

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Per Mail:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch,
gever@bag.admin.ch

Bern, 08.07.26

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zu den genannten Verordnungsanpassungen Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Städteverband vertritt die Städte, städtischen Gemeinden und Agglomerationen in der Schweiz und damit gut drei Viertel der Schweizer Bevölkerung.

Die Umsetzung der EFAS ist ein einschneidendes Reformprojekt im schweizerischen Gesundheitswesen. In verschiedenen Kantonen sind die Städte und Gemeinden massgeblich in die Sicherstellung und die Restkostenfinanzierung der Pflegeversorgung involviert. Es ist im Moment noch nicht klar, wie die Finanzierungszuständigkeiten innerhalb der einzelnen Kantone zwischen der kantonalen und der kommunalen Ebene neu verteilt sein werden. Aber in verschiedenen Kantonen werden die Städte und Gemeinden mit Sicherheit weiterhin wesentliche Zuständigkeiten innehaben. Es ist deshalb für die Städte nicht nachvollziehbar, warum der erläuternde Bericht auf S.50 festhält, dass «keine spezifischen Auswirkungen auf Gemeinden, urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete zu erwarten» sind.

Wir beantragen, dass der Bund anerkennt und festhält, dass den Städten in verschiedenen Kantonen eine wichtige Rolle zukommt im Bereich der Pflegeversorgung und -finanzierung und die Umsetzung von EFAS einschneidende Auswirkungen auf diese Städte haben wird. Den Anliegen der Städte muss deshalb im weiteren Prozess das entsprechende Gewicht beigemessen werden.

Zusammenfassend äussert sich der Städteverband zu den Revisionen der Verordnungen wie folgt:

- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV): Die Änderungen finden bei den Städten **Zustimmung**, allerdings sind **Anpassungen und Präzisierungen notwendig**.
- Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL): Es wird im Grundsatz begrüsst, dass Leistungserbringer und Pflegefachpersonen verpflichtet werden, Leistungen zu erfassen und eine



Kostenrechnung zu erstellen. Allerdings sind noch **grundlegende Anpassungen und Präzisierungen notwendig**.

- Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV): Die Städte begrüßen grundsätzlich, dass schweizweit ein einheitliches Instrument zur Pflegebedarfsermittlung verwendet werden soll. Es ist ihnen ein Anliegen, dass durch die Vereinheitlichung des Instruments und die Anwendung unter EFAS kein grosser zusätzlicher administrativer Mehraufwand für die Leistungserbringer und das Pflegepersonal entsteht. Bezüglich Anforderungen sind die Meinungen nicht einheitlich, **Anpassungen sind notwendig**.

Bezüglich Anpassungsbedarf aus Sicht der Städte, legen wir die detaillierten Rückmeldungen verschiedener Städte bei. In Übereinstimmung mit den vorherigen Ausführungen beantragen wir, dass Sie diese Rückmeldungen angemessen berücksichtigen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband

Präsident

Hanspeter Hilfiker
Stadtpräsident Aarau

Direktorin

Monika Litscher

Kopie: Schweizerischer Gemeindeverband



STELLUNGNAHME KVV

Detaillierte Rückmeldungen verschiedener Städte betreffend KVV

02.07.2026

Stadt Biel:

Le Conseil municipal de la Ville de Bienne tient cependant à rappeler que, dans le cadre de la construction et de la communication des données entre assureurs et cantons, il est essentiel de veiller à éviter une surcharge de travail pour les fournisseurs de prestations, en particulier les institutions publiques. Cela passe notamment par une demande de transmission de données ciblées portant uniquement sur les données nécessaires à la fixation des tarifs.

Stadt St.Gallen:

Datenweitergabe von den Versicherern an die Kantone (Kap. 1.3.1 / 3.1.3 / S.29f)

Neuer Art. 28d KVV: Die Weitergabe von Daten der Versicherer an die Kantone, damit letztere ihre ihnen im KVG zugewiesenen Aufgaben der Planung, Steuerung und Aufsicht wahrnehmen können, wird in Art. 28d nKVV geregelt. Dabei handelt es sich um «aggregierte» Daten. Uns ist noch nicht klar, was unter «aggregierte» Daten fällt. Gemäss dem Erläuternden Bericht (S. 29) sind hierbei keine Daten *pro versicherte Person* enthalten, um deren Anonymität zu gewährleisten. Diese Anforderung ist nachvollziehbar und gerechtfertigt. Wir weisen dennoch darauf hin, dass aggregierte Daten über einen Zeitraum *auf das Kollektiv der versicherten Personen* nicht ausreichend sind. Eine Datenweitergabe, die keinen Abgleich heruntergebrochen auf den oder die einzelne anonyme/n Leistungsbeziehende/n erlaubt, ist zu wenig spezifisch für Planungs- und Kontrollzwecke und um verdächtige Muster in der Abrechnungspraxis von Leistungserbringern zu erkennen und zu belegen. Auswertungen und Plausibilisierungen zu Evaluations- und Planungszwecken müssen sowohl für die Angebotsplanung in der Grundversorgung als auch zur Missbrauchsbekämpfung möglich sein. Entsprechend sollte die Datenlieferung der Versicherer an die Kantone für eine zielgerichtete und sachgerechte Wahrnehmung dieser Aufgaben ermöglichen, indem sie Daten nicht nur über das Kollektiv der Versicherten enthalten, sondern anonymisiert auf Ebene Einzelperson/Leistungsbeziehende heruntergebrochen sind.

Zulassungsbeschränkung von ambulanten Leistungserbringern (Kap. 1.14 und 3.1.4 / S. 31f, insbes. Art. 55b)

Die im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeinitiative eingeführte Möglichkeit der Kantone, die Zulassung von Pflegefachpersonen und Organisationen, welche Pflegefachpersonen beschäftigen, zu beschränken (Art. 55b KVG i.V.m. Art. 49 und Art. 51 KVV), ist aus kommunaler Sicht v.a. im Zusammenhang mit der Gründung zahlreicher privater Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zu begrüssen. Die Vorlage weitet diese Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung auf weitere Leistungserbringer aus (Art. 55b nKVG) und harmonisiert die entsprechenden Formulierungen. Dies ist unseres Erachtens im Gesamtzusammenhang sinnvoll. Gleiches gilt für die weiteren Berufsgruppen bzw. Arten von Leistungserbringern, welche unter EFAS ebenfalls neu dem gleichen Finanzierungsmodus unterstellt sein werden.

Prüfung von Rechnungen für stationäre Leistungen durch die Kantone (Kap. 3.1.5)

Art. 59a quater nKVV präzisiert die datenschutzrechtlichen Anforderungen an die kantonalen Stellen bei der Rechnungskontrolle von stationären Leistungen. Diese beziehen sich aber aufgrund des Verweises auf Art. 49 Abs. 1 KVG nur auf Spitäler und Geburtshäuser, da dieser Artikel durch das nKVG infolge EFAS unverändert bleibt. Dass sich die Formulierung «im stationären Bereich» entsprechend nicht auch auf Pflegeheime bezieht, ist nicht auf Anhieb erkennbar: Nur wer Art. 49 Abs. 1 KVG konsultiert, kann dies zweifelsfrei erkennen. Wir regen an, durch geeignete textliche Anpassung die Klarheit zu erhöhen.

Wir gehen davon aus, dass allfällige weitere Regelungen betreffend die Rechnungseinsicht der Kantone für stationäre und ambulante Pflegeleistungen in einem nächsten gesetzgeberischen Schritt erfolgen. Diese treten gemäss Übergangsbestimmungen nKVG erst per 1. Januar 2032 in Kraft. Aus unserer Sicht müssten die entsprechenden Prozesse für ambulante und stationäre Pflegeleistungen, wenn sie unter EFAS künftig einheitlich von den Kantonen mitfinanziert werden sollen, den gleichen datenschutzrechtlichen Anforderungen genügen wie die hier abgehandelten stationäre Leistungen, welche sich auf Spitäler und Geburtshäuser beziehen.

