



Verordnung über die Pflegeversorgung (Totalrevision; Pflegeheimbettenplanung und Vorschriften über Anrechnung von Aufwendungen und Erträgen)

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
Verordnung über die Pflegeversorgung (vom 22. November 2010)	Verordnung über die Pflegeversorgung (PflV) (vom tt.mm.jjjj)	
<i>Die Gesundheitsdirektion, gestützt auf § 5 Abs. 3 des Pflegegesetzes vom 27. September 2010, verfügt:</i>	<i>Die Gesundheitsdirektion, gestützt auf § 5 Abs. 3, § 8 d Abs. 2, § 8 e Abs. 2, § 16 Abs. 3 i.V.m. § 17 Abs. 2 sowie § 22 Abs. 2 des Pflegegesetzes vom 27. September 2010, verfügt:</i>	Neu werden neben dem Standardangebot für gemeindeeigene oder von Gemeinden beauftragte Pflegeheime und Spitex-Institutionen auch Vorgaben im Zusammenhang mit der Pflegeheimbettenplanung und Vorgaben zur Rechnungslegung durch Leistungserbringer der Langzeitpflege in der Verordnung geregelt. Aus diesem Grund muss der Ingress angepasst werden. Die Vorgaben zur Rechnungslegung stützen sich auf § 16 Abs. 3 i.V.m. § 17 Abs. 2 sowie § 22 Abs. 2 des Pflegegesetzes. Die Vorgaben im Zusammenhang mit der Pflegeheimbettenplanung stützen sich auf die § 8 d Abs. 2 und § 8 e Abs. 2 des Pflegegesetzes. Letztere Bestimmungen sind noch nicht in Kraft, sondern befinden sich derzeit in Beratung im Kantonsrat.



Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
<i>Gegenstand und Zweck</i>	<i>Marginalie wird aufgehoben</i>	
§ 1. ¹ Die Verordnung legt das minimale Angebot der Gemeinden an Leistungen der Pflegeversorgung gemäss § 5 Abs. 2 Pflegegesetz fest (Standardangebot). ² Die Leistungen werden so festgelegt und erbracht, dass a. die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung von Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf gefördert, erhalten und unterstützt werden, b. stationäre Aufenthalte möglichst vermieden oder hinausgezögert und Pflegeheimaustritte nach Hause unterstützt werden.	§ 1 wird aufgehoben	Gegenstand und Zweck der Verordnung werden inhaltlich erweitert. So werden Bestimmungen betreffend die Aufnahme auf die Pflegeheimliste, die einheitliche Rechnungslegung und die Anrechnung von Aufwendungen und Erträgen für ambulante Leistungserbringer in die Verordnung aufgenommen. Da sich Gegenstand und Zweck neu jeweils unmittelbar aus den einzelnen Bestimmungen ergeben, kann auf eine Zweckbestimmung verzichtet werden. Die im bisherigen Absatz 2 festgehaltenen versorgungspolitischen Grundsätze sind in Strategieberichten und allenfalls auf Gesetzesstufe, nicht aber auf Verordnungsstufe festzuhalten. Diese Grundsätze ergeben sich sinngemäss bereits heute aus dem Pflegegesetz (bspw. tiefere Patientenbeteiligung bei ambulanter Pflege, vgl. § 9 Abs. 2 Pflegegesetz) und sind in diversen Altersstrategien der Gemeinden verankert.
<i>Geltungsbereich</i>	<i>Marginalie wird aufgehoben</i>	

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
§ 2. ¹ Die Verordnung gilt für die Gemeinden und für die von ihnen betriebenen oder beauftragten Leistungserbringer im Kanton. ² Bei ausserkantonalen Leistungserbringern ist die Gemeinde verpflichtet, die Vorgaben gemäss dieser Verordnung vertraglich einzufordern.	§ 2 wird aufgehoben	Da die Verordnung neu verschiedene Regelungsbereiche mit unterschiedlichen Adressaten umfasst (Gemeinden, gemeindeeigene und von Gemeinden beauftragte Leistungserbringer, Pflegeheime auf der Pflegeheimliste, ambulante Leistungserbringer), ist eine allgemeine Bestimmung zum Geltungsbereich nicht mehr sinnvoll. Der Geltungsbereich ergibt sich stattdessen direkt aus den entsprechenden Bestimmungen. Absatz 2 wird inhaltlich beibehalten, neu aber unter der Marginalie <i>Standardangebot</i> aufgeführt.
<i>Versorgungsauftrag der Gemeinden</i>	<i>Versorgungsauftrag der Gemeinden</i>	
§ 3. ¹ Der Versorgungsauftrag der Gemeinden umfasst das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeversorgung nach § 5 Abs. 2 Pflegegesetz. Dazu gehören auch Leistungen an Personen mit demenziellen Erkrankungen oder mit onkologischen oder psychiatrischen Diagnosen, die palliative Pflegeversorgung sowie im ambulanten Bereich pädiatrische Leistungen. ² Die Gemeinde erstellt ein umfassendes Versorgungskonzept für Leistungen, die in	§ 1. ¹ Der Versorgungsauftrag der Gemeinden umfasst das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeversorgung nach § 5 Abs. 2 Pflegegesetz für alle Altersgruppen. Dazu gehören im stationären Bereich insbesondere Pflegeleistungen gemäss § 8 a Pflegegesetz und im ambulanten Bereich Pflegeleistungen für Personen mit onkologischen, psychiatrischen oder palliativen Diagnosen. Abs. 2 lit. c wird aufgehoben.	§ 3 wird zu § 1. Absatz 1 wird formal an die neuen Bestimmungen des Pflegegesetzes betreffend Pflegeheimbettenplanung angepasst. Der bisherige Zusatz «pädiatrische Leistungen» wird durch die Formulierung «für alle Altersgruppen» ersetzt. Dies stellt klar, dass der Versorgungsauftrag der Gemeinden alle Alterskategorien gleichermassen umfasst. Für Pflegeleistungen im Pflegeheim wird die Be-

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
Pflegeheimen oder bei den Leistungsbezügerinnen oder -bezügern zu Hause erbracht werden (stationärer bzw. ambulanter Bereich). Das Konzept berücksichtigt neben dem Leistungsangebot auch a. die Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflegeversorgung, b. die Nahtstellen zwischen Pflege- und Akutversorgung, c. eventuell vorhandene Verbandsrichtlinien. ³ Die kommunale Informationsstelle nach § 7 Pflegegesetz erteilt Auskunft über das generelle und das aktuell verfügbare Angebot der Gemeinde.	³ Die Gemeinde stellt sicher, dass die Leistungsbezügerinnen und -bezüger über wichtige Änderungen der Pflegeversorgung und -finanzierung informiert werden.	griffligkeit aus § 8 a Pflegegesetz übernommen. Im ambulanten Bereich gibt es keine Änderung auf Gesetzesstufe. Daher wird festgehalten, dass der Auftrag insbesondere Pflegeleistungen für Personen mit onkologischen, psychiatrischen oder palliativen Diagnosen einschliesst, was dem heutigen Regelungsinhalt entspricht. Auf eine separate Nennung von demenziellen Erkrankungen kann verzichtet werden, da demenzielle Erkrankungen Teil der psychiatrischen Diagnosen sind. Absatz 2 lit. c wird aufgehoben. Entsprechende Verbandsrichtlinien sind nicht bekannt. Im Übrigen bleibt Absatz 2 unverändert. Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben. Diese Vorgabe ergibt sich unmittelbar aus § 7 Pflegegesetz. Eine Wiederholung auf Verordnungsstufe ist nicht notwendig. Der neue Absatz 3 entspricht inhaltlich dem bisherigen § 10 Abs. 3 und wird einzig aus systematischen Gründen hierhin verschoben (gehört zum Versorgungsauftrag der Gemeinden).

