



An die politischen Gemeinden
des Kantons Zürich sowie die
betroffenen Verbände gemäss
Verteiler

29. August 2024

Normdefizite 2025 und Rechnungslegung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns bei den Leistungserbringern für ihre Datenlieferungen im Rahmen der Statistikerhebungen für das Jahr 2023. Dies ermöglicht uns, Sie über die Entwicklung der Normkosten für Pflegeleistungen und die sich daraus ergebenden Normdefizite für das Jahr 2025 zu informieren (vgl. Beilagen 1 bis 2). Sie finden diese Angaben nachfolgend in den Beilagen 1 bis 3.

Während den Pandemie-Jahren 2020 und 2021 stiegen die Kosten bei den Pflegeheimen und der Spitex. Im letzten Jahr ergab sich dann eine Kehrtwende hin zu einer Kosten-Reduktion. Im Betrachtungsjahr 2023 für die Normdefizitberechnung 2025 ergab sich nun sowohl bei den Pflegeheimen als auch bei den Spitex-Organisationen mehrheitlich wieder eine Kosten-Steigerung gegenüber dem Vorjahr.

Zu den Normkosten wurde letztes Jahr erstmalig ein struktureller Zuschlag zum Ausgleich der aktuellen Teuerung dazugerechnet. Diese Praxis ermöglichte es, eine drohende Unterfinanzierung im Pflegebereich im aktuell angespannten Teuerungsumfeld anzugehen. In den Normkosten 2023 schlagen sich die Effekte des Teuerungsumfelds nieder (vor allem gestiegene Personalkosten).

Für das aktuelle Jahr 2024 gehen wir von einer ähnlich hohen Teuerung aus. Wir erachten deshalb einen erneuten Teuerungszuschlag für die Normdefizite 2025 als angemessen. Die Mehrkosten im Zuge von geforderten Lohnerhöhungen beim Pflegepersonal sind aus Versorgungsoptik zu berücksichtigen. Aus diesem Grund soll im Langzeitbereich gemäss der Berechnungsformel der Preisüberwachung ein struktureller Zuschlag von 1.78% auf die Normkosten 2023 angerechnet werden. Im Rahmen einer Vernehmlassung hat das Amt für Gesundheit den Gemeindevertretern und Verbänden der Leistungserbringer den Teuerungszuschlag unterbreitet. Die Rückmeldungen haben gezeigt, dass die Vorstellungen der Parteien weit auseinanderliegen. Zwecks Berechnung des Teuerungszuschlags haben wir uns an der Methodik des Preisüberwachers orientiert. Diese Praxis wendet der Kanton auch bei der Festlegung von Spitaltarifen an. Für das Jahr 2025 halten wir an einem Teuerungszuschlag von 1.78% fest.

Insgesamt ergibt sich folgende Kostenentwicklung:

Pflegeheime:

Die Normkosten 2023 pro Leistungsminute betragen Fr. 1.6262 (inkl. struktureller Zuschlag). Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme um 1.4%.





Spitex-Organisationen:

Auch bei den Spitex-Organisationen ist mehrheitlich eine Zunahme bei den Normkosten 2023 gegenüber dem Vorjahr feststellbar:

- *beauftragte Spitex-Organisationen (inkl. struktureller Zuschlag):*

- a) Abklärung & Beratung +2.3%,
- b) Untersuchung & Behandlung +0.4%,
- c) Grundpflege +5.1%

- *nicht beauftragte Spitex-Organisationen (inkl. struktureller Zuschlag):*

- a) Abklärung & Beratung +1.0%,
- b) Untersuchung & Behandlung +1.8%,
- c) Grundpflege +1.8%

Selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen:

2023 wurden in Absprache mit dem SBK und dem Verband der Gemeindepräsidien des Kantons Zürich (GPV) die Normkosten für 2024 bis 2026 auf dem Stand 2020 bis 2023 weitergeführt. Diese gelten daher weiterhin unverändert.

Nachfolgend informieren wir Sie über weitere Themenbereiche und bitten Sie um spezielle Beachtung:

a) Unabhängigkeit der Altersberatungen/Informationsstellen in den Gemeinden

Gemäss § 7 Pflegegesetz und § 3 Abs. 3 Verordnung über die Pflegeversorgung bezeichnen die Gemeinden eine Stelle, die Auskunft über das Angebot der Leistungserbringer erteilt. Aufgrund einer Umfrage Ende 2018 bei den Gemeinden im Kanton Zürich ergab sich, dass rund die Hälfte aller Gemeinden diese Aufgabe Dritten übertragen hat, grossmehrheitlich an Spitex-Organisationen, Pflegeheime oder Fachstellen der Pro Senectute.

Damit eine Wettbewerbsverhinderung vermieden werden kann, weisen wir die Gemeinden darauf hin, dass sowohl ihre eigenen wie auch die beauftragten Informationsstellen den Pflegebedürftigen auch die Angebote von privaten Anbietern bekanntgeben müssen. Wir bitten die Gemeinden, ihre Informationsstellen entsprechend zu informieren.

b) Vorschriften über die Rechnungslegung ambulante Leistungserbringer (Spitex) für 2024 und 2025

Wie aus Beilage 4, Pt. 2. zu entnehmen ist, gelten für alle im Kanton Zürich nach § 17 Abs. 3 lit. a bis c Pflegegesetz tätigen ambulanten Leistungserbringer bezüglich Rechnungslegung die Richtlinien gemäss Finanzmanual von Spitex Schweiz. Das Finanzmanual wurde durch Spitex Schweiz grundlegend überarbeitet. Die Anwendung der überarbeiteten Version des Finanzmanuals (vor allem zur Erstellung der Kostenrechnung) wurde ab 1. Januar 2021 als verbindlich erklärt. Wir bitten zu beachten, dass die Verbindlichkeit für alle Spitex-Organisationen mit einer Betriebsbewilligung der Gesundheitsdirektion gilt, insbesondere auch für private (nicht beauftragte) Spitex-Organisationen.