Stadt Zürich und Stadt Winterthur (in Übereinstimmung mit Stellungnahme der GeKoZH):

Allgemeine Rückmeldungen

- Die **Einführung von EFAS speziell im Bereich der Pflege ist für die Zürcher Gemeinden und Städte ein einschneidendes Reformprojekt**. Die Zürcher Gemeinden und Städte sind aktuell sowohl für Planung und Sicherstellung als auch für die Restkostenfinanzierung der Pflegeversorgung zuständig.
- Auch wenn mit der Einführung von EFAS im Bereich der Pflege 2032 die Pflegefinanzierung im Kanton Zürich grundsätzlich reformiert werden muss und die Finanzflüsse zwischen Kanton und Städten/Gemeinden noch unklar sind, werden die Städte und Gemeinden für die lokale Planung und Sicherstellung der Pflegeversorgung wichtige Aufgaben behalten. Dies bedingt, dass **sie auch künftig wirksame Steuerungsmöglichkeiten im Bereich Pflege haben müssen. Dazu benötigen sie unter anderem steuerungsrelevante (Rechnungs-)Daten**.
- Die vorgeschlagenen Änderungen im Bereich Kostenermittlung und Leistungserfassung sowie bei den Instrumenten der Pflegebedarfsermittlung betreffen die Zürcher Städte und Gemeinden unmittelbar, da sie zur Sicherstellung der Pflegeversorgung entweder Pflegeheime und Spitex-Organisationen besitzen oder bedeutsame Leistungsvereinbarungen mit entsprechenden Pflegeinstitutionen abgeschlossen haben. Eine **Zunahme des administrativen Aufwands im Pflegebereich für die Bedarfsermittlung, Kosten- und Leistungserfassung wird sich direkt auf die Personalsituation und die (Rest-)Kosten auswirken, d.h. ab Zeitpunkt des Inkrafttretens der vorliegenden Revision. Deshalb lehnen wir die Unterscheidung zwischen A-, B- und C-Pflegeleistungen bei der stationären Pflege dezidiert ab**.
- Vor diesem Hintergrund erstaunt es, dass im erläuternden Bericht ausgeführt wird, dass die vorgeschlagene Revision der KVV, VKL und KLV keine spezifischen Auswirkungen auf die Gemeinden hat (erläuternder Bericht, S. 50).

- Wir sind mit der Herausforderung konfrontiert, dass die Vollzugsvorbereitung zwischen den zentralen Akteuren – den Kantonen und Tarifpartnern – im vollen Gang ist und für die Zürcher Städte und Gemeinden folglich noch vieles unklar ist. So sind etwa im Bereich der Pflege viele Grundsätze noch offen. Die vorliegende Revisionsvorlage birgt das Risiko, dass wichtige Weichen gestellt und 'zementiert' werden, bevor die notwendigen Abklärungen und Abstimmungen bezüglich Strukturen und Mechanismen zu EFAS Pflege festgelegt wurden. Es stellt sich die Frage, ob der aktuelle Zeitpunkt nicht verfrüht ist. **Die weiteren Vorbereitungsarbeiten/-entscheide und ggf. weiterer Regulierungsbedarf/-anpassungsbedarf gilt es im weiteren Verlauf Rechnung zu tragen** (erneute Verordnungsanpassungen).
- Die Zürcher Städte und Gemeinden haben ein grosses Interesse an einer zweckmässigen, effizienten und möglichst reibungslosen Einführung und Umsetzung von EFAS. Dazu sind verbindliche Vorgaben zentral. Erfahrungen mit der Restkostenfinanzierung zeigen, dass **weitergehende Anforderungen und Präzisierungen bezüglich Kostenrechnungen (anrechenbare Kosten) nötig sind und eine hohe Verbindlichkeit der Vorgaben wichtig ist**. Branchenlösungen, wie das Finanzmanual von Spitex-Schweiz, sollten durch das EDI als verbindlich erklärt werden und wo nötig, weiterführende Präzisierungen erlassen werden. Die Erfahrungen des Kantons Zürich zeigen, dass nicht beauftragten Spitex-Organisationen verbindliche kantonale Vorgaben in den letzten Jahren systemweit nicht eingehalten haben und entsprechende Daten zu den Pflegekosten eine sehr geringe Qualität aufweisen. **Vor diesem Hintergrund fordert die GeKoZH, dass das EDI respektive die zuständige kantonale Behörde Stichprobenkontrollen durchführt und wenn nötig Sanktionen ergreift** (vgl. [GeKoZH-Bericht](#) vom 26.11.2025).
- Die folgenden Anliegen betreffen die Ausgestaltung der Tarifstrukturen für Pflegeleistungen und werden folglich von der Tarifstrukturorganisation festgelegt werden. Wo sinnvoll sollten diese Anliegen als Mindestanforderungen jedoch auch Eingang in die entsprechenden Verordnungen finden:
 - Die **Pflegeleistungen müssen adäquat erfasst und kostendeckend finanziert werden**. Das heutige System mit zwölf Pflegestufen im stationären Bereich der Langzeitpflege stösst im **Bereich der spezialisierten Pflege** an seine Grenzen (z.B. Menschen mit Tracheostoma / invasiver Beatmung). Die benötigte Pflege kann in vielen spezialisierten bzw. komplexen Situationen, mit den zwölf Pflegestufen nicht adäquat abgebildet werden. Dies gilt auch für sehr **niederschwellige Angebote und Tages-/Nachtstrukturen**. Es ist deshalb sicherzustellen, dass die Tarifstruktur ausreichend differenziert ausgestaltet wird und bei spezialisierten, hochkomplexen Versorgungsformen durch zusätzliche Tarifstufen, Zuschläge oder alternative Bemessungsmodelle ergänzt werden kann.
 - Weiter ist sicherzustellen, dass **pflegebedingte Betreuungsleistungen in der Tarifgestaltung angemessen berücksichtigt werden**. Speziell in komplexen Versorgungssituationen – etwa bei Demenz, gerontopsychiatrischen Erkrankungen oder palliativen Verläufen – lassen sich Pflege und Betreuung in der Praxis oft nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Die Tarifstruktur ist deshalb so auszugestalten, dass auch pflegeinduzierte Präsenz-, Überwachungs-, Anleitungs- und Interventionsleistungen sachgerecht abgebildet und vergütet werden. Andernfalls droht eine **systematische Verlagerung pflegebedingter Kosten in den Betreuungsbereich und damit eine unzulässige finanzielle Mehrbelastung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Städte und Gemeinden**. Bei der stationären Langzeitpflege hat derzeit die Verteilung der Kosten des Pflegepersonals auf die Kostenträger Pflege und Betreuung den grössten Einfluss auf die Pflegekosten. Dieser Verteilschlüssel erfordert eine genauere Auseinandersetzung.

- Zudem müssen die **Kosten der Aufnahmespflicht/ Vorhalteleistungen angemessen berücksichtigt werden**. Es ist sicherzustellen, dass die Tarifsystematik den unterschiedlichen Versorgungsauftrag der Leistungserbringer angemessen abbildet. Die Situation von Institutionen mit und ohne Aufnahmespflicht bzw. Versorgungsauftrag ist zu unterscheiden. Beauftragte Institutionen übernehmen im öffentlichen Interesse zentrale Aufgaben der Versorgungssicherheit und tragen dadurch höhere strukturelle Aufwände, etwa durch die Aufnahme komplexer Fälle, die Vorhaltung von Kapazitäten oder die Sicherstellung einer verlässlichen Grundversorgung. Eine tarifliche Gleichbehandlung mit nicht-beauftragten Institutionen würde diese Mehrbelastungen ungenügend berücksichtigen und Fehlanreize verstärken.
- Die Tarifsystematik sollte zudem die **spezifischen Gegebenheiten im ambulanten Pflegebereich Rechnung tragen**: So übernehmen derzeit nicht-beauftragte Spitex-Organisationen häufig (nur) Fälle mit längerer Einsatzdauer, die betriebswirtschaftlich lohnender sind. Beauftragte Spitex-Organisationen tragen dagegen überproportional Kurzeiteinsätze mit hohem Weg-, Koordinations- und Administrationsaufwand. Die **Wegkosten und die unterschiedlichen Einsatzdauern sowie die Komplexität der Fälle** sind bei der Tarifgestaltung angemessen zu berücksichtigen.
- Modelle der **Anstellung von pflegenden Angehörigen durch Spitex-Organisationen sollten ebenfalls differenziert berücksichtigt werden**, da Spitex-Organisationen mit solchen Modellen deutlich andere Kostenstrukturen aufweisen (vgl. [GeKoZH-Bericht](#) vom 16.6.2025).