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
<i>Standardangebot</i>	<i>Standardangebot</i>	
<i>a. Pflegerische Leistungen</i>	<i>a. Im stationären Bereich</i>	
§ 4. ¹ Das Standardangebot an pflegerischen Leistungen im stationären und im ambulanten Bereich umfasst a. die Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV), die aufgrund einer schriftlich festgehaltenen Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden, b. die Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 und 3 KLV, die aufgrund einer Bedarfsabklärung nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung während längstens zwei Wochen erbracht werden. ² Die Leistungen der Pflegeheime sind über alle Stufen der Pflegebedürftigkeit hinweg sicher zu stellen.	§ 2. Das Standardangebot von Pflegeheimen gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz umfasst insbesondere a. bei vorhandener Kapazität eine Leistungspflicht für die angebotenen Pflegeleistungen über alle Stufen der Pflegebedürftigkeit hinweg, b. die Einräumung von Besuchszeiten zwischen 9.00 und 21.00 Uhr.	Das bislang in § 4 Abs. 1 geregelte Standardangebot im stationären und ambulanten Bereich ergibt sich bereits aus dem Bundesrecht sowie aus dem kantonalen Pflegegesetz. Aus diesem Grund wird Absatz 1 aufgehoben. Der neue § 2 regelt das Standardangebot von gemeindeeigenen und von Gemeinden beauftragten Pflegeheimen (stationärer Bereich). Dazu gehört insbesondere eine Leistungspflicht für die angebotenen Pflegeleistungen über alle Stufen der Pflegebedürftigkeit hinweg, sofern entsprechende Kapazität vorhanden ist. Diese Verpflichtung wird bereits heute in vielen Leistungsvereinbarungen zwischen Gemeinden und Leistungserbringern festgehalten und konkretisiert das Standardangebot – respektive die Vorhalteleistung dieser Pflegeheime, welche eine Restkostenfinanzierung nach § 9 Abs. 4 Pflegegesetz rechtfertigt (im Gegensatz zur Restkostenfinanzierung bis maximal zum Normdefizit, vgl. §15f. Pflegegesetz). Darüber hinaus gehört zum Standardangebot,

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		dass täglich Besuchszeiten (Minimum) von 9.00 bis 21.00 Uhr angeboten werden.
<i>b. Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim</i>	<i>Marginalie wird aufgehoben</i>	
§ 5. Das Standardangebot an Unterkunft und Verpflegung bei stationärem Aufenthalt umfasst: a. im Bereich Unterkunft: 1. Benutzung eines Ein- oder Mehrbettzimmers samt Pflegebett, Ablage- und Staumöglichkeiten sowie geeignete sanitäre Einrichtungen, 2. Tägliches Betten, Zimmer aufräumen und Grobreinigung der Nasszelle sowie wöchentliche Zimmer- und Nasszellenreinigung, 3. Besorgung der Bett- und Frottéwäsche und der persönlichen Wäsche; b. im Bereich Verpflegung: 1. Täglich drei bedarfsgerechte Mahlzeiten, davon mindestens eine warm,	§ 5 wird aufgehoben	Beim bisher in § 5 festgehaltenen Standardangebot von gemeindeeigenen und von Gemeinden beauftragten Pflegeheimen handelt es sich um Vorgaben, die sich bereits aus den für alle Pflegeheime geltenden Berufs- und Sorgfaltspflichten ergeben. Diese Vorgaben sind von allen Pflegeheimen, nicht nur von gemeindeeigenen und von Gemeinden beauftragten Pflegeheimen einzuhalten. Im Rahmen der Bewilligungserteilung und der kontinuierlichen Aufsicht wird die Einhaltung dieser Vorgaben vom Amt für Gesundheit und den zuständigen Bezirksräten überprüft. Aus diesem Grund erübrigen sich Ausführungen dazu auf Verordnungsstufe. § 5 wird deshalb aufgehoben.

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
2. Genügend warme und kalte Getränke während und zwischen den Mahlzeiten.		
<i>c. Alltagsgestaltung und Betreuung im Pflegeheim</i>	<i>Marginale wird aufgehoben</i>	
§ 6. Das Standardangebot an Alltagsgestaltung und Betreuung bei stationärem Aufenthalt umfasst: a. im Bereich Alltagsgestaltung: 1. Organisation kultureller und gesellschaftlicher Anlässe, die allen Leistungsbezüglerinnen und -bezügern offenstehen, 2. Förderung von sozialen Kontakten, 3. Rücksichtnahme auf religiöse bzw. spirituelle Bedürfnisse der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler, 4. Einräumung von Besuchszeiten zwischen 9.00 und 21.00 Uhr, 5. Schaffung eines angemessenen Rahmens für Sterbende und Ermöglichung von Abschiedsritualen;	§ 6 wird aufgehoben	Die Vorgaben gemäss § 6 ergeben sich mehrheitlich bereits aus den für alle Pflegeheime geltenden Berufs- und Sorgfaltpflichten und müssen deshalb auf Verordnungsstufe nicht separat festgehalten werden. Beibehalten wird lediglich, dass Pflegeheime gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz gewisse Mindestbesuchszeiten anzubieten haben. Dies liegt sowohl im Interesse der Bewohnenden als auch der Angehörigen und Bezugspersonen. Diese Vorgabe wird unverändert im neuen § 2 übernommen.

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
b. im Bereich Betreuung: Notwendige individuelle Leistungen.		
<i>d. Nicht-pflegerische Spitex-Leistungen</i>	<i>b. Im ambulanten Bereich</i>	
§ 7. ¹ Das Standardangebot an ambulant erbrachten nichtpflegerischen Leistungen umfasst die zur Alltagsbewältigung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger notwendigen hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen. Es umfasst: a. im Bereich Wohnen und Haushalt: 1. Haushalt organisieren, wie Einkauf planen und Organisation der Wäsche, 2. Tägliche Haushaltsarbeiten, wie Sichtreinigung, Briefkasten leeren und Heizen, 3. Wöchentliche Unterhaltsreinigung, wie Abfall entsorgen und Wochenkehr, 4. Kleiderpflege, wie Waschen und Bügeln, 5. Tierpflege, solange diese nicht anderweitig organisiert werden kann;	§ 3 ¹ Das Standardangebot von Spitex-Institutionen gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz umfasst insbesondere a. die Leistungserbringung an allen Tagen der Woche zwischen 7.00 und 22.00 Uhr, b. die Ausführung von neuen Einsätzen innerhalb von 24 Stunden nach der Anmeldung, c. die telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag (ohne Feiertage) von 8.00–12.00 Uhr und von 14.00–17.00 Uhr. § 7 Abs. 1 wird zu § 3 Abs. 2 § 7 Abs. 2 wird zu § 3 Abs. 3	Der neue § 3 hält – im Gegensatz zum bisherigen § 7 – das Standardangebot für pflegerische und nichtpflegerische Leistungen im ambulanten Bereich fest. Die in Abs. 1 lit. a bis c aufgenommenen Pflichten wurden inhaltlich unverändert aus dem bisherigen § 8 Abs. 2 übernommen. Die Definition des Standardangebots der gemeindeeigenen oder von Gemeinden beauftragten Leistungserbringer ist weiter zentral, um eine Restkostenfinanzierung nach § 9 Abs. 4 Pflegegesetz zu rechtfertigen (im Gegensatz zur Restkostenfinanzierung bis maximal zum Normdefizit, vgl. § 15 f. Pflegegesetz). Das Standardangebot für nichtpflegerische Leistungen bleibt inhaltlich unverändert. Die Bezeichnung dieser Leistungen als auch die Bedingung einer schriftlichen Bedarfsabklärung sind wichtige Voraussetzungen für die Kostenkontrolle dieser durch die Gemeinden mitzufinanzierenden Leistungen (vgl. § 13 Pflegegesetz).