Freundliche Grüsse

Peter Indra

Geht an (Versand per E-Mail):

- Politische Gemeinden des Kantons Zürich
- Verband der Gemeindepräsidenten Kanton Zürich
- Gesundheitskonferenz Kanton Zürich
- Artiset Kanton Zürich
- senesuisse
- Spitex Verband Kanton Zürich
- Association Spitex privée Suisse ASPS
- Schweiz. Berufsverband der Pflegefachfrauen/ -männer SBK, Sektion ZH, GL, SH
- Verband Zürcher Krankenhäuser
- Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA
- Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz
- Dachverband der schweizerischen Patientenstellen DSVP
- Listenspitäler mit Standort Kanton Zürich sowie ausserkantonale Rehabilitationskliniken gemäss Zürcher Spitalliste Rehabilitation
- Sozialamt des Kantons Zürich
- Gemeindeamt des Kantons Zürich
- Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
- Bezirksräte des Kantons Zürich

Beilagen (nachfolgend):

- Beilage 1: Normdefizite 2025 für Alters- und Pflegeheime
- Beilage 2: Normdefizite 2025 für ambulante Pflegeleistungen nach KVG
- Beilage 3: Normdefizite 2025 für ambulante Pflegeleistungen nach IV/UV/MV
- Beilage 4: Vorschriften über die Rechnungslegung für 2024 und 2025
- Beilage 5: Information zu den Tarifen der Akut- und Übergangspflege
- Beilage 6: Glossar Pflegefinanzierung



Beilage 1: Normdefizite 2025 für Alters- und Pflegeheime

Pflegestufe (Art. 7a KLV)	Normkosten pro Pflgetag (Fr.) *	Beiträge Versiche- rer pro Pflgetag (Fr.)	Beitrag Leis- tungsbezüger pro Pflgetag (Fr.) **	Normdefizite pro Pflgetag (gerundet) (Fr.) **
Stufe 01 (a)	17.08	9.60	7.48	0.00
Stufe 02 (b)	49.60	19.20	23.00	7.40
Stufe 03 (c)	82.12	28.80	23.00	30.30
Stufe 04 (d)	114.65	38.40	23.00	53.25
Stufe 05 (e)	147.17	48.00	23.00	76.15
Stufe 06 (f)	179.70	57.60	23.00	99.10
Stufe 07 (g)	212.22	67.20	23.00	122.00
Stufe 08 (h)	244.74	76.80	23.00	144.95
Stufe 09 (i)	277.27	86.40	23.00	167.85
Stufe 10 (j)	309.79	96.00	23.00	190.80
Stufe 11 (k)	342.32	105.60	23.00	213.70
Stufe 12 (l)	374.84	115.20	23.00	236.65

* Die Normkosten pro Pflgetag basieren auf den Normkosten von Fr. 1.6262 pro Leistungsminute; die Zunahme gegenüber dem Vorjahr beträgt 1.4 %.

** Zu beachten ist, dass in Stufe 01 (a) der Beitrag Leistungsbezüger pro Pflgetag aufgrund der tieferen Normkosten ebenfalls reduziert wird. Die Normdefizite sind auf die nächsten 5 Rp. auf- oder abgerundet.

Beilage 2: Normdefizite 2025 für ambulante Pflegeleistungen nach KVG

a) Normdefizite 2025 für beauftragte Spitex-Organisationen

Leistungsart (Art. 7a KLV)	Normkosten pro Pflege- stunde (Fr.)	Beiträge Versicherer (Fr.)	Normdefizite pro Std. * (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	158.73	76.90	81.85
b) Untersu- chung und Be- handlung	154.84	63.00	91.85
c) Grundpflege	142.77	52.60	90.15

b) Normdefizite 2025 für nicht beauftragte Spitex-Organisationen

Leistungsart (Art. 7a KLV)	Normkosten pro Pflege- stunde (Fr.)	Beiträge Versicherer (Fr.)	Normdefizite pro Std. * (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	119.11	76.90	42.20
b) Untersu- chung und Be- handlung	97.20	63.00	34.20
c) Grundpflege	82.91	52.60	30.30

* Die Normkosten und Normdefizite sind vor Abzug der Patientenbeiträge (ab 1.1.2020 max. Fr. 7.65 pro Tag) berechnet. Die Normdefizite sind auf die nächsten 5 Rp. auf- oder abgerundet. Bei der Rechnungsstellung an die Gemeinden sind zur Berechnung der zu zahlenden Restkosten die effektiv in Rechnung gestellten Patientenbeiträge in Abzug zu bringen.



c) Normdefizite 2025 für selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen*

Leistungsart (Art. 7a KLV)	Normkosten pro Pflege- stunde (Fr.)	Beiträge Versicherer (Fr.)	Normdefizite pro Std. ** (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	131.01	76.90	54.10
b) Untersu- chung und Behandlung	118.76	63.00	55.75
c) Grund- pflege	93.65	52.60	41.05

* Die Normkosten für die Jahre 2024, 2025 und 2026 werden bei den selbstständig erwerbenden Pflegefachpersonen nach Absprache mit dem SBK und dem Verband der Gemeindepräsidien des Kantons Zürich (GPV) auf dem Stand 2023 fixiert. Im Jahr 2026 wird aufgrund der Spitex-Statistiken 2025 überprüft, ob für 2027 Anpassungen an den Normkosten (und Normdefiziten) notwendig werden.

** Die Normkosten und Normdefizite sind vor Abzug der Patientenbeiträge (ab 1.1.2020 max. Fr. 7.65 pro Tag) berechnet. Bei der Rechnungsstellung an die Gemeinden sind zur Berechnung der zu zahlenden Restkosten die effektiv in Rechnung gestellten Patientenbeiträge in Abzug zu bringen.

Beilage 3: Normdefizite 2025 für ambulante Pflegeleistungen nach IV/UV/MV

a) IV-Tarife – Normdefizite 2025 für Spitex-Organisationen

Beauftragte Leistungserbringer	Normkosten pro Pflege-Std. ³⁾	Beiträge Vers. (IV) ⁴⁾	Normdefizit pro Pflege-stunde ¹⁾ (Anteil Gemeinde)
Abklärung & Beratung	158.73	114.96	43.75
Untersuch. & Behandlung	154.84	114.96	39.90
Grundpflege ²⁾	142.77	0.00	-

Nicht beauftragte Leistungserbringer	Normkosten pro Pflege-Std. ³⁾	Beiträge Vers. (IV) ⁴⁾	Normdefizit pro Pflege-stunde ¹⁾ (Anteil Gemeinde)
Abklärung & Beratung	119.11	114.96	4.15
Untersuch. & Behandlung	97.20	114.96	-
Grundpflege ²⁾	82.91	0.00	-

- 1) Es ist zu beachten, dass bei IV und UV keine Patientenbeteiligung in Rechnung gestellt werden darf. Die Normdefizite sind auf die nächsten 5 Rp. auf- oder abgerundet.
- 2) Die IV (und z.T. auch die UV) finanziert die Grundpflege nicht separat.
- 3) Gemäss Vertrag vom 1.7.2018 zwischen den Spitex-Verbänden und den Versicherern können die MiGeL-Leistungen mit den Versicherern separat abgerechnet werden.
- 4) Die Spitexverbände (Spitex Schweiz und ASPS) haben den Tarifvertrag mit der Medizinaltarif Kommission UVG (MTK), gültig in den Bereichen UV, MV und IV, auf den 31. Dezember 2023 gekündigt. Wie vertraglich vereinbart, werden neue Verhandlungen aufgenommen. Sofern es Anpassungen an den Beiträgen im Verlaufe des Jahres gibt, würde das Kreisschreiben entsprechend aktualisiert werden. Bis dahin gelten die bestehenden Tarife.