Änderung der KVV

Eher Zustimmung

Allgemeine Rückmeldung: Die Städte und Gemeinden brauchen für die lokale/regionale Planung und Sicherstellung der Pflegeversorgung steuerungsrelevante Daten. Heute verfügen sie im Kanton Zürich als Restfinanzierer über die Rechnungsdaten im Pflegebereich. Die Steuerungsmöglichkeiten der Gemeinden sollten unter EFAS nicht eingeschränkt, sondern im Gegenteil gestärkt werden. Sie benötigen bessere Daten auch zu den anderen Bereichen der medizinischen Grundversorgung, wenn integrierte Versorgungsmodelle und dem Fachkräftemangel in der Gesundheitsversorgung mit wirksamen Massnahmen begegnet werden soll. Deshalb fordert die GeKoZH, dass die Kantone regelmässig Daten der Versicherer bekommen und Zugang zu Rechnungsdaten im Bereich Pflege erhalten (Anpassungen Art. 28d und Art. 59a E-KVV, siehe Details).

Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, die Daten an die Städte und Gemeinden weiterzugeben. So ist im Kanton Zürich derzeit noch ungeklärt, wie die Finanzflüsse mit EFAS zwischen Kanton und Gemeinden neu geregelt werden. Falls die Gemeinden die Kosten für die Pflegeleistungen wie bisher übernehmen müssen, müssen sie die Möglichkeit haben, die Rechnungen angemessen zu kontrollieren.

Art. 28d Abs. 1a

Zustimmung mit Anpassung

«mindestens ~~vierteljährlich~~ monatlich, die nachstehenden Daten aus den Abrechnungsbelegen aggregiert und nach Leistungserbringer:»

Die GeKoZH unterstützt das Anliegen der GDK für Datenlieferungen mindestens einmal monatlich und für die Weitergabe von Individualdaten. Diese Daten sind auch aus kommunaler Sicht essenziell für die Planung sowie eine zeitnahe und belastbare Kontrolle der Kostenentwicklung.

	Ergänzung (neuer Artikel oder Absatz für Datenweitergabe des BAG an die Kantone) Die Lieferung von Individualdaten für die Erfüllung bestimmter KVG-Aufgaben der Kantone sowie deren Weitergabe an die Gemeinden ist zu ergänzen, beispielsweise wie folgt: «<u>Das BAG gewährt den Kantonen einen direkten elektronischen Zugang zu den Daten, die es aufgrund von Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe c für die versicherten Personen mit Wohnsitz im jeweiligen Kanton sowie für die versicherten Personen, die sich auf dem Gebiet des jeweiligen Kantons behandeln lassen, erhebt, einschliesslich Verbindungscode, Alter, Geschlecht und Wohnort der versicherten Person. Die Kantone können die Daten für die Erfüllung bestimmter KVG-Aufgaben an die Gemeinden weitergeben.</u>» (in Anlehnung an die GDK-Formulierung).	In der Pflege (Heime, Spitex, selbständige Pflegefachpersonen) verfügen im Kanton Zürich die Städte und Gemeinden heute aufgrund der Restfinanzierung über Rechnungsdaten auf Individualebene. Es darf nicht sein, dass die Städte und Gemeinden respektive der Kanton mit EFAS weniger Daten als heute erhalten werden. Zudem ist unklar, wie die Pflegefinanzierung innerkantonale geregelt wird. Bleiben auch künftig die Städte und Gemeinden für die Pflegefinanzierung zuständig, sind die Kantone respektive die Städte und Gemeinden auf detaillierte Daten angewiesen. Die Kantone müssen anhand der Daten die zuständigen Gemeinden eruieren und ihnen den Kantonsbeitrag weiterverrechnen können. Die Gemeinden ihrerseits müssen die Rechnungsbeträge und ihre Finanzierungszuständigkeit kontrollieren können. Weitere Individualdaten sind nötig, um die Patientenpfade über einzelne Leistungserbringer und Kantonsgrenzen nachvollziehen zu können. Dazu sind soziodemografische Angaben (z.B. Alter, Geschlecht, Wohnort, Wohnkanton, AHV-Nummer) und Angaben der Abrechnungsbelege (z.B. pseudonymisierte Belegnummer, abgerechnete Kostenart, Anzahl Konsultationen) nötig. Sofern den Kantonen auf Verordnungsebene ein unmittelbarer Zugang zu den Daten, die das BAG gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. c KVV von den Versicherten 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.
Art. 28d Abs. 2	Zustimmung mit Anpassung «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>» (GDK-Formulierung wird unterstützt).	Die GeKoZH unterstützt das Anliegen der GDK. Es ist für die Planung, Sicherstellung und Finanzierung von Pflegeleistungen für die Wohnbevölkerung essenziell, dass deren Leistungsanspruchnahme – unabhängig vom Behandlungsort bzw. vom Standort des Leistungserbringers – berücksichtigt wird. Daher sind auch Leistungsdaten von Versicherten mit Wohnsitz im Kanton, die ausserhalb ihres Wohnsitzkantons versorgt werden, erforderlich. Aggregierte Daten auf Ebene der Leistungserbringer sind, wie vorstehend zu Art. 28d Abs. 1 Bst. a E-KVV festgehalten, für die Aufgabenerfüllung der

		Kantone respektive Gemeinden nicht ausreichend. Die folgenden Ausführungen verdeutlichen weshalb: 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.
Art. 28d Abs. 7	Zustimmung mit Anpassung «Das BAG kann nach Anhörung der Versicherer <u>und der Kantone</u> Weisungen zu den nach den Absätzen 1-3 zu treffenden Vorkehren erlassen.» (GDK-Formulierung wird unterstützt).	Die Daten sind für die Kantone respektive auch die Gemeinden sehr relevant. Dementsprechend sind die Kantone vom BAG ebenfalls anzuhören, damit die durch das BAG erlassenen Weisungen auch aus kantonaler Sicht zweckmässig und sachgerecht sind.
Art. 59a quater	Zustimmung mit Anpassung « <u>Zugang der Kantone zu Daten von Rechnungen im Pflegebereich. Die Versicherer übermitteln den Kantonen monatlich die Daten der Rechnungen zu den Pflegeleistungen. Die Kantone können die Daten den Gemeinden weitergeben</u> » (in Anlehnung an GDK-Forderung)	Die Zürcher Städte und Gemeinden sind für die Planung und Sicherstellung der Pflegeversorgung auf detaillierte Daten angewiesen. Sie verfügen derzeit im Pflegebereich aufgrund der Restkostenfinanzierung über detaillierte Daten. Es darf nicht sein, dass ihre Steuerungsgrundlagen durch EFAS geschmälert werden. Falls sie weiterhin die Pflegeleistungen finanzieren müssen, benötigen sie Rechnungsdaten zu den Pflegeleistungen zwecks Prüfung.

STELLUNGNAHME

Detaillierte Rückmeldungen verschiedener Städte betreffend KLV

02.07.2026

Stadt Biel:

Le rapport explicatif fait mention d'un « coût d'adaptation unique » à prévoir (p.50). La prise en charge de ces coûts d'adaptation ne semble toutefois pas être prévue par la Confédération. Le Conseil municipal appelle à ce qu'un soutien financier soit alloué aux fournisseurs de prestations, en particulier aux institutions publiques.

Stadt St.Gallen:

Die Vorgabe, dass sich Pflegebedarfsermittlungssysteme sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich an der gleichen Methodik und Logik orientieren, um ambulante und stationäre Pflege in analogen Pflegesituationen grundsätzlich vergleichbar zu machen, widerspiegelt den EFAS-Grundsatz exemplarisch und ist zu begrüßen (Art. 8b KLV). Hervorzuheben ist, dass mindestens nach den Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. a, b und c zu unterscheiden ist, dass Richtzeiten für den festgestellten Pflegebedarf hinterlegt sind und dass aus den Daten der Bedarfsermittlung routinemässig medizinische Qualitätsindikatoren erhoben werden können. Es ist zu hoffen, dass diese konzeptionellen Anforderungen von den betreffenden Verbänden auch zielgerichtet kompromissbereit und mit Blick auf das übergeordnete Ziel umgesetzt werden. Die Verpflichtung zur Verwendung der schweizweit einheitlichen Instrumente zur Bedarfsermittlung je für den stationären und den ambulanten Bereich spätestens ab dem 1. Januar 2032 ist zu begrüßen (Übergangsbestimmungen zur Änderung KLV vom ...). Betreffend die Wahl des Bedarfsermittlungsinstrumentes haben wir keine Präferenzen und vertrauen darauf, dass die Tariforganisationen kluge und vorausschauende Entscheide treffen. Der im Erläuternden Bericht ausgesprochenen Empfehlung, dass diese wegweisende Entscheidung von den jeweiligen Tariforganisationen spätestens bis Ende 2028 fällen, pflichten wir bei.