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
b. im Bereich Verpflegung: 1. Menüplan aufstellen, 2. Mahlzeitendienst organisieren und Mahlzeiten aufbereiten, 3. Einkaufen, bei Bedarf zusammen mit der Leistungsbezügerin oder dem Leistungsbezüger; c. im Bereich Diverses: 1. Gehbegleitung ausserhalb der Wohnräumlichkeiten, 2. Auswärtige Besorgungen, 3. Erledigung kleiner administrativer Arbeiten, 4. Säuglings- oder Kinderbetreuung. ² Die Leistungen erfolgen aufgrund einer vom Leistungserbringer schriftlich festgehaltenen Bedarfsabklärung. Sie werden nur erbracht, soweit die Leistungsbezügerinnen und -bezüger selbst oder ihr soziales Umfeld sie nicht erbringen können (Subsidiaritätsprinzip).		
<i>Anspruchsberechtigung und Verfügbarkeit von ambulanten Leistungen</i>	<i>Marginalie wird aufgehoben</i>	

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
§ 8. ¹ Ambulante Leistungen gemäss §§ 4 und 7 können beanspruchen: a. körperlich oder psychisch kranke, behinderte, verunfallte, rekonvaleszente oder sterbende Personen jeden Alters, b. Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes, c. Personen, die sich in einer vorübergehenden physischen oder psychischen Risikosituation befinden. ² Die Gemeinden stellen sicher, dass a. die Leistungen an allen Tagen der Woche zwischen 7.00 und 22.00 Uhr angeboten werden, b. neue Einsätze innerhalb von 24 Stunden nach der Anmeldung ausgeführt werden, c. die Leistungserbringer von Montag bis Freitag (ohne Feiertage) von 8.00–12.00 Uhr und von 14.00–17.00 Uhr telefonisch erreichbar sind.	§ 8 wird aufgehoben	Wer ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP) im Sinne des KVG beanspruchen darf, ist bundesrechtlich geregelt und bedarf keiner Präzisierung auf Verordnungsebene. Für nichtpflegerische Spitex-Leistungen muss die Anspruchsberechtigung nicht definiert werden, da auch diese Leistungen nur nach entsprechender Bedarfsabklärung erbracht werden. Gemeinden können allfällige Modalitäten (Kostengutsprachen, o.Ä.) in Leistungsvereinbarungen regeln, um eine Kostenkontrolle zu wahren. Die Konkretisierung der anspruchsberechtigten Gruppen gemäss aktueller Fassung in lit. a bis c ist daher hinfällig. Die Vorgaben betreffend die Verfügbarkeit von ambulanten Leistungen gehören zum Standardangebot und werden neu inhaltlich unverändert in § 3 Abs. 1 festgehalten.

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
<i>Qualitätssicherung</i>	<i>Marginalie wird aufgehoben</i>	
§ 9. ¹ Die Qualität der Pflegeversorgung richtet sich nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung. ² Die Leistungserbringer beteiligen sich an Vorkehrungen zur Qualitätssicherung im Sinne von Art. 77 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV). Die Mindestanforderungen an die qualitätssichernden Massnahmen umfassen Massnahmen im Bereich a. Ressourcen und Strukturen, b. Prozesse, c. Ergebnisse der Leistungserbringung. ³ Die Leistungserbringer stellen sicher, dass mit Reklamationen und Verbesserungsvorschlägen von Leistungsbezügerinnen und -bezügern sowie deren Bezugspersonen sachgerecht umgegangen wird.	§ 9 wird aufgehoben	Dass sich die Qualität der Pflegeversorgung nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung richten muss, gilt für sämtliche Leistungserbringer bereits von Gesetzes wegen (sog. Sorgfaltspflicht). Dies muss auf Verordnungsstufe nicht wiederholt werden. Mittlerweile wurden sämtliche Bestimmungen auf Bundesebene betreffend Qualitätsvorgaben überarbeitet. Der Verweis auf Art. 77 KVV ist überholt und nicht mehr notwendig. Die allgemeinen Qualitätsvorgaben sind auf Gesetzesstufe hinreichend abgebildet. Die Prozesse der Leistungserbringer zum Umgang mit Beschwerden von Leistungsbezügerinnen und -bezügern, deren Angehörigen oder Bezugspersonen oder anderen Drittpersonen gemäss Absatz 3 überprüft das Amt für Gesundheit im Rahmen der Erteilung der Betriebsbewilligung nach dem Gesundheitsgesetz. Entsprechende Vorgaben auf Verordnungsstufe im planerischen Bereich sind nicht notwendig.

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
<i>Umgang mit Leistungsbezügerinnen und -bezügern</i>	<i>Marginalie wird aufgehoben</i>	
§ 10. ¹ Die Gemeinden stellen sicher, dass die Leistungserbringer a. das Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 beachten, b. die Persönlichkeit und die Privatsphäre der Leistungsbezügerinnen und -bezüger schützen, c. dem Recht auf Selbstbestimmung, dem Gleichbehandlungsgebot sowie dem Informations- und Sicherheitsbedürfnis der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gebührend Rechnung tragen. ² Tritt eine Person in ein Pflegeheim ein, bespricht der Leistungserbringer mit ihr das Thema der Patientenverfügung. Auf Wunsch der eintretenden Person nehmen Bezugspersonen an der Besprechung teil. Das Ergebnis der Besprechung wird dokumentiert und zu den Akten genommen.	§ 10 wird aufgehoben	Die in Absatz 1 genannten Pflichten gelten für alle Leistungserbringer bereits von Gesetzes wegen. Auch die in Absatz 2 festgehaltene Pflicht zur Besprechung der Patientenverfügung gilt bereits gestützt auf § 7 des Patientinnen- und Patientengesetzes. Eine Wiederholung dieser Vorgaben auf Verordnungsstufe ist nicht notwendig. Die Vorgabe gemäss § 10 Abs. 3 wird inhaltlich unverändert in den neuen § 1 Abs. 3 überführt.