b) UV/MV Tarife – Normdefizite 2025 für Spitex

Beauftragte Leistungserbringer	Normkosten pro Pflege-Std. ³⁾	Beiträge Vers. (UV) ⁴⁾	Normdefizit pro Pflege-stunde ¹⁾ (Anteil Gemeinde)
Abklärung & Beratung	158.73	114.96	43.75
Untersuch. & Behandlung	154.84	99.96	54.90
Grundpflege ²⁾	142.77	90.00	52.75

Nicht beauftragte Leistungserbringer	Normkosten pro Pflege-Std. ³⁾	Beiträge Vers. (UV) ⁴⁾	Normdefizit pro Pflege-stunde ¹⁾ (Anteil Gemeinde)
Abklärung & Beratung	119.11	114.96	4.15
Untersuch. & Behandlung	97.20	99.96	-
Grundpflege ²⁾	82.91	90.00	-

- 1) Es ist zu beachten, dass bei IV und UV keine Patientenbeteiligung in Rechnung gestellt werden darf. Die Normdefizite sind auf die nächsten 5 Rp. auf- oder abgerundet.
- 2) Die IV und z.T. auch die UV finanziert die Grundpflege nicht separat.
- 3) Gemäss Vertrag vom 1.7.2018 zwischen den Spitex-Verbänden und den Versicherern können die Mi-GeL-Leistungen mit den Versicherern separat abgerechnet werden.
- 4) Die Spitexverbände (Spitex Schweiz und ASPS) haben den Tarifvertrag mit der Medizinaltarif Kommission UVG (MTK), gültig in den Bereichen UV, MV und IV, auf den 31. Dezember 2023 gekündigt. Wie vertraglich vereinbart, werden neue Verhandlungen aufgenommen. Sofern es Anpassungen an den Beiträgen im Verlaufe des Jahres gibt, würde das Kreisschreiben entsprechend aktualisiert werden. Bis dahin gelten die bestehenden Tarife.

c) IV-/ UV-Tarife – selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen

Für die selbstständig erwerbenden Pflegefachpersonen gilt nach wie vor der Tarifvertrag zwischen Bundesamt für Sozialversicherungen/Medizinaltarif-Kommission (BSV/MTK) und dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) vom 25. Oktober 1999 und dieser ist von den oben aufgeführten Regelungen nicht betroffen. In diesen Fällen können keine Restkosten mit den Gemeinden abgerechnet werden.



Beilage 4: Vorschriften über die Rechnungslegung für 2024 und 2025

1. Pflegeheime

Für alle im Kanton Zürich zu Lasten des KVG abrechnenden Betriebe gelten bezüglich Rechnungslegung nebst den Art. 9 und 11 VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002) auch die VKL-Vorgaben für Spitäler und Geburtshäuser, insbesondere Art. 10 Abs. 3 bis 5 (Führung einer Lohnbuchhaltung, einer Kosten- und Leistungsrechnung sowie einer Anlagebuchhaltung) und der ganze Art. 10a (Anforderungen an die Anlagebuchhaltung). Gemäss VKL müssen alle stationären Leistungserbringer eine Leistungserfassung führen. Die Kostensätze für die Kostenrechnungen dürfen nicht auf Grund der Normkosten berechnet werden.

Im Weiteren verweisen wir auf die jeweils aktuell gültigen Kostenrechnungsvorgaben von CURAVIVA Schweiz im "Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime". Diese Vorgaben werden für die Pflegeheime als verbindlich erklärt, soweit sie nicht von den Regelungen durch die VKL gemäss den obigen Ausführungen abweichen.

2. Ambulante Leistungserbringer

Für alle im Kanton Zürich nach § 17 Abs. 3 lit. a bis c Pflegegesetz tätigen ambulanten Leistungserbringer gelten bezüglich Rechnungslegung die Richtlinien gemäss Finanzmanual von Spitex Schweiz. Das Finanzmanual wurde durch Spitex Schweiz grundlegend überarbeitet. Die Anwendung der überarbeiteten Version des Finanzmanuals wird ab 1.1.2021 als verbindlich erklärt.

Alle ambulanten Leistungserbringer sind zudem verpflichtet, nebst den verrechneten Leistungsstunden auch die tatsächlich geleisteten Stunden zu erfassen und die Kostensätze (z.B. zur Berechnung der Umlageschlüssel) für die Kostenrechnungen nach den tatsächlich geleisteten Stunden zu berechnen. Die einzelnen Kostensätze dürfen nicht auf Grund der Erlöse oder der Normkosten in die Kostenrechnungen übernommen werden.



Beilage 5: Information zu den Tarifen der Akut- und Übergangspflege

Die Tarife für Akut- und Übergangspflege sind keine Rest- oder Normkosten im Sinne der Pflegefinanzierung und sind deshalb nicht bei den jährlichen Festlegungen zu den Normdefiziten enthalten. Die zwischen den Versicherern und den Verbänden vereinbarten Tarife für die Akut- und Übergangspflege publiziert die Gesundheitsdirektion jeweils auf ihrer Homepage unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html>
→ Titel: "Akut- und Übergangspflege".

Beilage 6: Glossar Pflegefinanzierung

Akut- und Übergangspflege AÜP

Gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP), welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, im Spital ärztlich angeordnet. Diese Leistungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen. Die aktuell geltenden Pauschalen sind auf der Homepage der GD unter <https://www.zh.ch/de/gesund-heit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html> hinterlegt. Ebenfalls unter diesem Link finden sich die Regierungsratsbeschlüsse, die den Anteil der öffentlichen Hand an den zu finanzierenden Pauschalen festlegt [aktuell 55%]. Den Versicherten dürfen für die Akut- und Übergangspflege keine Patientenbeteiligungen in Rechnung gestellt werden. Für die Akut- und Übergangspflege gelten ebenso die Leistungen gemäss Art. 7 KLV.

Altersberatungen/Informationsstellen in den Gemeinden

Im Rahmen der Information durch die Gemeinde bezeichnet gemäss § 7 Pflegegesetz die Gemeinde eine Stelle, die Auskunft über das Angebot der Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 erteilt. Auch in § 3 Abs. 3 Pflegeverordnung wird festgehalten, dass die kommunale Informationsstelle Auskunft über das generelle und das aktuell verfügbare Angebot der Gemeinde erteilt.