Stadt Zürich und Stadt Winterthur (in Übereinstimmung mit Stellungnahme der GeKoZH):

Allgemeine Rückmeldungen

- Die **Einführung von EFAS speziell im Bereich der Pflege ist für die Zürcher Gemeinden und Städte ein einschneidendes Reformprojekt**. Die Zürcher Gemeinden und Städte sind aktuell sowohl für Planung und Sicherstellung als auch für die Restkostenfinanzierung der Pflegeversorgung zuständig.
- Auch wenn mit der Einführung von EFAS im Bereich der Pflege 2032 die Pflegefinanzierung im Kanton Zürich grundsätzlich reformiert werden muss und die Finanzflüsse zwischen Kanton und Städten/Gemeinden noch unklar sind, werden die Städte und Gemeinden für die lokale Planung und

Sicherstellung der Pflegeversorgung wichtige Aufgaben behalten. Dies bedingt, dass **sie auch künftig wirksame Steuerungsmöglichkeiten im Bereich Pflege haben müssen. Dazu benötigen sie unter anderem steuerungsrelevante (Rechnungs-)Daten.**

- Die vorgeschlagenen Änderungen im Bereich Kostenermittlung und Leistungserfassung sowie bei den Instrumenten der Pflegebedarfsermittlung betreffen die Züricher Städte und Gemeinden unmittelbar, da sie zur Sicherstellung der Pflegeversorgung entweder Pflegeheime und Spitex-Organisationen besitzen oder bedeutsame Leistungsvereinbarungen mit entsprechenden Pflegeinstitutionen abgeschlossen haben. Eine **Zunahme des administrativen Aufwands im Pflegebereich für die Bedarfsermittlung, Kosten- und Leistungserfassung wird sich direkt auf die Personalsituation und die (Rest-)Kosten auswirken, d.h. ab Zeitpunkt des Inkrafttretens der vorliegenden Revision. Deshalb lehnen wir die Unterscheidung zwischen A-, B- und C-Pflegeleistungen bei der stationären Pflege dezidiert ab.**
- Vor diesem Hintergrund erstaunt es, dass im erläuternden Bericht ausgeführt wird, dass die vorgeschlagene Revision der KVV, VKL und KLV keine spezifischen Auswirkungen auf die Gemeinden hat (erläuternder Bericht, S. 50).
- Wir sind mit der Herausforderung konfrontiert, dass die Vollzugsvorbereitung zwischen den zentralen Akteuren – den Kantonen und Tarifpartnern – im vollen Gang ist und für die Züricher Städte und Gemeinden folglich noch vieles unklar ist. So sind etwa im Bereich der Pflege viele Grundsätze noch offen. Die vorliegende Revisionsvorlage birgt das Risiko, dass wichtige Weichen gestellt und 'zementiert' werden, bevor die notwendigen Abklärungen und Abstimmungen bezüglich Strukturen und Mechanismen zu EFAS Pflege festgelegt wurden. Es stellt sich die Frage, ob der aktuelle Zeitpunkt nicht verfrüht ist. **Die weiteren Vorbereitungsarbeiten/-entscheide und ggf. weiterer Regulierungsbedarf/-anpassungsbedarf gilt es im weiteren Verlauf Rechnung zu tragen** (erneute Verordnungsanpassungen).
- Die Züricher Städte und Gemeinden haben ein grosses Interesse an einer zweckmässigen, effizienten und möglichst reibungslosen Einführung und Umsetzung von EFAS. Dazu sind verbindliche Vorgaben zentral. Erfahrungen mit der Restkostenfinanzierung zeigen, dass **weitergehende Anforderungen und Präzisierungen bezüglich Kostenrechnungen (anrechenbare Kosten) nötig sind und eine hohe Verbindlichkeit der Vorgaben wichtig ist.** Branchenlösungen, wie das Finanzmanual von Spitex-Schweiz, sollten durch das EDI als verbindlich erklärt werden und wo nötig, weiterführende Präzisierungen erlassen werden. Die Erfahrungen des Kantons Zürich zeigen, dass nicht beauftragten Spitex-Organisationen verbindliche kantonale Vorgaben in den letzten Jahren systemweit nicht eingehalten haben und entsprechende Daten zu den Pflegekosten eine sehr geringe Qualität aufweisen. **Vor diesem Hintergrund fordert die GeKoZH, dass das EDI respektive die zuständige kantonale Behörde Stichprobenkontrollen durchführt und wenn nötig Sanktionen ergreift** (vgl. [GeKoZH-Bericht](#) vom 26.11.2025).
- Die folgenden Anliegen betreffen die Ausgestaltung der Tarifstrukturen für Pflegeleistungen und werden folglich von der Tarifstrukturorganisation festgelegt werden. Wo sinnvoll sollten diese Anliegen als Mindestanforderungen jedoch auch Eingang in die entsprechenden Verordnungen finden:
 - Die **Pflegeleistungen müssen adäquat erfasst und kostendeckend finanziert werden.** Das heutige System mit zwölf Pflegestufen im stationären Bereich der Langzeitpflege stösst im **Bereich der spezialisierten Pflege** an seine Grenzen (z.B. Menschen mit Tracheostoma / invasiver Beatmung). Die benötigte Pflege kann in vielen spezialisierten bzw. komplexen Situationen, mit den zwölf Pflegestufen nicht adäquat abgebildet

werden. Dies gilt auch für sehr **niederschwellige Angebote und Tages-/Nachtstrukturen**. Es ist deshalb sicherzustellen, dass die Tarifstruktur ausreichend differenziert ausgestaltet wird und bei spezialisierten, hochkomplexen Versorgungsformen durch zusätzliche Tarifestufen, Zuschläge oder alternative Bemessungsmodelle ergänzt werden kann.

- Weiter ist sicherzustellen, dass **pflegebedingte Betreuungsleistungen in der Tarifgestaltung angemessen berücksichtigt werden**. Speziell in komplexen Versorgungssituationen – etwa bei Demenz, gerontopsychiatrischen Erkrankungen oder palliativen Verläufen – lassen sich Pflege und Betreuung in der Praxis oft nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Die Tarifstruktur ist deshalb so auszugestalten, dass auch pflegeinduzierte Präsenz-, Überwachungs-, Anleitungs- und Interventionsleistungen sachgerecht abgebildet und vergütet werden. Andernfalls droht eine **systematische Verlagerung pflegebedingter Kosten in den Betreuungsbereich und damit eine unzulässige finanzielle Mehrbelastung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Städte und Gemeinden**. Bei der stationären Langzeitpflege hat derzeit die Verteilung der Kosten des Pflegepersonals auf die Kostenträger Pflege und Betreuung den grössten Einfluss auf die Pflegekosten. Dieser Verteilschlüssel erfordert eine genauere Auseinandersetzung.
- Zudem müssen die **Kosten der Aufnahmepflicht/ Vorhalteleistungen angemessen berücksichtigt werden**. Es ist sicherzustellen, dass die Tarifsystematik den unterschiedlichen Versorgungsauftrag der Leistungserbringer angemessen abbildet. Die Situation von Institutionen mit und ohne Aufnahmepflicht bzw. Versorgungsauftrag ist zu unterscheiden. Beauftragte Institutionen übernehmen im öffentlichen Interesse zentrale Aufgaben der Versorgungssicherheit und tragen dadurch höhere strukturelle Aufwände, etwa durch die Aufnahme komplexer Fälle, die Vorhaltung von Kapazitäten oder die Sicherstellung einer verlässlichen Grundversorgung. Eine tarifliche Gleichbehandlung mit nicht-beauftragten Institutionen würde diese Mehrbelastungen ungenügend berücksichtigen und Fehlanreize verstärken.
- Die Tarifsystematik sollte zudem die **spezifischen Gegebenheiten im ambulanten Pflegebereich Rechnung tragen**: So übernehmen derzeit nicht-beauftragte Spitex-Organisationen häufig (nur) Fälle mit längerer Einsatzdauer, die betriebswirtschaftlich lohnender sind. Beauftragte Spitex-Organisationen tragen dagegen überproportional Kurzeinsätze mit hohem Weg-, Koordinations- und Administrationsaufwand. Die **Wegkosten und die unterschiedlichen Einsatzdauern sowie die Komplexität der Fälle** sind bei der Tarifgestaltung angemessen zu berücksichtigen.
- Modelle der **Anstellung von pflegenden Angehörigen durch Spitex-Organisationen sollten ebenfalls differenziert berücksichtigt werden**, da Spitex-Organisationen mit solchen Modellen deutlich andere Kostenstrukturen aufweisen (vgl. [GeKoZH-Bericht](#) vom 16.6.2025).