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
³ Die Gemeinde stellt sicher, dass die Leistungsbezügerinnen und -bezüger über wichtige Änderungen der Pflegeversorgung und -finanzierung informiert werden.		
<i>Pflichtverletzungen der Leistungsbezügerinnen und -bezüger</i>	<i>c. Pflichtverletzungen der Leistungsbezügerinnen und -bezüger</i>	
§ 11. ¹ Bevor ein Leistungserbringer die Leistungen zufolge Beschimpfung, Bedrohung, Belästigung oder anderweitiger Gefährdung durch eine Leistungsbezügerin oder einen Leistungsbezüger oder zufolge erheblicher Zahlungsausstände einstellt, informiert er die Gemeinde. ² Er trifft geeignete Massnahmen oder unterstützt die Gemeinde bei der Suche nach einem geeigneten Leistungserbringer. Soweit erforderlich, spricht er sich dazu mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt ab.	§ 4. ¹ Bevor ein Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz die Leistungen zufolge Beschimpfung, Bedrohung, Belästigung oder anderweitiger Gefährdung durch eine Leistungsbezügerin oder einen Leistungsbezüger oder zufolge erheblicher Zahlungsausstände einstellt, informiert er die Gemeinde. Abs. 2 unverändert	Der bisherige § 11 wird neu zu § 4. Inhaltlich wird die Bestimmung dahingehend präzisiert, als die festgehaltene Pflicht lediglich für Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz gilt. Im Übrigen bleibt die Bestimmung unverändert.
	<i>d. Ausserkantonale Leistungsanbieter</i>	

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
	§ 5. Bei ausserkantonalen Leistungserbringern ist die Gemeinde verpflichtet, die Vorgaben gemäss dieser Verordnung vertraglich einzufordern.	Der neue § 5 hält fest, dass die Gemeinden bei ausserkantonalen Leistungserbringern verpflichtet sind, die Vorgaben gemäss dieser Verordnung betreffend Standardangebot vertraglich einzufordern. Diese Bestimmung bestand bereits bisher (bisheriger § 2 Abs. 2), wird aufgrund des erweiterten Gegenstands der Verordnung neu aber nicht mehr unter der Marginalie <i>Geltungsbereich</i>, sondern unter dem <i>Standardangebot</i> aufgeführt.
§ 12. Aufgehoben durch Vfg. vom 8. April 2013 (OS 68, 220; ABI 2013-04-19). In Kraft seit 1. Juli 2013.	Wird gelöscht	
	<i>Anforderungen zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste</i>	
	<i>a. Geeignetes Qualitätsmanagementsystem</i>	
	§ 6. ¹ Das Qualitätsmanagementsystem umfasst eine regelmässige und systematische Auseinandersetzung mit Daten und Hinweisen betreffend mögliche Qualitätsverbesserungen und die Ergreifung von entsprechenden Massnahmen zur Weiterentwicklung der Qualität.	Diese Bestimmung setzt § 8 d Abs. 2 des revidierten Pflegegesetzes auf Verordnungsstufe um. Absatz 1 konkretisiert die Anforderungen an ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem (QMS). Pflegeheime auf der Zürcher

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
	² Als gängige Qualitätsindikatoren sind insbesondere die Medizinischen Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit zu verwenden.	Pflegeheimliste haben sich regelmässig und systematisch mit Qualitätsdaten auseinanderzusetzen, Massnahmen zu ergreifen und die Qualität stetig weiterzuentwickeln. Als anerkannte Qualitätsindikatoren gelten insbesondere die Medizinischen Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit. Die Formulierung lässt den Pflegeheimen bei der konkreten Ausgestaltung des QMS den nötigen Spielraum. Insbesondere ist kein Zertifikatszwang vorgesehen. Pflegeheime, die auf die Pflegeheimliste aufgenommen werden wollen, müssen im Rahmen des Antragsverfahrens selbstdeklaratorisch angeben, ob sie entsprechende QMS-Prozesse etabliert haben. Alternativ kann eine (freiwillige) Zertifizierung als Beleg dienen, dass die Anforderungen an das QMS erfüllt sind.
	<i>b. Leistungsspezifische Anforderungen</i>	
	§ 7. Pflegeheime, die Leistungen gemäss § 8 a Abs. 1 lit. b und c Pflegegesetz erbringen, müssen die leistungsspezifischen Anforderungen gemäss Anhang erfüllen.	Die konkreten Anforderungen an Pflegeheime, die spezialisierte Pflegeleistungen oder Leistungen der Akut- und Übergangspflege anbieten möchten, sind im Anhang zur Verordnung aufgeführt. Pflegeheime, die

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		auf die Pflegeheimliste aufgenommen werden sollen, müssen im Antragsverfahren entsprechende selbstdeklaratorische Angaben machen und Unterlagen dazu einreichen. Die leistungsspezifischen Anforderungen wurden unter Berücksichtigung der Vernehmlassungsrückmeldungen zum prov. Versorgungsbericht der Pflegeheimbettenplanung bereits überarbeitet (vgl. RRB-Nr. 1289/2024). Für das neue Angebot der Gerontopsychiatrie wurden neue leistungsspezifische Anforderungen definiert.
	<i>c. Wirtschaftlichkeitskriterien</i>	
	§ 8. ¹ Die Wirtschaftlichkeit eines Pflegeheims nach § 8d Abs. 1 lit. e und f Pflegegesetz ist gegeben, wenn die folgenden primären Kriterien erfüllt sind: a. die Pflegekosten pro Pflegeminute in mindestens zwei der drei letzten Datenjahre sind nicht höher als das 90. Perzentil im Benchmarking b. das jährliche Gesamtergebnis in mindestens zwei dieser Jahre beträgt null Franken oder mehr	Diese Bestimmung konkretisiert § 8 d Abs. 1 lit. e und f des revidierten Pflegegesetzes auf Verordnungsstufe (i.V.m. § 8 d Abs. 2). Absatz 1 definiert zwei primäre Kriterien, welche anhand von Daten aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SO-MED) sowie aus betrieblichen Unterlagen (insb. Erfolgsrechnung) beurteilt werden. Für die Bewertung werden Daten aus den drei letzten verfügbaren Datenjahren verwendet. Ein Pflegeheim wird sodann als wirtschaftlich eingestuft, wenn es beide pri-

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
	² Werden die primären Kriterien nicht erfüllt, erfolgt eine ergänzende Prüfung anhand der folgenden sekundären Kriterien: a. nichtpflegerische Kosten pro Tag nicht höher als das 90. Perzentil im Benchmarking, b. Bettenauslastung mehr als 90 %, c. Erfüllung der Sollwerte der Ausbildungsleistungen, d. Angebot von spezialisierten Pflegeleistungen. ³ Die sekundären Kriterien gelten als erfüllt, wenn das Heim die Kriterien gemäss Abs. 2 in zwei der letzten drei verfügbaren Datenjahre erfüllt hat. ⁴ Bei geplanten oder kürzlich eröffneten Pflegeheimen ist ein Geschäftsplan einzureichen, der die erwartete Bettenzahl, die vorgesehenen Leistungen sowie die prognostizierten Kosten und Erträge für mindestens fünf Jahre ab Inbetriebnahme darlegt.	mären Evaluationskriterien erfüllt (Pflegekosten pro Pflegeminute: in mind. zwei Jahren $\leq$ 90. Perzentil im Benchmarking; Jährliches Gesamtergebnis: in mind. zwei Jahren $\geq$ CHF 0). Falls mindestens eines dieser zwei primären Kriterien nicht erfüllt ist, werden sekundäre Kriterien herangezogen, um eine umfassendere Prüfung der Wirtschaftlichkeit vornehmen zu können und die Gründe für die Nichterfüllung der primären Kriterien zu ergründen (vgl. Abs. 2). Diese sekundären Kriterien werden ebenfalls anhand Daten aus der SOMED-Statistik oder mittels Selbstdeklaration (Angebot spezialisierter Pflegeleistungen) beurteilt (Nichtpflegerische Kosten pro Tag: in mind. zwei Jahren $\leq$ 90. Perzentil im Benchmarking; Bettenauslastung: in mind. zwei Jahren $>90\%$; Ausbildungsleistungen: in mind. zwei Jahren Erfüllung der Sollwerte für Pflegefachpersonen HF/FH und FaGe/FaBe; Spezialisierte Pflegeleistungen: bestehen Angebote der spezialisierten Langzeitpflege in mind. zwei Jahren). Ergibt die Wirtschaftlichkeitsprüfung kein eindeutiges Resultat, kann eine sachlich überzeugend begründete Abweichung von einzelnen Kriterien eine