Aufgrund einer Umfrage Ende 2018 bei den Gemeinden im Kanton Zürich ergab sich, dass rund die Hälfte aller Gemeinden diese Aufgabe Dritten übertragen hat, grossmehrheitlich an Spitex-Organisationen, Pflegeheime oder Fachstellen der Pro Senectute.

Damit eine (ungesetzliche) Wettbewerbsverhinderung vermieden werden kann, sollen sowohl die gemeindeeigenen wie auch die beauftragten Informationsstellen den Pflegebedürftigen auch die Angebote von privaten (nicht beauftragten) Anbietern bekanntmachen.

Ausbildungsverpflichtung

Mit Regierungsratsbeschluss Nr. 1196 vom 4. Dezember 2018 wurde gestützt auf § 22 des kantonalen Gesundheitsgesetzes (LS 810.1) die Verordnung über die Ausbildungspflicht in der Langzeitpflege erlassen, die am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist (ALV, LS 855.12).

Die Verordnung regelt im Detail die Umsetzung der Ausbildungs verpflichtung der Langzeitpflegeinstitution (Heime und Spitex-Institutionen).

Gemäss § 5 Abs. 5 ALV haben die Institutionen der Gesundheitsdirektion jährlich ihre im Vorjahr erbrachten Ausbildungsleistungen zusammen mit den für die Bundestatistik erforderlichen Daten mitzuteilen (vgl. Erläuterung im Regierungsratsbeschluss NR. 1196 vom 4. Dezember 2018: Die Institutionen teilen der Gesundheitsdirektion gleichzeitig mit den für die Bundestatistik (Spitex-Statistik bzw. SOMED) erforderlichen Daten in der entsprechenden Vorlage jährlich die im Vorjahr erbrachten Ausbildungsleistungen pro Qualifikationsstufe mit. Für die abschliessende Plausibilisierung der eingegebenen Daten ist gestützt auf § 10 Abs. 1 ALV durch die von den Branchenverbänden der Langzeitpflege bezeichnete Durchführungsstelle zuständig (IG ABV).



Beauftragte Spitex-Organisationen

Gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz sorgen die Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen. Die gemeindeeigenen und beauftragten Pflegeheime und Spitex-Organisationen unterliegen der Pflegeverordnung zum Pflegegesetz (LS 855.11). Das heisst, dass diese Institutionen eine Versorgungspflicht gegenüber der Wohnbevölkerung der Gemeinde haben und ihr Leistungsangebot gemäss §§ 4 bis 7 Pflegeverordnung (Standardangebot) gestalten müssen. Gemäss § 9 Abs. 4 Pflegegesetz sind die (gesamten) restlichen Kosten bei diesen Leistungserbringern (gemäss § 5 Abs. 1) von der Gemeinde zu tragen. Nur diese Institutionen mit einer Leistungsvereinbarung zur Versorgungspflicht sind berechtigt, die Normdefizite für beauftragte Leistungserbringer mit Gemeinden abzurechnen, mit denen keine Leistungsvereinbarung abgeschlossen wurde.

Bedarfserhebungs-Instrumente Alters- und Pflegeheime

Die Alters- und Pflegeheime mit einer Betriebsbewilligung des Kantons Zürich und mit Aufnahme auf der Zürcher Pflegeheimliste sind zur Abrechnung ihrer Pflegeleistungen mit den Versicherern zugelassen. Dafür sind diese Institutionen verpflichtet, ein Bedarfserhebungsinstrument zur Festlegung des Pflegebedarfs pro pflegebedürftige Person zu führen. Die Einstufung der Pflegebedürftigen erfolgt in 12 Pflegebedarfsstufen. Im Kanton Zürich sind dafür die Systeme BESA und RAI/RUG zugelassen.

Berufsausübungsbewilligung

Wer im Kanton Zürich als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann fachlich eigenverantwortlich tätig sein will, kann sich unter dem nachfolgenden Link über die wichtigsten Regelungen informieren und die nötigen Bewilligungen beantragen

<https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe.html>.

Eine Bewilligung wird einerseits benötigt für die Ausübung einer Pflegeleitung in einer Spitex-Organisation oder in einem Pflegeheim und andererseits für eine selbstständige Erwerbstätigkeit. Voraussetzung für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung ist das Vorhandensein eines entsprechenden Pflege-Diploms (Bachelor of Science in Pflege FH/UH oder ein Diplom als Pflegefachfrau HF/Pflegefachmann HF oder einen vom Schweizerischen Roten Kreuz als gleichwertig anerkannten ausländischen Abschluss).

Betriebsbewilligung

a) stationäre Pflegeinstitution:

Das Betreiben einer stationären Pflegeinstitution mit mehr als fünf Pflegebetten ist bewilligungspflichtig. Als Pflegeinstitutionen gelten Alters- und Pflegeheime, Pflegeheime und Pflegewohnungen. Informationen zur Beantragung einer Betriebsbewilligung finden Sie unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegeversorgung.html#17978458>.

Eine Betriebsbewilligung ist die Voraussetzung zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste des Kantons Zürich. Die Aufnahme auf die Pflegeheimliste berechtigt die stationären Pflegeinstitutionen zur Abrechnung ihrer Leistungen mit der OKP (Krankenversicherer) gemäss Art. 7a KLV.

b) ambulante Pflegeinstitution:

Das Betreiben einer Spitex-Institution resp. das Erbringen von pflegerischen Leistungen im spitalexternen, ambulanten Bereich im Namen von Spitex-Institutionen ist bewilligungspflichtig. Informationen zur Beantragung einer Betriebsbewilligung Spitex-Organisationen finden Sie unter

<https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegeversorgung.html#17978458>.

Bettenbelegung

Die Bettenbelegung ist der Prozentsatz der verfügbaren Betten, der an einem bestimmten Termin oder in einem Zeitraum belegt war. Wenn ein Pflegeheim über 100 Betten verfügt und 65 davon belegt sind, liegt die Belegung im entsprechenden Zeitraum bei 65%.

Finanzmanual für Spitex-Organisationen

Für alle im Kanton Zürich tätigen ambulanten Leistungserbringer gelten bezüglich Rechnungslegung die Richtlinien gemäss Finanzmanual von Spitex Schweiz. Das Finanzmanual wurde durch Spitex Schweiz grundlegend überarbeitet. Die Anwendung der überarbeiteten Version des Finanzmanuals (vor allem zur Erstellung der Kostenrechnung) wurde ab 1. Januar 2021 als verbindlich erklärt. Die Verbindlichkeit gilt für alle Spitex-Organisationen mit einer Betriebsbewilligung der Gesundheitsdirektion, insbesondere auch für private (nicht beauftragte) Spitex-Organisationen.

Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime

Für die Alters- und Pflegeheime bestehen die Kostenrechnungsvorgaben von CURAVIVA Schweiz im "Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime". Die jeweils aktuellen Vorgaben werden für die Pflegeheime als verbindlich erklärt, soweit sie nicht von den Regelungen durch die VKL abweichen.

IV/UV/MV

Für Einrichtungen im Sinne des Gesetzes über die Invalideneinrichtungen für erwachsene Personen vom 1. Oktober 2007 (IEG), die gleichzeitig auf der Pflegeheimliste geführt werden, finden ausschliesslich die Vorschriften des IFEG Anwendung. Der Anspruch der versicherten Person auf Vergütung von Pflichtleistungen durch die Sozialversicherer bleibt davon unberührt. Bei Einrichtungen im Sinne des IEG, die gleichzeitig auf der Pflegeheimliste geführt werden und somit auch Beiträge der Krankenversicherer erhalten, kommen die Vorschriften des IEG zur Anwendung und die Gemeinden müssen somit keine Restfinanzierung nach den Bestimmungen des Pflegegesetzes übernehmen. Auf der Alters- und Pflegeheimliste Kanton Zürich (<https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegeversorgung.html#410188076>) sind die "Invalideneinrichtungen mit Pflegebetten" mit diesem Vermerk gekennzeichnet.

Die IV zahlt die höheren Tarife bei Kinderspitex. Pflgetarife, die die Krankenkassen zahlen, bleiben wie bisher (ohne Patientenbeteiligungen bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre). Die Normdefizite im Falle von IV-Tarifen vermindern sich entsprechend. Es ist zu beachten, dass bei IV und UV keine Patientenbeteiligung in Rechnung gestellt werden darf. Da keine Patientenbeteiligungen verrechnet werden dürfen (insbesondere bei Kindern), erhöhen sich entsprechend die Restkosten, die den Gemeinden in Rechnung gestellt werden.



Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die IV (und z.T. auch die UV) die Grundpflege nicht separat finanziert. Im Fall von Grundpflege finanzieren die Krankenversicherer subsidiär diese Kosten.

Gemäss Vertrag vom 1.7.2018 zwischen den Spitex-Verbänden und den Versicherern können die MiGeL-Leistungen mit den Versicherern separat abgerechnet werden.

Kapazitätsmangel

Kann eine pflegebedürftige Person nicht durch Leistungserbringer versorgt werden, vermittelt die Gemeinde gemäss § 6 Pflegegesetz innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer. Im Rahmen von solchen Ersatzangeboten übernimmt die Gemeinde gemäss § 14 neben den ordentlichen Beiträgen für Pflegeleistungen auch die Mehrkosten. Beauftragte Spitex-Organisationen können im Auftrag der Gemeinde bei Kapazitätsengpässen einen Auftrag an eine nicht beauftragte Spitex-Organisation weitergeben (Delegationsverhältnis). Dabei kann die nicht beauftragte Spitex den Auftrag im Prinzip ablehnen. Andernfalls kann sie die (Zahlungs-) Bedingungen grundsätzlich mit der beauftragten Spitex resp. indirekt mit der Gemeinde aushandeln (= Verhandlungssache).

Kostendeckungsprinzip

Gemäss § 12 Abs. 1 Pflegegesetz gehen die Kosten für andere Leistungen des Pflegeheims wie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung zulasten der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers. Die Gemeinden können diese Kosten ganz oder teilweise übernehmen. Sodann wird in Abs. 2 geregelt, dass Pflegeheime, die gemäss § 5 Abs. 1 von einer oder mehreren Gemeinden betrieben werden oder beauftragt sind, bei Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Gemeinden für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung höchstens kostendeckende Taxen verrechnen. Sie weisen die Einhaltung dieser Vorgabe in der Jahresrechnung aus. Somit ist dieser Nachweis nur durch gemeindeeigene oder von Gemeinden beauftragte Pflegeheime zu erbringen.

Kostengutsprache bei ausserkantonalen Spitex-Leistungen

Im interkantonalen Verhältnis – wie bei Wohnsitz in einem Kanton und einem Leistungsbezug ausserhalb des Wohnsitzkantons – gilt seit 1. Januar 2019 nach Art. 25a Abs. 5 KVG bezüglich Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen Folgendes:

Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. (...).

Das bedeutet bei ausserkantonalen Spitex-Behandlungen, dass die öffentliche Hand des Herkunftskantons die Restfinanzierung gemäss den kantonalen Regeln am Standort der ausserkantonalen Spitex-Organisation übernehmen muss; eine vorgängige Einholung einer Kostengutsprache ist gemäss KVG nicht vorgesehen und deshalb auch nicht zulässig. Dies betrifft die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen für den Fall, dass eine pflegebedürftige Person ausserhalb ihres Wohnkantons ambulante Pflegeleistungen beansprucht. Diese Regelung gilt nicht für ambulante Leistungserbringer, die ihre Leistungen ausserhalb ihres Standortkantons erbringen.



Leistungsvereinbarungen / Leistungs- oder Versorgungspflicht

Gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz sorgen die Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen.

Eine Leistungsvereinbarung mit einem obengenannten Leistungserbringer zur Sicherstellung der Pflegeversorgung in einer Gemeinde stellt eine Leistungs- resp. Versorgungspflicht dar. Diese Leistungs- oder Versorgungspflicht beinhaltet die Leistungserbringung gemäss den Vorgaben in der Pflegeverordnung (LS 855.11) zum Pflegegesetz. Sie beinhaltet nebst einem minimalen Standardangebot die Pflicht zur Aufnahme aller pflegebedürftigen Personen dieser Gemeinde (Aufnahmepflicht). Somit müssen diese Leistungserbringer dauerhaft Vorhalteleistungen bereitstellen, die sich in erhöhten Betriebskosten niederschlagen. Dies zeigt sich auch in den merklich höheren Normkosten gegenüber denjenigen für nicht beauftragte Spitex-Organisationen.

Gemäss § 9 Abs. 4 Pflegegesetz sind die nicht durch Versicherer und die pflegebedürftige Person gedeckten Kosten bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 von der Gemeinde zu tragen. In den Leistungsvereinbarungen können zwischen Gemeinde und Leistungserbringer jedoch spezielle Finanzierungsbedingungen vereinbart werden. Leistungserbringer mit einer Leistungspflicht für eine Gemeinde sind berechtigt, bei Einwohnerinnen oder Einwohnern einer Gemeinde, mit der keine Leistungsvereinbarung besteht, die Normdefizite für beauftragte Spitex-Organisationen in Rechnung zu stellen respektive die effektiven Restkosten, falls diese unter dem Normdefizit liegen.

