosen und nicht mehr tatsächlich entstandene Kosten tarifiert, was zu ungerechtfertigten Mehrkosten zu Lasten der OKP und damit der Prämienzahlenden führen kann und für die Tariffindung zu Rechtsunsicherheit führt.

- **Auswirkungen der Integration der Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung:** Nach Einführung der einheitlichen Finanzierung der Pflegeleistungen per 2032 werden die in den Pflegeheimen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause anfallenden Mehrkosten die Prämienzahlenden stärker belasten, als dies gemäss den Regelungen der heute geltenden Pflegefinanzierung der Fall ist (Kostenteiler im Jahr 2022: Prämienzahlende: rund 54 Prozent, Kantone: rund 46 Prozent; Kostenteiler der einheitlichen Finanzierung: Prämienzahlende: max. 73,1 Prozent, Kantone: mind. 26,9 Prozent). Es wurde deshalb von verschiedenen Teilnehmenden des Runden Tisches darauf hingewiesen, dass gegebenenfalls der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag im Rahmen der einheitlichen Finanzierung zugunsten der Prämienzahlenden anzupassen wäre.

5 Fazit

5.1 Anpassung der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen

Die Einschätzung der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen durch die Akteure entspricht weiterhin den entsprechenden Stellungnahmen aus der Vernehmlassung bzw. den Ausführungen, die im Rahmen der Anhörung durch die SGK-N vom 4. Juli 2025 gemacht wurden. Einzig bei Artikel 13 Absatz 2 E-BGAP gibt es einen Anpassungsvorschlag, der von allen Teilnehmenden des Runden Tisches mit Ausnahme von H+ mitgetragen wird.

5.2 Finanzierung der Mehrkosten

Die Diskussionen am Runden Tisch ergaben keinen von allen Teilnehmenden mitgetragenen Finanzierungsansatz.

¹⁸ Das BVGer hat hierzu in seinem Entscheid C-3892/2013 festgehalten, dass «die Berücksichtigung prospektiver Kosten, welche im Tarifjahr mit Sicherheit anfallen, bei der Bestimmung des Referenzwerts [...] sachgerecht» sei (vgl. E. 8.3.7). Diese Bedingung dürfte vorliegend nicht erfüllt sein.

¹⁹ Wie in Fussnote 17 ausgeführt, müssen die Mehrkosten im Tarifjahr mit Sicherheit bei allen verglichenen Spitälern anfallen, damit eine prospektive Berücksichtigung sachgerecht ist (vgl. auch BVGE C-3892/2013, E 8.3.7).

Deckung der Mehrkosten durch betriebsinterne Umverteilungen

Kein Konsens bestand in der Frage, ob und wenn ja wie weit die Mehrkosten durch betriebsinterne Umverteilungen gedeckt werden können, wobei **prio.swiss** betonte, dass zumindest ein Teil der Mehrkosten durch die Leistungserbringer getragen werden müsste. Hier bestand einzig Konsens, dass dies bei den Pflegeheimen und den Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause schwierig sein dürfte. Bezüglich der Möglichkeiten der Spitäler gingen die Einschätzungen von **prio.swiss** und **H+** auseinander.

Deckung der Mehrkosten über Steuerfinanzierung oder über Mehrbelastung der Prämienzahlenden

Kein Konsens bestand in der Frage, zu welchen Teilen die voraussichtlichen Mehrkosten über eine Steuerfinanzierung oder über eine Mehrbelastung der Prämienzahlenden finanziert werden sollen. Ohne weitere Regelung würden die Mehrkosten im KVG-Bereich ab 2032 zu rund drei Vierteln von den Prämienzahlenden und zu rund einem Viertel von den Kantonen getragen. **SBK**, **SGB** und **Travail.Suisse** sprachen sich dafür aus, dass die aus der Umsetzung des BGAP zu erwartenden Mehrkosten durch eine Zusatzfinanzierung der Kantone (mit allfälliger Beteiligung des Bundes) und somit steuerfinanziert zu finanzieren sind (Ansatz 1). Der **SBK** betonte, dass für ihn die grundsätzliche Finanzierung der Mehrkosten im Vordergrund steht. Die **Arbeitgeberverbände**, **prio.swiss** und die **GDK** sprachen sich hingegen im Grundsatz dafür aus, dass die Mehrkosten über die bestehenden Finanzierungssysteme zu finanzieren sind (Ansatz 2), wobei **prio.swiss** verdeutlichte, dass die ausgewiesenen Mehrkosten eine zu grosse Belastung für die Prämienzahlende darstellen würden. Dabei lehnen die meisten **Arbeitgeberverbände** eine steuerfinanzierte Zusatzfinanzierung mit der Begründung ab, dass die dazu notwendige Kostenabgrenzung bzw. -transparenz nicht hergestellt werden könne. Sollten die Mehrkosten steuerfinanziert werden, so wäre aus Sicht von **ARTISET** eine Anpassung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag an die Finanzierung der KVG-Leistungen zu präferieren (vgl. auch weiter unten). **Senesuisse** wies zudem darauf hin, dass wegen finanzpolitisch geprägter kantonaler Entscheide keine Finanzierungssicherheit bestehe. Für den **SBK** ist der Ansatz 2 nach einer zusätzlichen Übergangsfinanzierung ein gangbarer Weg.