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		Berücksichtigung im Auswahlverfahren rechtfertigen, wenn damit ein wichtiger Grund im Sinne des Gesetzes bejaht werden kann und die betroffenen Gemeinden angehört worden sind (vgl. § 8 d Abs. 3 PflG). Bei geplanten Projekten oder kürzlich eröffneten Pflegeheimen ist zudem der Geschäftsplan einzureichen. Dieser soll Bettenzahl, Leistungserbringung, Kosten und Erträge über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren ab Inbetriebnahme aufzeigen (Abs. 4).
	<i>Auswahlkriterien zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste</i>	
	§ 9. ¹ Werden mehr Pflegebetten beantragt als gemäss Bedarfsprognose erforderlich sind, trifft die Direktion eine Auswahl unter den antragstellenden Pflegeheimen, welche die Anforderungen zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste erfüllen. ² Sie vergibt die Listenplätze den antragstellenden Pflegeheimen, die die folgenden Auswahlkriterien am besten erfüllen: a. Wirtschaftlichkeitskriterien nach § 8,	Diese Bestimmung setzt § 8 e Abs. 2 des revidierten Pflegegesetzes um. Die Bestimmung regelt, welche Kriterien die Direktion vergleichend berücksichtigen kann, wenn in einer Versorgungsregion (oder bei spezialisierten Pflegeleistungen oder Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss kantonaler Planungsbandbreite) eine prognostizierte Überversorgung besteht, d.h. wenn mehr Betten beantragt werden als gemäss Planungsbandbreite notwendig sind.

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
	b. Umsetzung von qualitätssteigernden Massnahmen, c. Verteilung der Pflegestufen, d. Angebot im Bereich spezialisierte Langzeitpflege und/oder Akut- und Übergangspflege e. Aufnahme von Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen, f. Innovationsbereitschaft.	In einem solchen Fall ist unter den antragstellenden Pflegeheimen eine Auswahl zu treffen. Dabei ist durch die Gesundheitsdirektion zu prüfen, welches Pflegeheim die Anforderungen gemäss § 8 d Pflegegesetz am besten erfüllt (insbesondere jene, welche vergleichend herangezogen werden können, bspw. Pflegekosten pro Minute, nichtpflegerische Kosten pro Tag, Auslastung). Dabei kann berücksichtigt werden, welches Pflegeheim die Anforderungen nicht nur erfüllt, sondern darüber hinaus auch qualitätssteigernde Massnahmen ergreift oder eine besondere Innovationsbereitschaft zeigt (lit. b und f). Ebenfalls können die Verteilung der Pflegestufen sowie Angebote im Bereich der spezialisierten Pflege und/oder der Akut- und Übergangspflege berücksichtigt werden (lit. c und d). Dies hat Einfluss darauf, welches Pflegeheim den Bedarf einer Versorgungsregion besonders gut abdecken kann. So kann je nach Versorgungssituation bspw. ein Pflegeheim mit breiter Ausrichtung gegenüber einem Pflegeheim mit eindimensionaler Ausrichtung bevorzugt werden. Die Aufnahmebereitschaft von Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen kann ebenfalls als positiv berücksichtigt werden

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		(lit. e), da dies die Erfüllung des Versorgungsauftrags der Gemeinden begünstigt. Festzuhalten bleibt, dass die Gemeinden vor dem Entscheid über einen Antrag zur Aufnahme jeweils zur Ausgestaltung der Pflegeheimliste angehört werden (vgl. § 4 a Abs. 2 Pflegegesetz).
	<i>Einheitliche Rechnungslegung</i>	
	§ 10. ¹ Pflegeheime auf der Pflegeheimliste führen eine Kostenrechnung, eine Leistungsstatistik sowie die Anlagebuchhaltung gemäss den Handbüchern «Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime, Version 2019» sowie «Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime, Version 2019» von ARTISET Schweiz. ² Ambulante Leistungserbringer gemäss § 17 Abs. 3 Pflegegesetz führen eine Kostenrechnung, eine Zeit- und Leistungserfassung sowie die Anlagebuchhaltung gemäss dem «Handbuch zum Rechnungswesen für Spitex-Organisationen (Finanzmanual)», Version 2020, 4. vollständig überarbeitete Auflage (inkl. Anpassungen per 1.1.2026) von Spitex Schweiz.	§ 10 regelt auf Verordnungsebene gestützt auf § 22 Abs. 2 Pflegegesetz die Anforderungen an die Rechnungslegung für Pflegeheime (Abs. 1) und ambulante Leistungserbringer (Abs. 2). Damit verbundene finanzielle Aufwände sind durch die Spitex-Institutionen zu tragen. Die inhaltlichen Vorgaben sind nicht neu, werden neu aber ausdrücklich auf Verordnungsebene statuiert. Die Gesundheitsdirektion hat diese Vorgaben in ihren Kreisschreiben zu den Normdefiziten und zur Rechnungslegung seit Jahren vorgeschrieben. Die entsprechenden Dokumente sind analog zu den Eingaben zur SOMED-Statistik sowie der Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause zu erstellen (Abs. 3). Die Frist ist kongruent mit der sich derzeit in Vernehmlassung befindenden Version zur

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
	³ Die entsprechenden Dokumente sind für das Berichtsjahr bis zum 30. April des Folgejahres zu erstellen.	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitex-Organisationen und Pflegeheime (VKL) im Kontext mit der Umsetzung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen (EFAS; KVG-Änderung vom 22. September 2023; vgl. Art. 9 Abs. 5 nVKL). Das Amt für Gesundheit und die Zürcher Gemeinden werden die korrekte Einhaltung der Vorgaben per Frühling 2027 intensivieren und falls notwendig korrigierte Vollkostendaten in die jährliche Normkostenberechnung einfließen lassen. Neben den Branchenhandbüchern sind in jedem Fall die bundesrechtlichen Vorgaben der VKL einzuhalten. Bei Widersprüchen gehen die bundesrechtlichen Vorgaben vor. Im Rahmen der Umsetzung von EFAS hat der Bundesrat am 1. April 2026 eine Vernehmlassung zu den notwendigen Verordnungsanpassungen eröffnet. Die Vernehmlassungsvorlage sieht unter anderem eine schweizweit einheitliche Methode zur Kostenrechnung und Leistungserfassung auch für ambulant tätige Pflegeleistungserbringer vor, die bislang nur für Pflegeheime bundesrechtlich geregelt war. Für die Pflege ist das Inkrafttreten der EFAS-Umsetzung per 1.