Nicht beauftragte Spitex-Organisationen

Gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz sorgen die Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen.

Spitex-Organisationen oder selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen ohne eine Leistungsvereinbarung (ohne Versorgungspflicht) mit einer Gemeinde unterliegen nicht der Pflegeverordnung zum Pflegegesetz (LS 855.11). Das heisst, dass für diese Leistungserbringer auch keine Aufnahmepflicht für pflegebedürftige Personen besteht. Sie können sich ihre Klientinnen oder Klienten aussuchen. Diese Institutionen ohne eine Leistungsvereinbarung zur Versorgungspflicht können nur maximal die Normdefizite für nicht beauftragte Leistungserbringer mit den Gemeinden abrechnen.

Gemeinden können mit ambulanten Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen für spezielle Leistungen abschliessen, wie zum Beispiel für die Bedarfsabklärung von Leistungen für die psychiatrische Pflege. Für diese Leistungserbringung wird eine spezielle Finanzierungsregelung vereinbart. Diese speziellen Leistungen beinhalten nicht eine Versorgungspflicht im Sinne der Pflegeverordnung. Folglich können sich diese Leistungserbringer gegenüber anderen Gemeinden nicht auf solche Leistungsvereinbarungen berufen. Sie können weiterhin nur die Normdefizite für nicht beauftragte Spitex-Organisationen abrechnen.



Normkosten / Normdefizit

a) Pflegeheime:

Wie unter "Leistungsvereinbarungen / Leistungs- oder Versorgungspflicht" beschrieben, sind gemäss § 9 Abs. 4 Pflegegesetz die nicht durch Versicherer und die pflegebedürftige Person gedeckten Kosten [= *vollständige Restkosten*] bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 von der Gemeinde zu tragen.

Wählt jedoch eine Person ein nicht von der Gemeinde betriebenes oder beauftragtes Pflegeheim, das auf einer kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt ist, leistet die Gemeinde gemäss § 15 Abs. 1 Pflegegesetz nur einen pro Tag und Pflegebedarfsstufe pauschalieren Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen. Achtung: Dieser Beitrag soll nur die ungedeckten Kosten (Restkosten) decken, weshalb es sich hier um einen Maximalbetrag handelt. Das heisst, dass im Prinzip nur maximal jene Kosten durch die Gemeinde zu finanzieren sind, die zur Deckung dieser Restkosten benötigt werden.

Gemäss § 16 Pflegegesetz wird das Normdefizit für Pflegeleistungen eines Pflegeheimes pro Pflgetag und Pflegebedarfsstufe festgelegt. Das Normdefizit entspricht dabei dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung [= *Normkosten*], abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezügerinnen und -bezüger im Bereich der Pflegeleistungen gemäss § 9 Abs. 1 und 2. Als wirtschaftliche Leistungserbringung gilt der Aufwand [= *Normkosten*] des teuersten jener Pflegeheime, die zusammen 50% aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen.

Als Dienstleistung an die Gemeinden sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html#-858289621> die Kosten der einzelnen Betriebe aus der letzten Datenerhebung aufgeschaltet. Diese Liste gilt als Orientierungshilfe und widerspiegelt die Kosten des Datenjahres (z.B. 2023) und ist nicht geeignet für die Prüfung der Rechnungen der Leistungserbringer im aktuellen Jahr (z.B. 2024 oder 2025); dafür sind die aktuellen Kosten bzw. die Plankostenrechnung des aktuellen Jahres (z.B. 2024 oder 2025) massgebend. Die Leistungserbringer stehen jedoch in der Nachweispflicht, dass sich ihre Kosten über oder unter den geltenden Normkosten bewegen.

b) ambulante Leistungserbringer (Spitex):

Wie unter "Leistungsvereinbarungen / Leistungs- oder Versorgungspflicht" beschrieben, sind gemäss § 9 Abs. 4 Pflegegesetz die nicht durch Versicherer und die pflegebedürftige Person gedeckten Kosten [= *vollständige Restkosten*] bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 von der Gemeinde zu tragen.

Wählt eine Person einen nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten ambulanten Leistungserbringer, leistet die Gemeinde gemäss § 15 Abs. 2 Pflegegesetz einen pro Pflegestunde pauschalieren Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen. Achtung: Dieser Beitrag soll nur die ungedeckten Kosten (Restkosten) decken, weshalb es sich hier um einen Maximalbetrag handelt. Das heisst, dass im Prinzip nur maximal jene Kosten durch die Gemeinde zu finanzieren sind, die zur Deckung dieser Restkosten benötigt werden.

Institutionen ohne eine Leistungsvereinbarung zur Versorgungspflicht mit einer Gemeinde können nur maximal die Normdefizite für nicht beauftragte Leistungserbringer mit den Gemeinden abrechnen. Als Dienstleistung an die Gemeinden sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html#-858289621> die Kosten der einzelnen Betriebe aus der letzten Datenerhebung



aufgeschaltet. Diese Liste gilt als Orientierungshilfe und widerspiegelt die Kosten des Datenjahres (z.B. 2023) und ist nicht geeignet für die Prüfung der Rechnungen der Leistungserbringer im aktuellen Jahr (z.B. 2024 oder 2025); dafür sind die aktuellen Kosten bzw. die Plankostenrechnung des aktuellen Jahres (z.B. 2024 oder 2025) massgebend. Die Leistungserbringer stehen jedoch in der Nachweispflicht, dass sich ihre Kosten über oder unter den geltenden Normkosten bewegen.

Gemäss § 17 Pflegegesetz wird das Normdefizit für Pflegeleistungen eines ambulanten Leistungserbringers pro Leistungsstunde und Leistungsbereich festgelegt. Die Gesundheitsdirektion legt den anrechenbaren Aufwand für ambulante Leistungserbringer differenziert nach den Leistungsbereichen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) separat fest für:

- a. Spitex-Institutionen gemäss § 5 Abs. 1,
- b. andere nach Krankenversicherungsgesetz zugelassene Spitex-Institutionen,
- c. selbstständig tätige Pflegefachpersonen.

Das Normdefizit entspricht dabei dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung [= *Normkosten*], abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezügerinnen und -bezüger im Bereich der Pflegeleistungen gemäss § 9 Abs. 1 und 2. Als wirtschaftliche Leistungserbringung gilt der Aufwand [= *Normkosten*] des teuersten jener Leistungserbringer (Spitex), die zusammen 50% aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen. Die Normdefizite werden dabei einzeln pro Leistungserbringergruppe und Leistungsart a) - c) berechnet.