Änderung der KLV

Eher Ablehnung

Allgemeine Rückmeldung: Derzeit ist noch unklar, wie die neuen nationalen Tarifgrundsätze und -struktur aussehen werden, die ab 1.1.2032 zur Abgeltung der Pflege genutzt werden sollen. Grundsätzlich obliegt es den Tarifpartnern unter Einbezug der Kantone, diese Festlegungen vorzunehmen. Aus Sicht der Städte

und Gemeinden des Kantons Zürich, die derzeit die Restkostenfinanzierung übernehmen, besteht damit das Risiko, dass ihre Anliegen und Erfahrungen nicht berücksichtigt werden.

Grundsätzlich begrüsst die GeKoZH, dass schweizweit einheitliche Instrumente verwendet werden, welche den Bedarf passend zur Tarifstruktur ausweisen, so dass das Ergebnis der Bedarfsermittlung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Rechnungskontrolle verwendet werden kann. Folglich ist damit zu rechnen, dass es an den heute zur Verfügung stehenden Instrumenten für die Anwendung unter EFAS Anpassungen brauchen wird. Allfällige Änderungen dürfen jedoch keinen grossen zusätzlichen Mehraufwand für die Leistungserbringer respektive das Pflegepersonal bringen und zudem sind die Anpassungen mit angemessenen Fristen zu implementieren.

Unterscheidung bei stationärer Pflegeleistungen A, B und C Pflegeleistungen in Pflegeheimen (Art. 8 Abs. 3) lehnen wir dezidiert ab. Heute wird mit pauschalisierten Systemen gearbeitet (RAI NH, LTCF), d.h. pflegerischen Handlungen werden keiner Zeit gegenübergestellt. Die Erfassung A, B und C ist mit hohem administrativem Aufwand für die Pflegenden verbunden. Der Vorteil der zusätzlichen Unterscheidung ist nicht klar bzw. überwiegt die Nachteile nicht. Es ist auch unklar, wer den Mehraufwand finanzieren würde – im Kanton Zürich würden die Kosten vermutlich bei den Städten und Gemeinden hängenbleiben – zumindest so lange sie für die Restkostenfinanzierung zuständig sind.

Art. 8b Abs. 1	Zustimmung	Hier werden zwei Instrumente erlaubt. Dies halten wir für notwendig, da in der ambulanten Pflege Einzelleistungen (Art. 7a und b KLV) abgerechnet werden und die Abrechnung der Heime auf Pauschalen (KLV 7c) basieren.
Art. 8b Abs. 3	Ablehnung / Anpassung «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. b. <u>Es liefert die erforderlichen Informationen, um die in der Tarifstruktur festgelegten Anforderungen zu erfüllen.</u> c. 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. <u>Es bildet spezialisierte Pflegeleistungen, Pflegeleistungen für Personen mit komplexen Erkrankungen sowie</u>	Heute ergibt die Bedarfserhebung im Pflegeheim die Pflegestufe nach Art. 7a Abs. 3 KLV und damit die Höhe der Finanzierung. Auch wenn die Tarifstrukturorganisation entscheiden sollte, dass künftig die effektiv erbrachten Leistungen für die Finanzierung massgebend sein sollten, muss eine Bedarfserhebung gemacht werden. 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. Die GeKoZH lehnt eine Aufteilung der stationären Langzeitpflege in A, B und C-Leistungen ab, weil sie einer Einzelleistungsverrechnung gleichkommt. Dies ist unnötig und ohne Nutzen: Bei Ambulanten Leistungen besteht auf die Leistung eine Vorschrift, welche Fachlichkeit benötigt wird. Bei der stationären Langzeitpflege wird die vorzuhaltende Fachlichkeit von den Kantonen über einen möglichen Mindeststellenplan und Anwesenheiten von diplomierten Fachpersonen definiert. Eine weitere Voraussetzung muss sein, dass das Instrument die spezialisierte Pflege (z.B. Wundpflege), die Pflege von Personen mit komplexen

	<u>Pflegeleistungen in verschiedenen Versorgungssettings, insbesondere in der Palliative Care, der gerontopsychiatrischen Pflege, der Demenzpflege, der psychiatrischen Pflege und der Pflege von Kindern, adäquat ab.</u> <u>e. Es berücksichtigt die Pflegediagnosen.»</u> (GDK-Vorschlag wird unterstützt).	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.
Art. 8b Abs. 3	Anpassung Ergänzung Art 8b, zusätzlicher Absatz: «Die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen nach Artikel 47a bestimmt die Instrumente gemäss Absatz 1 und weitere Einzelheiten.» (GDK-Forderung wird unterstützt.)	Die GeKoZH unterstützt die Stellungnahme der GDK. 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.

Übergangsbestimmungen	Ablehnung / Anpassung «<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.» (GDK-Formulierung wird unterstützt, allerdings mit Vorbehalten).	Die Frist erscheint angesichts der zahlreichen ungeklärten Fragen unrealistisch. Es ist zentral, dass den Pflegeinstitutionen ausreichend Zeit für die notwendigen Anpassungen eingeräumt wird und ggf. die Frist verlängert wird. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir die Forderung der GDK, dass die Tarifstrukturorganisation in die Pflicht genommen wird und eine Frist vorgegeben wird, bis wann die Tarifstrukturorganisation die Instrumente festzulegen hat. Auch eine subsidiäre Festlegung durch den Bundesrat sollte festgelegt werden. Die Zeitpanne zwischen Bereitstehen der Instrumente und zwingender spätesten Einführung ist knapp bemessen und ist auf allfällige Rückmeldungen der Leistungserbringer abzustimmen.
------------------------------	---	---



STELLUNGNAHME

Detaillierte Rückmeldungen verschiedener Städte betreffend VKL

02.07.2026

Stadt Biel:

Concernant la révision de l'OCP, le Conseil municipal constate qu'aujourd'hui les données qui doivent être fournies par les différents groupes de prestataires sont variées et regroupées de façon diverse selon les besoins et les instruments à disposition. Là encore, il est important de veiller à ne demander aux prestataires que les données nécessaires à l'approbation et à la fixation des tarifs. L'enjeu à terme serait également de n'avoir plus qu'un seul et unique instrument pour les EMS et les prestataires de soins à domicile.

Stadt St.Gallen:

Wir begrüßen die bundesrechtliche Verpflichtung für die Leistungserfassung und die Erstellung von Kostenrechnungen durch die Leistungserbringer nach einheitlicher Methode, welche ab 2028 auch für die Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause gilt, ausserordentlich. Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots aus Art. 56 KVG wird damit auch für die Pflegeleistungen referenziert und überprüfbar gemacht, so dass Transparenz entsteht, ein Benchmarking und die datengestützte Tarifierung möglich werden.

Aufgrund der kleinteiligen und föderalen Strukturen, der grossen Anzahl von Milizorganisationen unter den gemeinnützigen Betrieben sowie der beinahe exponentiell wachsenden Anzahl neuer privater Leistungserbringer als Folge des BGE von 2019 betreffend die Anstellung pflegender Angehöriger durch Organisationen der ambulanten Pflege ist der Mangel an belastbaren Kosten- und Leistungsdaten als drängendes Problem ins Bewusstsein von Gemeinden und Kantonen getreten. Die zeitnahe Einführung der Pflicht zur Kostenrechnung ab 2028 für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, damit per 2032 auch für die ambulante Pflege gestützt auf zuverlässige Daten tarifiert werden kann, stellt einen Meilenstein in der Ausgestaltung der Rechenschaftspflicht von Subventionsempfängern in der Grundversorgung dar. Das Zugeständnis an die freischaffenden Pflegefachpersonen, dass sie ihre diesbezügliche Rechenschaftspflicht in vereinfachter Form auf Excel-Basis nachkommen können, erscheint uns bezüglich des administrativen Aufwandes als sachgerecht (Art. 59f Art. 1bis KVV).