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		Januar 2032 vorgesehen. Einzelne Elemente, namentlich Art. 50 nKVG (Kostenübernahme für Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim erbracht werden) und die Anpassungen der VKL, sollen bereits per 1. Januar 2028 in Kraft treten. Sollten bundesrechtliche Anforderungen an Kostenrechnung und Leistungserfassung (insb. revidierte VKL) in Kraft treten, die mit den Vorgaben gemäss § 10 oder den Handbüchern von ARTISET Schweiz und Spitex Schweiz in Widerspruch stehen, würden die kantonalen Vorgaben durch Bundesrecht übersteuert und inhaltlich (materiell) durch letztere ersetzt, unabhängig von einem allfälligen formalen Nachvollzug in vorliegender Verordnung.
	<i>Anrechenbarkeit von Aufwendungen und Erträgen für ambulante Leistungserbringer</i>	
	§ 11. ¹ Ambulante Leistungserbringer gemäss § 17 Abs. 3 Pflegegesetz berücksichtigen in der Kostenrechnung und Anlagebuchhaltung ausschliesslich leistungs- und betriebsnotwendige Pflegekosten. ² Ausserordentliche Aufwände, periodenfremde Aufwände sowie Steueraufwände	§ 11 regelt gestützt auf § 16 Abs. 3 i.V.m. § 17 Abs. 2 Pflegegesetz die Anrechenbarkeit von Aufwänden bei der individuellen Festsetzung der Restkostenfinanzierung durch eine Gemeinde sowie bei der systematischen Berechnung der Normkosten durch das Amt für Gesundheit. Zur Einordnung der Bestimmung ist auf die Systematik

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
	sind von den leistungs- und betriebsnotwendigen Pflegekosten abzugrenzen. Sie sind nicht anrechenbar. ³ Folgende Aufwände gelten als unwirtschaftlich und sind nicht anrechenbar: a. Personalaufwand pro Vollzeitstelle, der Fr. 160'000 pro Jahr übersteigt, b. Anschaffungskosten pro Fahrzeug, die Fr. 30'000 pro Jahr übersteigen, c. Aufwände für Personal- und Leistungswerbung, die 1% am Gesamtertrag der Pflegeleistungen übersteigen, d. Personalaufwand für pflegende Angehörige, der Fr. 32 pro Stunde übersteigt. ⁴ Die Obergrenze des Personalaufwandes gemäss Abs. 3 lit. a gilt für sämtliche betrieblichen Funktionen. Massgebend sind sämtliche Lohnkosten, insbesondere einschliesslich Arbeitgeberbeiträge, Boni, Naturalleistungen und geldwerter Vorteile. Bei Teilzeitstellen erfolgt eine proportionale Anrechnung.	der Zürcher Pflegefinanzierung hinzuweisen. Bei gemeindeeigenen oder beauftragten Leistungserbringern tragen die Gemeinden gemäss § 9 Abs. 4 Pflegegesetz die gesamten ungedeckten Pflegekosten. Bei nicht gemeindeeigenen oder nicht beauftragten Leistungserbringern ist die Restkostenfinanzierung hingegen auf maximal das Normdefizit begrenzt (§ 15 Pflegegesetz). Das Normdefizit entspricht dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung (Normkosten) abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer und der Leistungsbezügerinnen und -bezüger. Als wirtschaftliche Leistungserbringung gilt dabei der Aufwand der teuersten jener Leistungserbringer, die zusammen 50% aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen (50. Perzentil; §§ 16 und 17 Pflegegesetz). Bisher fehlten jedoch, abgesehen von Vorgaben zur Rechnungslegung aus Branchenhandbüchern, explizite Vorschriften, welche Aufwände als unwirtschaftlich gelten und deshalb weder bei der individuellen Restkostenabrechnung noch bei der systematischen Normkostenberechnung anrechenbar sind. Dies kann in der Praxis zu einer unwirtschaftlichen und nicht sachgerechten Restkostenfinanzierung führen. § 11

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		schaftt hier zusätzliche Klarheit. Der Kanton Zürich folgt der Praxis anderer Kantone, welche Kostenrechnungen von Leistungserbringern ebenfalls prüfen und im Falle unwirtschaftlicher Aufwände korrigieren (bspw. Kantone Luzern oder Bern). In Absatz 1 und 2 werden wichtige Grundsätze, welche teils in den Branchenhandbüchern operationalisiert sind, festgehalten. Absatz 3 nennt vier Kategorien nicht anrechenbarer Aufwände. a. Lohnkosten pro Vollzeitstelle, der Fr. 160'000 pro Jahr übersteigt: Die Besoldungsempfehlungen 2026 des Spitex Verbands Kanton Zürich orientieren sich für Betriebsleiterinnen und Betriebsleiter an den Lohnstufen 17-21 gemäss kantonalen Lohnklassen (vgl. Kreuztabelle aller kantonalen Lohnklassen 2026 Kanton Zürich). Je nach Ausbildung und Betriebsgrösse würde so ein Minimallohn von Fr. 93'599 (Lohnklasse 17, Lohnstufe 1) bis Maximallohn von Fr. 175'068 (Lohnklasse 21, Lohnstufe 29) resultieren (jeweils exkl. Arbeitgeberbeiträge von ca. 20%). Da nicht beauftragte Spitex-Institutionen in der Regel kleinere Betriebe

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		sind und sich die Normkosten an einer wirtschaftlichen Leistungserbringung zu orientieren haben, ist die Grenze anrechenbarer Lohnkosten pro Vollzeitstelle bei Fr. 160'000 pro Jahr festzulegen (Mittelwert o.g. Empfehlung entspricht ca. Fr. 134'000; dazu kommen 20% Arbeitgeberbeiträge). Die Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich (GeKoZH) stellte in ihrer Stichprobenanalyse von 64 privaten Spitex-Institutionen (Daten 2023; publiziert im Januar 2026) fest, dass über 60% der Geschäftsleitungen mehr als Fr. 150'000 brutto pro Jahr verdienen, rund 20% sogar über Fr. 300'000. Das Spitzeneinkommen betrug Fr. 644'000. Die Anrechenbarkeitsgrenze gilt pro Vollzeitstelle (100%). Bei Teilzeitanstellungen ist der Betrag proportional zu kürzen. Massgebend sind die Gesamtlohnkosten inkl. Arbeitgeberbeiträge und geldwerte Leistungen (bspw. Naturalleistungen, Dienstwagen, Boni). Reine Spesenvergütungen sind nicht einzurechnen. Die Formulierung beschränkt sich bewusst nicht auf Betriebsleiterinnen oder Betriebsleiter, um Umgehungspraktiken zu verhindern (vgl. Abs. 4). b. Anschaffungskosten pro Fahrzeug, die Fr. 30'000 übersteigt: Die Grenze von