Die Restfinanzierung ist an die erbrachten KLV Leistungen a – c geknüpft und wird nur dann übernommen, sofern die erbrachten KLV Leistungen von der Krankenversicherung als solche anerkannt und abgegolten werden. Demnach sind die Spitex -Organisationen verpflichtet nach Leistungskürzungen durch die Krankenversicherer auch bei der Gemeinde eine korrigierte Rechnung für die Restkostenfinanzierung einzureichen.

Patientenbeteiligung

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Das Pflegegesetz regelt in § 9 Abs. 2, dass die verbleibenden Kosten bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen im gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG7 höchstzulässigen Umfang [seit 1.1.2020 CHF 23.00] und bei Pflegeleistungen ambulanter Leistungserbringer zur Hälfte des höchstzulässigen Umfangs [seit 1.1.2020 CHF 7.65] den Leistungsbezügerinnen und -bezügern überbunden werden. Für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird keine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben. Bei diesen Personen muss die Patientenbeteiligung anlässlich der Restkostenabrechnung mit den Gemeinden nicht in Abzug gebracht werden. Ebenso ist dies der Fall, wenn mehrere Leistungserbringer an einem Tag Leistungen erbringen und nur einer die CHF 7.65 an die Klientinnen oder Klienten in Rechnung stellt; die anderen Leistungserbringer müssen demzufolge in einem solchen Fall kein Abzug für Patientenbeteiligung bei der Restkostenabrechnung mit den Gemeinden vornehmen. Dies erfordert jedoch eine gewisse Koordination unter den Leistungserbringern und der Gemeinde.



Pflegefinanzierung

Pflegefinanzierung allgemein CH (ausserkantonale Finanzierung):

Die gesetzlichen Grundlagen für die Pflegefinanzierung in der Schweiz sind in Art. 25a KVG festgelegt. Die Regelungen bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden, leistet [Abs. 1]. Im Weiteren dürfen gemäss Abs. 5 der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.

In Abs. 2 wird festgehalten, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP), welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet werden. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen. Für den Kanton Zürich finden sich diese Pauschalen auf der Homepage der Gesundheitsdirektion unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html>. Ebenfalls unter diesem Link finden sich die Regierungsratsbeschlüsse, die den Anteil der öffentlichen Hand an den zu finanzierenden Pauschalen festlegt [aktuell 55%]. Den Versicherten dürfen für die Akut- und Übergangspflege keine Patientenbeteiligungen in Rechnung gestellt werden. Für die Akut- und Übergangspflege gelten ebenso die Leistungen gemäss Art. 7 KLV.

Pflegefinanzierung Kanton Zürich:

Das Pflegegesetz des Kantons Zürich regelt und präzisiert die Pflegefinanzierung im Kanton. Die hauptsächlichen Regelungen finden sich § 9. So wird in Abs. 2 festgelegt, dass die verbleibenden Kosten bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen im gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG höchstzulässigen Umfang [ab 1.1.2020 CHF 23.00] und bei Pflegeleistungen ambulanter Leistungserbringer zur Hälfte des höchstzulässigen Umfangs [ab 1.1.2020 CHF 7.65] den Leistungsbezügerinnen und -bezügern überbunden werden. Für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird keine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben. Das heisst, dass die öffentliche Hand (Gemeinden) diese Kostenbeteiligungen übernehmen muss (weitere Erläuterungen siehe "Patientenbeteiligung"). In Abs. 4 wird geregelt, dass die restlichen Kosten bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 (gemeindeeigene oder beauftragte Leistungserbringer) von der Gemeinde zu tragen sind. Die Gemeinden können mit den beauftragten Leistungserbringern in ihren Leistungsvereinbarungen spezielle Abgeltungsmodalitäten festlegen.

Im innerkantonalen Verhältnis wird in Abs. 5 geregelt, dass bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen die Gemeindebeiträge von der Gemeinde zu leisten sind, in der die pflegebedürftige Person vor dem Eintritt in das Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Gemäss § 12 gehen die Kosten für andere Leistungen des Pflegeheims wie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung zulasten der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers. Bei Kapazitätsmangel im Angebot der Gemeinde übernimmt die Gemeinde gemäss § 14 neben den ordentlichen Beiträgen auch die Mehrkosten (wie z.B. höhere Unterbringungs- und Betreuungskosten). Für die Finanzierung der ambulanten Leistungserbringer durch die Gemeinden gelten die analogen Regelungen wie für die Pflegeheime gemäss § 9 Abs. 5.

Bei der Wahl eines nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Pflegeheims, das auf einer kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt ist, oder eines ambulanten Leistungserbringers, leistet die Gemeinde gemäss § 15 Abs. 1 und 2 einen pro Tag und Pflegebedarfsstufe resp. einen pro Pflegestunde pauschalierten Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen (maximal Normdefizit).

Pflegegesetz Kanton Zürich

Das Pflegegesetz wurde per 1.1.2011 im Kanton Zürich in Kraft gesetzt. Eine erste Änderung hat es aufgrund der Inkraftsetzung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG) per 1.1.2012 erfahren. Mit dem SPFG wurde auch das Finanzierungsmodell 100/0 eingeführt, welches regelt, dass der Kanton zu 100% die Finanzierung der Spitalkosten übernimmt (ohne Beteiligung der Gemeinden). Dagegen übernehmen die Gemeinden zu 100% die Finanzierung der Langzeitpflege (ambulante und stationäre Pflegeversorgung). Das Pflegegesetz regelt im Wesentlichen die Finanzierungsmodalitäten der Pflegekosten durch die Gemeinden. Es legt aber auch fest, dass die Gemeinden verantwortlich sind für die Versorgung ihrer Wohnbevölkerung mit Pflegeleistungen.