Was das Finanzmanual des Spitex-Verbandes betrifft¹, hat die Untersuchung der Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich (GeKo) vom Herbst 2025² deutlich gemacht, dass noch deutlich mehr Verbindlichkeit sowie inhaltliche Schärfungen erforderlich sind. Das Finanzmanual von 2021 trägt den besonderen Herausforderungen durch den Boom der auf die Angehörigenpflege spezialisierten Organisationen nicht Rechnung. So fehlen für die Ermittlung gerechtfertigter Normkosten beispielsweise eine Gewinnobergrenze und Limiten bei der Entlohnung des Managements und der Ausschüttung von Dividenden. Auch bei der Wahl und der Bezugsbasis von Umlageschlüsseln gibt es Handlungsbedarf, um die

¹ Vgl. Erläuternder Bericht, S. 19

² Gesundheitskonferenz Kanton Zürich (GeKoZH): Nicht beauftragte Spitex-Organisationen: Analyse von Kostendaten. Handlungsbedarf aus Sicht der Zürcher Gemeinden, 26. November 2025

Vergleichbarkeit und Angemessenheit zu erhöhen. Die Erwirtschaftung unstatthafter Gewinne in der staatlich regulierten und subventionierten Grundversorgung sollte qua Regelwerk nicht in die Tarifierung einfließen, sie führt zu Verzerrungen und läuft dem Gebot von Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit zuwider.

Die Branchenlösungen sind per 2028 von den zuständigen Verbänden bzw. von der neuen Tariforganisation zwingend zu aktualisieren, um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden. Stand heute ist das Spitex-Finanzmanual noch nicht in der Lage, die vom KVG geforderte Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sicherzustellen. Es braucht im Hinblick auf 2028 auch intensive Anstrengungen der Verbände, damit ihre Leistungserbringer in der Lage sind, diese Instrumente qualifiziert einzusetzen und den neuen Pflichten auch tatsächlich nachkommen. Die Definition und Kommunikation von Sanktionen bei Nichteinhaltung dürfte ebenfalls nötig sein, um von Anfang an eine möglichst hohe Compliance zu erreichen.

Stadt Zürich und Stadt Winterthur (in Übereinstimmung mit Stellungnahme der GeKoZH):

Allgemeine Rückmeldungen

- Die **Einführung von EFAS speziell im Bereich der Pflege ist für die Zürcher Gemeinden und Städte ein einschneidendes Reformprojekt**. Die Zürcher Gemeinden und Städte sind aktuell sowohl für Planung und Sicherstellung als auch für die Restkostenfinanzierung der Pflegeversorgung zuständig.
- Auch wenn mit der Einführung von EFAS im Bereich der Pflege 2032 die Pflegefinanzierung im Kanton Zürich grundsätzlich reformiert werden muss und die Finanzflüsse zwischen Kanton und Städten/Gemeinden noch unklar sind, werden die Städte und Gemeinden für die lokale Planung und Sicherstellung der Pflegeversorgung wichtige Aufgaben behalten. Dies bedingt, dass **sie auch künftig wirksame Steuerungsmöglichkeiten im Bereich Pflege haben müssen. Dazu benötigen sie unter anderem steuerungsrelevante (Rechnungs-)Daten**.
- Die vorgeschlagenen Änderungen im Bereich Kostenermittlung und Leistungserfassung sowie bei den Instrumenten der Pflegebedarfsermittlung betreffen die Zürcher Städte und Gemeinden unmittelbar, da sie zur Sicherstellung der Pflegeversorgung entweder Pflegeheime und Spitex-Organisationen besitzen oder bedeutsame Leistungsvereinbarungen mit entsprechenden Pflegeinstitutionen abgeschlossen haben. Eine **Zunahme des administrativen Aufwands im Pflegebereich für die Bedarfsermittlung, Kosten- und Leistungserfassung wird sich direkt auf die Personalsituation und die (Rest-)Kosten auswirken, d.h. ab Zeitpunkt des Inkrafttretens der vorliegenden Revision. Deshalb lehnen wir die Unterscheidung zwischen A-, B- und C-Pflegeleistungen bei der stationären Pflege dezidiert ab**.
- Vor diesem Hintergrund erstaunt es, dass im erläuternden Bericht ausgeführt wird, dass die vorgeschlagene Revision der KVV, VKL und KLV keine spezifischen Auswirkungen auf die Gemeinden hat (erläuternder Bericht, S. 50).
- Wir sind mit der Herausforderung konfrontiert, dass die Vollzugsvorbereitung zwischen den zentralen Akteuren – den Kantonen und Tarifpartnern – im vollen Gang ist und für die Zürcher Städte und Gemeinden folglich noch vieles unklar ist. So sind etwa im Bereich der Pflege viele Grundsätze

noch offen. Die vorliegende Revisionsvorlage birgt das Risiko, dass wichtige Weichen gestellt und 'zementiert' werden, bevor die notwendigen Abklärungen und Abstimmungen bezüglich Strukturen und Mechanismen zu EFAS Pflege festgelegt wurden. Es stellt sich die Frage, ob der aktuelle Zeitpunkt nicht verfrüht ist. **Die weiteren Vorbereitungsarbeiten/-entscheide und ggf. weiterer Regulierungsbedarf/-anpassungsbedarf gilt es im weiteren Verlauf Rechnung zu tragen** (erneute Verordnungsanpassungen).

- Die Zürcher Städte und Gemeinden haben ein grosses Interesse an einer zweckmässigen, effizienten und möglichst reibungslosen Einführung und Umsetzung von EFAS. Dazu sind verbindliche Vorgaben zentral. Erfahrungen mit der Restkostenfinanzierung zeigen, dass **weitergehende Anforderungen und Präzisierungen bezüglich Kostenrechnungen (anrechenbare Kosten) nötig sind und eine hohe Verbindlichkeit der Vorgaben wichtig ist**. Branchenlösungen, wie das Finanzmanual von Spitex-Schweiz, sollten durch das EDI als verbindlich erklärt werden und wo nötig, weiterführende Präzisierungen erlassen werden. Die Erfahrungen des Kantons Zürich zeigen, dass nicht beauftragten Spitex-Organisationen verbindliche kantonale Vorgaben in den letzten Jahren systemweit nicht eingehalten haben und entsprechende Daten zu den Pflegekosten eine sehr geringe Qualität aufweisen. **Vor diesem Hintergrund fordert die GeKoZH, dass das EDI respektive die zuständige kantonale Behörde Stichprobenkontrollen durchführt und wenn nötig Sanktionen ergreift** (vgl. [GeKoZH-Bericht](#) vom 26.11.2025).
- Die folgenden Anliegen betreffen die Ausgestaltung der Tarifstrukturen für Pflegeleistungen und werden folglich von der Tarifstrukturorganisation festgelegt werden. Wo sinnvoll sollten diese Anliegen als Mindestanforderungen jedoch auch Eingang in die entsprechenden Verordnungen finden:
 - Die **Pflegeleistungen müssen adäquat erfasst und kostendeckend finanziert werden**. Das heutige System mit zwölf Pflegestufen im stationären Bereich der Langzeitpflege stösst im **Bereich der spezialisierten Pflege** an seine Grenzen (z.B. Menschen mit Tracheostoma / invasiver Beatmung). Die benötigte Pflege kann in vielen spezialisierten bzw. komplexen Situationen, mit den zwölf Pflegestufen nicht adäquat abgebildet werden. Dies gilt auch für sehr **niederschwellige Angebote und Tages-/Nachtstrukturen**. Es ist deshalb sicherzustellen, dass die Tarifstruktur ausreichend differenziert ausgestaltet wird und bei spezialisierten, hochkomplexen Versorgungsformen durch zusätzliche Tarifstufen, Zuschläge oder alternative Bemessungsmodelle ergänzt werden kann.
 - Weiter ist sicherzustellen, dass **pflegebedingte Betreuungsleistungen in der Tarifgestaltung angemessen berücksichtigt werden**. Speziell in komplexen Versorgungssituationen – etwa bei Demenz, gerontopsychiatrischen Erkrankungen oder palliativen Verläufen – lassen sich Pflege und Betreuung in der Praxis oft nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Die Tarifstruktur ist deshalb so auszugestalten, dass auch pflegeinduzierte Präsenz-, Überwachungs-, Anleitungs- und Interventionsleistungen sachgerecht abgebildet und vergütet werden. Andernfalls droht eine **systematische Verlagerung pflegebedingter Kosten in den Betreuungsbereich und damit eine unzulässige finanzielle Mehrbelastung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Städte und Gemeinden**. Bei der stationären Langzeitpflege hat derzeit die Verteilung der Kosten des Pflegepersonals auf die Kostenträger Pflege und Betreuung den grössten Einfluss auf die Pflegekosten. Dieser Verteilschlüssel erfordert eine genauere Auseinandersetzung.
 - Zudem müssen die **Kosten der Aufnahmespflicht/ Vorhalteleistungen angemessen berücksichtigt werden**. Es ist sicherzustellen, dass die Tarifsystematik den unterschiedlichen Versorgungsauftrag der Leistungserbringer angemessen abbildet. Die Situation von Institutionen mit und