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		Fr. 30'000 orientiert sich am Neupreis betriebsüblicher Spitex-Einsatzfahrzeuge. Spitex-Institutionen nutzen typischerweise Kleinwagen und kompakte Fahrzeuge für Hausbesuche (insb. aus dem Kleinwagen- und unteren Mittelklassensegment). Fahrzeuganschaffungen über Fr. 30'000 gelten als nicht betriebsnotwendig im Sinne dieser Verordnung. Bei Leasingfahrzeugen gilt das Äquivalent des Kaufpreises gemäss Leasingvertrag. c. Aufwände für Personal- und Leistungswerbung, die 1% des Pflegeertrags übersteigen: Spitex-Institutionen mit einer Leistungsvereinbarung einer Gemeinde erbringen Pflegeleistungen mit gesetzlicher Leistungspflicht. Sie müssen daher nur begrenzt Klientinnen und Klienten aktiv akquirieren. Auch private Spitex-Institutionen ohne Leistungsvereinbarung agieren in einem Markt, in dem die Nachfrage demographisch getrieben ist. Übermässige Werbeaufwände sind daher betrieblich nicht notwendig. 1% des Pflegeertrags entsprechen bei einer Spitex-Institution mit Fr. 2 Mio. Pflegeertrag Fr. 20'000 pro Jahr und somit einem Betrag, der Stellenanzeigen, Website-Pflege, Bro-

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		schüren und Massnahmen zur Personalgewinnung abdeckt. Die Bestimmung erfasst sowohl Personalwerbung (Rekrutierung von Mitarbeitenden) als auch Leistungswerbung (Akquisition von Klientinnen und Klienten). d. Personalaufwand für pflegende Angehörigen, der Fr. 32 pro Stunde übersteigt: In der Praxis werden pflegenden Angehörigen von einzelnen Leistungserbringern Stundensätze bis zu Fr. 38 vergütet, was über dem marktüblichen Lohn angestellter Pflegefachpersonen auf dieser Qualifikationsstufe liegt. Solche Vergütungen bergen das Risiko von Fehlanreizen (Überversorgung). Sie gefährden zudem die Lohnsolidarität gegenüber angestellten Pflegehelferinnen und Pflegehelfern, die für gleichwertige Tätigkeiten keine vergleichbare Entlohnung erhalten. Da die Abrechnung oft im Stundenlohn erfolgt, wird der anrechenbare Aufwand auf Stundenbasis festgelegt. Der Betrag beinhaltet Gesamtlohnkosten inkl. Arbeitgeberbeiträge und geldwerte Leistungen (bspw. Boni). Reine Spesenvergütungen sind nicht einzurechnen. Die Anrechenbarkeitsgrenze von Fr. 32 pro Stunde orientiert sich an unteren Lohnstufen der Lohnklassen 7-8 (Kreuztabelle aller kantonalen Lohnklassen)

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		2026 Kanton Zürich), welche für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer einen Jahreslohn von Fr. 55'000 bis Fr. 60'000 vorsehen. Zu beachten gilt es, dass im Kontext der Angehörigenpflege aufgrund der tiefen Pensen weniger Arbeitgeberbeiträge anfallen als bei Vollzeit angestellten Pflegehelferinnen und Pflegehelfern. Es gibt zahlreiche Aufwandpositionen im Finanzmanual von Spitex Schweiz, deren Anrechenbarkeit zusätzlich begrenzt werden könnte. Die obengenannten vier Kategorien sind aber in der Kontrolle und allfälligen Korrektur vergleichsweise pragmatisch und entfalten eine zielgerichtete Wirkung. Klarzustellen ist, dass die Obergrenzen gemäss Absatz 3 die tatsächliche Betriebsführung nur begrenzt einschränken: Spitex-Institutionen können weiterhin Löhne, Fahrzeuge oder Werbeaufwände über den festgelegten Grenzen bezahlen. Die Vorgaben betreffen ausschliesslich die Anrechenbarkeit zur Berechnung der Normkosten und der individuellen Restkostenabrechnung. Aufwände, die die Obergrenzen überschreiten, sind bei der Eingabe der Vollkosten (Erhebung Statistik Pflege und Hilfe zu Hause) durch die Institu-

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		tionen selbst zu korrigieren. Andernfalls erfolgt die Korrektur durch den Kanton bzw. die Gemeinden im Rahmen der Kontrollen gestützt auf § 23 Pflegegesetz. Die Gesundheitsdirektion ist sich bewusst, dass diese Vorgaben ggf. eine Senkung der Normkosten zur Folge haben können. Es gilt festzuhalten, dass die Gemeinden die Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung haben und innerhalb ihrer Leistungsvereinbarungen anderweitige Bestimmungen zur Restkostenfinanzierung regeln können bzw. sollen (vgl. § 9 Abs. 4 Pflegegesetz).
<i>Übergangsbestimmungen</i>	<i>Übergangsbestimmungen</i>	
§ 13. Die Gemeinden erstellen das Versorgungskonzept gemäss § 3 Abs. 2 spätestens bis 31. Dezember 2011.	§ 13 wird aufgehoben	
	§ 12. Bis zur Festsetzung der neuen Pflegeheimliste durch den Regierungsrat gelten für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste die bisherigen Anforderungen und erfolgt die Aufnahme auf die Pflegeheimliste nach der bisherigen Praxis gleichzeitig mit der Erteilung der Betriebsbewilligung.	Bis zur Festsetzung der neuen Pflegeheimliste durch den Regierungsrat gelten für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste die bisherigen Anforderungen und erfolgt die Aufnahme auf die Pflegeheimliste nach der bisherigen Praxis gleichzeitig mit der Erteilung der Betriebsbewilligung. Pflegeheime, die auf die neue Pflegeheimliste aufgenommen

Geltendes Recht	Entwurf Gesundheitsdirektion	Erläuterungen
		werden wollen, haben im Antragsverfahren darzulegen, dass die im Pflegegesetz und der vorliegenden Verordnung festgelegten Anforderungen erfüllt werden.



Anhang

Leistungsspezifische Anforderungen

1. Spezialisierte Palliative Care

Das Pflegeheim ist mit dem Label «Qualität in Palliative Care» im Versorgungsbereich Langzeitpflege des Vereins qualitépalliative Verein für Qualität in Palliative Care zertifiziert, befindet sich in einem laufenden Zertifizierungsprozess oder erfüllt die entsprechenden Zertifizierungskriterien (Strukturkriterien zur Zertifizierung für das Label «Qualität in Palliative Care» stationäre Langzeitpflege [SLZP], Version 1.0) gleichwohl.

2. Spezialisierte Psychiatriepflege

Konzeptionelle Vorgaben	Infrastrukturelle Vorgaben	Personelle Vorgaben	Fortbildungsverpflichtung
Schriftliches Konzept betr. Umsetzung der leistungsspezifischen Anforderungen, insb. Beschreibung - der Definition der Schnittstellenprozesse der zuweisenden und nachgelagerten Institutionen (Aufnahmeprozesse, Informationsflüsse, Notfallkonzept usw.) - von Behandlungskonzept, Massnahmen zur Suizidprävention, Umgang mit Freiheitseinschränkenden Massnahmen, Massnahmen zur Gewaltprävention und Umgang mit Gewaltereignissen im Pflegeheim.	Die Unterbringung von Bewohnenden erfolgt, wenn immer möglich, in Einbettzimmern, höchstens in Zweibettzimmern.	Die spezialisierte Psychiatriepflege wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus - dem Pflege- und Therapieteam, - dem fachärztlichen Dienst und - einer fallführenden Person (dipl. Pflegefachperson mit erweiterten Fachkenntnissen) erbracht. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.	Sicherstellung von regelmässigen Weiterbildungen der dipl. Pflegefachpersonen zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen.
Schriftliches Sicherheitskonzept	Es stehen Multifunktionsräume für Besprechungen im multiprofessionellen Team, therapeutische und soziale Aktivitäten zur Verfügung.	Es findet regelmässig ein enger fachübergreifender Austausch innerhalb des interprofessionellen Behandlungsteams statt.	