Pflegeheimbettenplanung

Im Amt für Gesundheit der Gesundheitsdirektion läuft zurzeit das Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027. Das übergeordnete Projektziel ist die Festsetzung einer neuen [Zürcher Pflegeheimliste](#). Am 01. und am 15. November 2023 fanden die Informationsveranstaltungen zum Projekt «Pflegeheimbettenplanung» für die Gemeinden sowie die Pflegeheime des Kantons Zürich statt. Sie wurden über die Projektorganisation und -planung informiert. Die Gemeinden wurden am 13. Februar 2024 ausserdem separat über ihre zukünftige Rolle innerhalb der sogenannten Versorgungsregionen informiert. Mit Schreiben vom 19. Juli 2024 wurden die Gemeinden und Pflegeheime zudem über Anpassungen am Projektzeitplan informiert. Die nächste offizielle Information zum Stand des Projektes an die Gemeinden und die Pflegeheime erfolgt zusammen mit der Publikation des provisorischen Versorgungsberichts (voraussichtlich im Januar 2025). Die Gemeinden und Pflegeheime werden hierfür zu einer Informationsveranstaltung eingeladen. Die Einladung folgt zu gegebener Zeit. Bei Fragen zum Projekt «Pflegeheimbettenplanung» wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail-Adresse: pflegeheimbettenplanung@gd.zh.ch



Pflegestufen

In Art. 7a Abs. 3 KLV wird festgelegt, dass die Versicherung für Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 Buchstabe c folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 pro Tag übernimmt:

- a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.60 Franken;
- b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 19.20 Franken;
- c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 28.80 Franken;
- d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 38.40 Franken;
- e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 48.00 Franken;
- f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 57.60 Franken;
- g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 67.20 Franken;
- h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 76.80 Franken;
- i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 86.40 Franken;
- j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 96.00 Franken;
- k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 105.60 Franken;
- l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 115.20 Franken.

In Abs. 4 wird geregelt, dass die Versicherung für Tages- oder Nachtstrukturen die Beiträge nach Abs. 3 an die Kosten der Leistungen pro Tag oder Nacht übernimmt.

Im Kanton Zürich wird der zur Bestimmung der Pflegestufe benötigte Pflegebedarf mit den Bedarfserhebungsinstrumenten BESA LK 2020 und RAI/RUG 2016 ermittelt.

Pflegeverordnung Kanton Zürich

In der Pflegeverordnung (PVO) zum Pflegegesetz werden Vorschriften über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung für gemeindeeigene und beauftragte Leistungserbringer erlassen. Sie legt unter anderem das Standardangebot (Minimalleistungen) der ambulanten und stationären Leistungserbringer fest (§§ 4 bis 7 PVO).

Gemäss § 3 umfasst der Versorgungsauftrag der Gemeinden das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeversorgung. Dazu gehören auch Leistungen an Personen mit demenziellen Erkrankungen oder mit onkologischen oder psychiatrischen Diagnosen, die palliative Pflegeversorgung sowie im ambulanten Bereich pädiatrische Leistungen.

In § 9 wird in Bezug auf die Qualitätsvorgaben festgelegt, dass die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer gemäss Art. 77 KVV die Qualitätsverträge an die Ziele des Bundesrates nach Artikel 58 KVG und die Empfehlungen der Eidgenössischen Qualitätskommission nach Artikel 58c Absatz 1 Buchstaben c und h KVG anpassen. Sie müssen die Qualitätsverträge veröffentlichen.

Restkosten

Die Restkosten entsprechen dem anrechenbaren Aufwand für Pflegeleistungen, abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezüglichen. Im Kanton Zürich finanzieren die Gemeinden diese Restkosten vollständig bei gemeindeeigenen oder beauftragten Leistungserbringern (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz). Bei nicht gemeindeeigenen oder nicht beauftragten Leistungserbringern finanzieren die Gemeinden die Restkosten ebenso, jedoch maximal bis zum Normdefizit, welches durch die Gesundheitsdirektion resp. durch das Amt für Gesundheit jährlich festgelegt wird (§§ 16 und 17 i.V.m. § 15 Pflegegesetz).

SOMED- und Spitex-Statistiken

Im Auftrag des Bundesamtes für Statistik (BFS) erheben die Kantone jährlich bei den Alters- und Pflegeheimen die SOMED- (Heime) und Spitex-Statistiken. Das BFS stellt dafür eine Web-Plattform (BFS-Plattform) zur Verfügung, auf der die Betriebe ihre Daten erheben. Für die Berechnung der Normkosten und Normdefizite erhebt der Kanton Zürich zusätzlich Informationen. Dazu wurde mit dem BFS vereinbart, dass der Kanton Zürich seine Daten auf einer separaten Web-Plattform erhebt (GD-Plattform). Diese Information bilden die Basis für die jährliche Berechnung der Normkosten im Kanton Zürich.

Tarifschutz

Gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

Zur Einhaltung des Tarifschutzes wird im § 12 Abs. 2 Pflegegesetz festgelegt, dass Pflegeheime, die gemäss § 5 Abs. 1 von einer oder mehreren Gemeinden betrieben werden oder beauftragt sind, bei Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Gemeinden für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung höchstens kostendeckende Taxen verrechnen. Sie weisen die Einhaltung dieser Vorgabe in der Jahresrechnung aus. Private Pflegeheime ohne einen Leistungserbringer einer Gemeinde sind frei in der Festlegung ihrer Taxen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung.

Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung VKL

Für alle im Kanton Zürich zu Lasten des KVG abrechnenden Alters- und Pflegeheime gelten bezüglich Rechnungslegung nebst den Art. 9 und 11 VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002) auch die VKL-Vorgaben für Spitäler und Geburtshäuser, insbesondere Art. 10 Abs. 3 bis 5 (Führung einer Lohnbuchhaltung, einer Kosten- und Leistungsrechnung sowie einer Anlagebuchhaltung) und der ganze Art. 10a (Anforderungen an die Anlagebuchhaltung). Gemäss VKL müssen alle stationären Leistungserbringer eine Leistungserfassung führen.

Versichererbeiträge

Die Versichererbeiträge für Pflegeleistungen sind in Art. 7a KLV für Alters- und Pflegeheime (Abs. 3) und für ambulante Leistungserbringer (Abs. 1) festgelegt. Diese gesetzliche Festschreibung der Abgeltung durch die Versicherer wird nur bei Bedarf durch den Bundesrat neu festgelegt.



Zivilrechtlicher Wohnsitz

Aufgrund des zivilrechtlichen Wohnsitzes wird bestimmt, welche Gemeinde finanzierungspflichtig ist für die Restkosten der stationären und ambulanten Leistungserbringer. Der zivilrechtliche Wohnsitz einer natürlichen Person bestimmt sich dabei nach den Art. 23 ff. Nach Art. 23 ZGB befindet sich der Wohnsitz einer Person an dem Orte, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält. Es ist dabei unerheblich, ob die Person bei einer Gemeinde offiziell angemeldet ist oder nicht. Im Weiteren wird festgelegt, dass der Aufenthalt zum Zweck der Ausbildung oder die Unterbringung einer Person in einer Erziehungs- oder Pflegeeinrichtung, einem Spital oder einer Strafanstalt für sich allein keinen Wohnsitz begründet.