ohne Aufnahmepflicht bzw. Versorgungsauftrag ist zu unterscheiden. Beauftragte Institutionen übernehmen im öffentlichen Interesse zentrale Aufgaben der Versorgungssicherheit und tragen dadurch höhere strukturelle Aufwände, etwa durch die Aufnahme komplexer Fälle, die Vorhaltung von Kapazitäten oder die Sicherstellung einer verlässlichen Grundversorgung. Eine tarifliche Gleichbehandlung mit nicht-beauftragten Institutionen würde diese Mehrbelastungen ungenügend berücksichtigen und Fehlanreize verstärken.

- Die Tarifsystematik sollte zudem die **spezifischen Gegebenheiten im ambulanten Pflegebereich Rechnung tragen**: So übernehmen derzeit nicht-beauftragte Spitex-Organisationen häufig (nur) Fälle mit längerer Einsatzdauer, die betriebswirtschaftlich lohnender sind. Beauftragte Spitex-Organisationen tragen dagegen überproportional Kurzezeiteinsätze mit hohem Weg-, Koordinations- und Administrationsaufwand. Die **Wegkosten und die unterschiedlichen Einsatzdauern sowie die Komplexität der Fälle** sind bei der Tarifgestaltung angemessen zu berücksichtigen.
- Modelle der **Anstellung von pflegenden Angehörigen durch Spitex-Organisationen sollten ebenfalls differenziert berücksichtigt werden**, da Spitex-Organisationen mit solchen Modellen deutlich andere Kostenstrukturen aufweisen (vgl. [GeKoZH-Bericht](#) vom 16.6.2025).

Änderung der VKL

Eher Ablehnung

Allgemeine Rückmeldung:

- **Aufgaben der Leistungserbringer (Art. 2)**: Die unterschiedlichen Leistungsbereiche und Angebote der Pflege müssen adäquat erfasst werden, d.h. auch die Angebote der spezialisierten Pflege, der Tages- und Nachtstrukturen, die niederschweligen Angebote sowie die Vorhalteleistungen/Aufnahmepflicht. Die Formulierungen sind teilweise unklar bzw. noch nicht angemessen auf den Pflegebereich übertragen.
- **Anforderungen an Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen (Art. 8)**: Die GeKoZH begrüsst, dass Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen neu durch die VKL verpflichtet werden, eine Kostenrechnung zu erstellen. Die Erfahrungen im Kanton Zürich zeigen, dass eine hohe Verbindlichkeit der Vorgaben zentral ist, die Branchenlösung (Finanzmanual Spitex Schweiz) jedoch noch zu wenig präzise ist (z.B. bezüglich anrechenbarer Werbekosten, Geschäftsleitungslöhne, usw.) und die Einhaltung der Vorgaben kontrolliert werden müssen und bei Nicht-Einhaltung Sanktionen nötig sind (siehe GeKoZH-Bericht vom 26.11.2025). Vor diesem Hintergrund fordert die Ge-KoZH eine Präzisierung der Vorgaben. Zudem soll das EDI bzw. die zuständige kantonale Behörde Stichprobenkontrollen durchführen und wenn notwendig Sanktionen ergreifen.
- **Die Änderungen bei den Anforderungen der Kostenrechnung** beurteilen wir kritisch, siehe Details unten. (Art. 8 Abs. 2a).
- **Anlagebuchhaltung / kalkulatorische Verzinsung von Anlagen (Art. 11)**: Grundsätzlich wird begrüsst, dass die Pflegeinstitutionen die Anlagekosten einheitlich erfassen müssen. Allerdings sind die Anlagekosten in diesem Bereich weniger bedeutsam als im Akutbereich. Die Vorgaben für die Anlagebuchhaltung sollten entsprechend angepasst werden, so dass den Pflegeinstitutionen kein administrativer Mehraufwand entsteht. Zudem muss sichergestellt werden, dass die kantonalen Bestimmungen mit den nationalen Bestimmungen harmonisiert werden. Es muss sichergestellt werden, dass Investitionen in

Pflegeeinrichtungen nicht durch Bestimmungen zur Anlagebuchhaltung verhindert bzw. weniger 'attraktiv' werden. Die Berechnung des Zinssatzes ist methodisch kritisch zu beurteilen. Zudem muss der Zinssatz regelmässig neu bewertet werden. • Leistungsstatistik der Pflegeheime (Art. 12): Anpassungen von Art. 12 bezüglich der Unterscheidung in A, B und C-Pflegeleistungen, die in Pflegeheimen erbracht werden, wird dezidiert abgelehnt. Siehe auch GeKoZH-Stellungnahme zur Revision KLV.		
Art. 1 Abs. 1	Zustimmung mit Anpassung «Diese Verordnung regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und die einheitliche Erfassung der Leistungen im Spitalbereich und der Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim, <u>auch als Tages- oder Nachtstruktur</u>, erbracht werden.» (GDK-Formulierung wird unterstützt)	Es soll klar festgehalten werden, dass die VKL auch für Tages- und Nachtstrukturen gültig ist.
Art. 2 Abs. 1	Ablehnung / Anpassung Die Begrifflichkeiten in Absatz 1a korrespondieren nicht mit den nachfolgenden Buchstaben – der Pflegebereich fehlt. Es ist wichtig, dass die Pflegeleistungen und deren Kosten nach den verschiedenen Leistungsbereichen – Pflege in Pflegeheimen, Pflege durch Spitex-Organisationen und selbständig erwerbende Pflegefachpersonen und Langzeitbehandlungen im Spital – unterschieden werden kann. Abs. 1e streichen.	Die Begrifflichkeiten sind verwirrend bzw. die Formulierungen erfassen den Pflegebereich noch nicht angemessen und sollten entsprechend angepasst werden. Es muss zwischen ambulanten Pflegeleistungen und Pflegeleistungen in Pflegeheimen unterschieden werden können. Zu 1e: Es wird hier von Stufen ausgegangen. Allerdings stösst das heutige System der 12 Stufen an beiden Enden an seine Grenzen. Es wird den spezialisierten Angeboten wie der somatischen Komplexpflege nicht gerecht, da Pflegestufe 12 die Vollkosten nicht angemessen abbildet bzw. abdeckt. Bei sehr niederschweligen Angeboten werden derzeit Abklärung und Beratung nicht übernommen, ebenso wenig wie die von den Kantonen definierten Vorhalteleistungen (Nachtwachen, Pflegenotruf, Pflegedossierführung). Zudem ist eine Ausweisung einer Pflegebedarfsstufe nur sinnvoll, wenn weiterhin Pauschalen zur Anwendung kommen. Diese Festlegungen sind derzeit noch offen. Deshalb ist Buchstabe e zu streichen.
Art. 3	Zustimmung mit Anpassung Ergänzung (neuer Artikel) «<u>Pflegeheime: Pflegeheime sind alle Betriebe, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG gelistet sind.</u>» (Formulierung GDK wird unterstützt)	