Deckung der Mehrkosten während der ersten zwei Jahre

Unter den Befürwortern des Ansatz 2 bestand jedoch kein Konsens, wie die Finanzierung der in den ersten beiden Jahren nach Inkrafttreten anfallenden Mehrkosten ausgestaltet werden soll. Die von gewissen Teilnehmenden des Runden Tisches vorgeschlagene Ergänzung des Ansatz 2 zielt darauf ab, dass in Abweichung von den ansonsten im KVG üblichen Regelungen die Vergütung der spitalstationären Leistungen während längstens zwei Jahre ab Inkrafttreten des BGAP nicht datengestützt ausgehend von den ausgewiesenen Kosten der Leistungserbringung ermittelt wird, sondern prospektiv ausgehend von den geschätzten zukünftigen Kosten der Leistungserbringung. Für die **Arbeitgeberverbände** ist die in der Tabelle aufgeführte Ergänzung des Ansatz 2 von zentraler Bedeutung. Ohne geregelte Finanzierung der in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes anfallenden Mehrkosten lehnen sie das E-BGAP ab, da sie in diesem Falle die in den ersten zwei Jahren anfallenden Mehrkosten intern kompensieren müssten, was aus ihrer Sicht finanziell nicht tragbar sei und somit nicht umsetzbar sein dürfte.

Mehrkosten der Spitäler: Aufgrund der in Ziffer 3.1 ausgeführten Herausforderungen bei der Schätzung der Mehrkosten und den in Ziffer 4.2 festgehaltenen Konsequenzen einer prospektiven Berücksichtigung der Mehrkosten, sprachen sich **prio.swiss** und die **GDK** bezüglich der Umsetzung im Rahmen der Spitalfinanzierung gegen das entsprechende Anliegen von **H+** aus. Dies entspricht auch der Haltung des **Bundesrates** (vgl. dazu auch Ausführungen im Anschluss an die Tabelle). Ein solch verpflichtender Ansatz schaffe einen Präzedenzfall und Rechtsunsicherheit in Bezug auf die Tariffindung. Zudem würde dieser Ansatz ausgerechnet diejenigen Leistungserbringer bestrafen, welche bereits frühzeitig ohne gesetzliche Verpflichtung die Arbeitsbedingungen verbessert haben und dann diese nicht mehr oder nicht mehr vollumfänglich prospektiv geltend machen können.

Mehrkosten bei Pflegeheimen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause: Bezüglich der Finanzierung der Mehrkosten der Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sprechen sich die **Arbeitgeberverbände** und die **GDK** für eine gleichzeitige Erhöhung des OKP-Beitrages und der Restfinanzierung ab 2028 aus. Dieses Anliegen wird sowohl von Seiten **Bundesrat** wie auch von **prio.swiss** und **SGB** und **Travail.Suisse** nicht unterstützt. Eine Erhöhung des OKP-Beitrags müsste zumindest datenbasiert erfolgen. Eine Anpassung der Restfinanzierung können die betroffenen Leistungserbringer jedoch jederzeit, d.h. bereits ab Inkrafttreten, mit den Kantonen bzw. Gemeinden aushandeln.

Anpassung des Verteilschlüssels der einheitlichen Finanzierung

Wird der Ansatz 2 weiterverfolgt, wäre gemäss **Arbeitgeberverbänden**, **SGB** und **Travail.Suisse** sowie **prio.swiss** eine Anpassung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag ab 2032²⁰ zu prüfen bzw. seitens **SGB** und **Travail.Suisse** notwendig, um die Belastung der Prämienzahlenden durch die Mehrkosten des BGAP zu begrenzen oder zu vermeiden. Die **GDK** weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es aus politischer und demokratischer Hinsicht problematisch wäre, wenn mit dem BGAP andere Volksentscheide, wie derjenige zur einheitlichen Finanzierung unterlaufen würden und die Frage der KVG-Finanzierungsmechanismen bzw. der Umverteilungsthematik zwischen Prämien- und Steuergeldern erneut zur Diskussion gestellt würde.

Bestimmung im BGAP zur Regelung der Abgeltung der Mehrkosten

Zur Umsetzung des Ansatz 2 (ohne Erweiterung) kann eine explizite Bestimmung im BGAP aufgenommen werden, dass Mehrkosten über die bestehenden Finanzierungssysteme zu regeln sind. Aus Sicht der Verwaltung ist eine solche Bestimmung nicht notwendig, weil die durch das BGAP verursachten Mehrkosten auch ohne explizite Regelung in die für die Tarifiermittlung massgebenden Kosten einfließen werden. Die **Arbeitgeberverbände der Langzeitpflege** sprachen sich für die Aufnahme einer entsprechenden Bestimmung ins BGAP aus, sowohl **SGB**, **Travail.Suisse**, der **SBK** als auch **prio.swiss** dagegen. Der **SBK** bemängelte, dass damit die Aufteilung der Mehrkosten auf die Kostenträger zementiert würde.

Art. XX

Die durch dieses Gesetz im Rahmen der Leistungserbringung entstehenden Mehrkosten fliessen in die Kosten ein, die für die Ermittlung der Tarife nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung sowie in den Vergütungssystemen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung auszuweisen sind.

²⁰ Zwar dürfte das BGAP bereits vor 2032 Mehrkosten bei den spitalstationären Leistungen mit sich bringen, die ohne Anpassung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag auch von den Prämienzahlenden mitfinanziert werden müssten. In den Jahren vor 2032 wäre dies aber zu akzeptieren, da erstens die Mehrbelastung der Prämienzahlenden bei einer Anpassung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag ab 2032 vorübergehend bliebe. Zweitens ist in diesen Jahren durch die Einführung der ersten Phase der einheitlichen Finanzierung sowieso eine Entlastung der Prämienzahlenden zu erwarten, da die Kantone die ambulanten Leistungen bereits mitfinanzieren, die Restfinanzierung der Pflegeleistungen aber noch nach den bisherigen, für die Prämienzahlenden tendenziell vorteilhaften Regeln erfolgt. Und drittens wäre eine Anpassung der für jeden Kanton individuellen Prozentsätze für den Kantonsbeitrag in den Jahren 2028 bis und mit 2031 übermässig komplex.