Art. 7	Zustimmung	Grundsätzlich begrüsst die GeKoZH, dass die Kostenrechnungen, Finanz- und Anlagebuchhaltungen gewisse einheitliche Mindestanforderungen genügen müssen. Es ist zu berücksichtigen, dass diverse Leistungserbringer der Pflege aber auch Spitäler Teil von öffentlichen Verwaltungen sind. Es ist sicherzustellen, dass die entsprechenden Anforderungen mit anderen ggf. kantonalen Bestimmungen respektive HRM2 harmonisiert werden und die Leistungserbringer nur <i>eine</i> Investitionsberechnung durchführen müssen. Zudem ist darauf zu achten, dass Investitionen in Pflegeheime nicht durch Bestimmungen zur Anlagebuchhaltung verhindert bzw. durch falsche Anreize geschmälert werden.
Art. 8 Abs. 1	Zustimmung mit Anpassung Zusätzlicher Absatz zur Kontrolle der Kostenrechnungen und falls nötig Sanktionen bei Nichteinhaltung der Kostenrechnungspflicht respektive der dazugehörigen Vorgaben.	Die GeKoZH begrüsst eine flächendeckende Pflicht zur Erstellung einer Kostenrechnung auch für Spitex-Organisationen und selbständig tätige Pflegefachpersonen. Es ist an geeigneter Stelle zu präzisieren, welche Behörde die Einhaltung der Mindestanforderungen prüft. Zudem sollten Sanktionen bei Nicht-Einhaltung vorgesehen werden. Stichprobenprüfungen im Kanton Zürich weisen auf grosse Mängel hin und unterstreichen die Bedeutung von Kontrollen und wenn nötig Sanktionen (siehe <u>GeKoZH-Bericht</u> vom 26.11.2025). Für selbständige Pflegefachpersonen sind die Anforderungen an die Kostenrechnung separat und praktikabel zu definieren.
Art. 8 Abs. 2a	Ablehnung / Anpassung: «Sie müssen die Kosten und die Leistungen sachgerecht erfassen und ausweisen und insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger umfassen.»	Die Formulierungen zum Leistungsort und Leistungsbezug sind unklar und sollten klarer definiert werden.

Art. 8 Abs. 4	Ablehnung / Anpassung GeKoZH beantragt, dass das EDI/BAG die Branchenlösungen als verbindlich erklärt und die Vorschriften zum anrechenbaren/wirtschaftlichen Aufwand erlässt. (in Anlehnung an die GDK-Stellungnahme)	Die GeKoZH erachtet eine hohe Verbindlichkeit und Präzisierung der Anforderungen an die Kostenrechnungen als zentral. (siehe <u>GeKoZH-Bericht</u> vom 26.11.2025). Die Branchenlösungen sollten national verbindlich erklärt werden und es braucht präzisere Vorschriften dazu, welche betrieblichen Aufwände für die Leistungserbringung von Pflegeleistungen auch als wirtschaftlich und anrechenbar gelten (bspw. Geschäftsleitungslöhne, Marketingausgaben; Konkretisierung von Art. 46 Abs. 4 KVG i.V.m. Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b KVV). Solche Vorgaben sind zwingend, da ansonsten rechtliche Verfahren drohen betr. Anrechenbarkeit von Kosten für die neuen Pflegetarife. Auch muss definiert werden, welche Anlagen als betriebsnotwendig gemäss Artikel 11 Absatz 3 gelten. Es ist sicherzustellen, dass auch hier, ähnlich wie bei den Versicherungen, der administrative Aufwand im Rahmen bleibt. Zusätzlich muss der Bund sicherstellen, dass auf der technischen Seite der Datenschutz eingehalten wird. Dies ist in der heutigen Lösung für die stationäre Pflege (Somed) nicht gegeben.
Art. 9	Zustimmung mit Anpassung 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. (Formulierung der GDK wird unterstützt)	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)
Art. 11 Abs. 1	Ablehnung	Die GeKoZH begrüsst, dass national einheitliche Mindestanforderungen zur Anlagebuchhaltung festgelegt werden. Allerdings ist bei der Umsetzung dafür zu sorgen, dass Leistungserbringer nicht aufgrund unterschiedlicher nationaler und kantonaler Bestimmungen zwei separate Anlagebuchhaltungen führen müssen. So ergibt sich z.B. im Kanton Zürich ein Konflikt zu kantonalen Vorgaben. Zudem ist zu prüfen, ob die Bestimmungen für die unterschiedlichen Leistungserbringer, die diesen Mindestanforderungen neu unterstellt werden (Pflegeheime, Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen),

		angemessen und zweckmässig sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Investitionen im Pflegebereich (Pflegeheime) nicht verhindert werden.
Art. 11 Abs. 2	Ablehnung	Siehe Ausführungen zu Art. 11 Absatz 1.
Art. 11 Abs. 3	Ablehnung Der Bezug zum Leistungsauftrag passt für Spitex Organisationen nicht und es muss eine andere Definition für «betriebsnotwendige Anlagen» gefunden werden. (GDK-Formulierung wird unterstützt.)	Siehe Ausführungen zu Art. 11 Absatz 1.
Art. 11 Abs. 4	Ablehnung	Maximum macht keinen Sinn, da wenn diese tiefer sind als beschrieben, wird automatisch ein Jahr höher zu liegen kommen. Die Beschreibung erzeugt das Problem, dass unklar wird, wie mit Einmalabschreibungen umzugehen ist, wenn z.B. die Nutzungsdauer verkürzt wird. Wird in diesem Detailgrad vorgeschrieben, wie die Abschreibungen zu berechnen sind, müssen auch übliche Eventualitäten abgedeckt werden. Inhaltlich macht dies wenig sinn, da alle grösseren Leistungserbringer Rechnungslegungen unterworfen sind, die genau solche Details klar Regeln. Es wird hier ein HRM2, Swiss Gap, IFRS etc. vorweggenommen.
Art. 11 Abs. 5	Ablehnung.	Zinssatz von 2.9 wird abgelehnt und die Berechnungsmethode kritisch eingeschätzt (siehe Stellungnahme H+). Es ist auch weiterhin eine periodische Überprüfung angezeigt.
Art. 12 Abs. 5	Ablehnung / Anpassung «Die Leistungsstatistik der Pflegeheime muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Aufenthaltstage, <u>und</u> Pflegegehalte pro Pflegebedarfsstufe und Pflegezeit unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination umfassen.	Die Erfassung der effektiv erbrachten Pflegeleistungen und Unterscheidung von Leistungsarten durch die Pflegeheime ist mit hohem administrativen Zusatzaufwand verbunden. Dies würde die Pflegeleistungen verteuern und die zusätzlichen Kosten müssten zumindest im Kanton Zürich bis Einführung EFAS alleinig von den Gemeinden (Restfinanzierern) übernommen werden. Angesichts des immer grösser werdenden Personalmangels in der Langzeitpflege können wir es uns nicht leisten, das Pflegepersonal mit grösseren zusätzlichen administrativen Aufgaben zu belasten.
Art. 12 Abs. 6	Zustimmung mit Anpassung «Die Leistungsstatistik der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und der Pflegefachpersonen muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung,	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).

	Pflegebedarf und Pflegezeit unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination <u>und die Tarifiziffern umfassen.</u> » (GDK-Formulierung wird unterstützt).	Alternativ soll das BAG ausgehend von Absatz 7 direkt per 1. Januar 2028 weitere Präzisierungen erlassen.
Art. 13	Zustimmung mit Anpassung Zusätzlicher Absatz oder explizite Formulierung, dass Zulassungs-/ Aufsichtsbehörden Stichprobenkontrollen durchführen und bei Nichteinhaltung Sanktionen ergreifen. Die Stichprobenkontrollen und allfällige Beanstandungen und Sanktionen sind bis zum 31. Dezember des Folgejahrs vorzunehmen. (siehe auch Ausführungen zur Artikel 8 Abs. 1).	Stichprobenkontrollen im Kanton Zürich zeigen, dass die meisten geprüften nicht beauftragten Spitex-Organisationen die kantonalen Vorgaben zur Kostenrechnung nicht einhalten (siehe <u>GeKoZH-Bericht</u> vom 26.11.2025). Die kantonalen Zulassungs-/Aufsichtsbehörden müssen die Einhaltung der Vorgaben prüfen und falls notwendig Sanktionen aussprechen. Die Prüfung und allfällige Beanstandungen haben innerhalb des Folgejahrs bis zum 31. Dezember zu erfolgen.