Fachspezifisches Konzept zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal		Ergänzend zur akutsomatischen ärztlichen Versorgung ist die fachärztliche psychiatrische Versorgung durch eine angestellte Person mit anerkannter fachärztlicher Weiterbildung in Psychiatrie und/oder eine Vereinbarung über einen psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst sichergestellt.	
		Pro 15 bewilligte Betten muss eine dipl. Pflegefachperson über eine anerkannte fachspezifische Weiterbildung in psychiatrischer Pflege verfügen (bspw. CAS, NDK, DAS). Es ist eine Stellvertretung zu bezeichnen, die über vergleichbare Qualifikationen verfügt oder bereit ist, diese im ersten Anstellungsjahr zu erlangen.	
		Es muss jederzeit eine dipl. Pflegefachperson mit den oben genannten Fachkompetenzen telefonisch erreichbar und bei Bedarf innerhalb von 30 Minuten vor Ort sein.	
		Es finden regelmässig Fall- und Team-Supervisionen durch eine externe Fachperson (mit Facharzttitle Psychiatrie oder eidg. Anerkennung Psychotherapie) statt.	
		Das interprofessionelle Team unterstützt und berät in psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen.	

3. Gerontopsychiatrie

Konzeptionelle Vorgaben	Infrastrukturelle Vorgaben	Personelle Vorgaben	Fortbildungsverpflichtung
Schriftliches Konzept betr. Umsetzung der leistungsspezifischen Anforderungen, insb. Beschreibung - der Definition der Schnittstellenprozesse (Aufnahmeprozesse, Informationsflüsse,	Die Unterbringung von Bewohnenden erfolgt, wenn immer möglich, in Einbettzimmern, höchstens in Zweibettzimmern.	Die Gerontopsychiatrie wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus dem - Pflege- und Therapieteam, - dem fachärztlichen Dienst und	Sicherstellung von regelmässigen Weiterbildungen der dipl. Pflegefachpersonen zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen.

Notfallkonzept usw.) zu geriatrischen, psychiatrischen sowie hausärztlichen Diensten (inkl. Spitälern, Memory Clinics, Spitex, Notfallpsychiatrie, Palliative Care usw.) - von Behandlungskonzept, Massnahmen zur Suizidprävention, Massnahmen zur Delirprävention, Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen, Massnahmen zur Gewaltprävention und Umgang mit Gewaltereignissen im Pflegeheim.		- einer fallführenden Person (dipl. Pflegefachperson mit erweiterten Fachkenntnissen) erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.	
Schriftliches Sicherheitskonzept	Es stehen Multifunktionsräume für Besprechungen im multiprofessionellen Team, therapeutische und soziale Aktivitäten zur Verfügung.	Es findet regelmässig ein enger fachübergreifender Austausch innerhalb des interprofessionellen Behandlungsteams statt.	
Fachspezifisches Konzept zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal	Ausrichtung der räumlichen Gegebenheiten auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven und gerontopsychiatrischen Erkrankungen (bspw. Orientierungshilfen, geschützte Bereiche, reizregulierte Umgebung).	Ergänzend zur akutsomatischen ärztlichen Versorgung ist die fachärztliche psychiatrische Versorgung durch eine angestellte Fachperson mit Erfahrung in der Alterspsychiatrie und/oder eine Vereinbarung über einen psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst sichergestellt.	
		Pro 15 bewilligte Betten muss eine dipl. Pflegefachperson über eine anerkannte fachspezifische Weiterbildung in psychiatrischer Pflege verfügen (bspw. CAS, DAS, NDK). Es ist eine Stellvertretung zu bezeichnen, die über vergleichbare Qualifikationen verfügt oder bereit ist, diese im ersten Anstellungsjahr zu erlangen.	
		Es muss jederzeit eine dipl. Pflegefachperson mit den oben genannten Fachkompetenzen telefonisch erreichbar und bei Bedarf innerhalb von 30 Minuten vor Ort sein.	
		Es finden regelmässig Fall- und Team-Supervisionen durch eine externe Fachperson statt (mit Facharzttitle Psychiatrie oder eidg. Anerkennung Psychotherapie).	

		Das interprofessionelle Team unterstützt und berät in psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen.	
--	--	---	--

4. Somatische Komplexpflge

Konzeptionelle Vorgaben	Infrastrukturelle Vorgaben	Personelle Vorgaben	Fortbildungsverpflichtung
Schriftliches Konzept betr. Umsetzung der leistungsspezifischen Anforderungen, insb. Beschreibung - der Definition der zuweisenden Institutionen und der Schnittstellenprozesse zu diesen (Aufnahmeprozesse, Informationsflüsse usw.), - der Grundausstattung, der Prozesse zur Wartung der apparativen Infrastruktur, der Sicherstellung der Patientensicherheit bei einem Ausfall, - welche Ausbildungen, Fort- und Weiterbildungen bei Bewerbungen berücksichtigt und während der Anstellung gefördert werden	Die Zimmer und die medizintechnische Ausstattung gewährleisten eine einwandfreie Pflege und Betreuung von Schwerstpflegebedürftigen, insb. ist die apparative Infrastruktur je nach Pflegebedarf bzw. -komplexität vorhanden oder kann situativ beschafft oder gemietet werden (bspw. Gasversorgung, Beatmungsgeräte und Kommunikationsgeräte).	Die somatische Komplexpflge wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus - dem Pflege- und Therapieteam, - dem Arztdienst mit relevanter Berufserfahrung oder Weiterbildung in Intensivmedizin und - einer fallführenden Person (dipl. Pflegefachperson mit erweiterten Fachkenntnissen) erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.	Sicherstellung von regelmässigen Weiterbildungen der dipl. Pflegefachpersonen zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen
Fachspezifisches Konzept zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal	Es stehen Multifunktionsräume für Besprechungen im multiprofessionellen Team sowie für therapeutische und soziale Aktivitäten zur Verfügung.	Es findet regelmässig ein enger fachübergreifender Austausch innerhalb des interprofessionellen Behandlungsteams statt.	
	Jeder Bewohnerin / jedem Bewohner steht ein auf ihre / seine individuelle Möglichkeit angepasstes Rufsystem (bspw. Mundbedienung) zur Verfügung.	Mind. 40% des Stellenplans für die somatische Komplexpflge und die entsprechende pflegerische Betreuung müssen durch dipl. Pflegefachpersonen abgedeckt sein.	
		Die für die somatische Komplexpflge verantwortlichen Pflegefachpersonen verfügen über die notwendigen Fachkompetenzen (bspw. Blasen- und Darm-Management, Haut- und Wundmanagement, Bewegung/Kinästhetik, Atmung).	

		Es muss jederzeit eine dipl. Pflegefachperson mit den oben genannten Fachkompetenzen telefonisch erreichbar und bei Bedarf innerhalb von 30 Minuten vor Ort sein.	
		Eine Pflegefachperson mit Weiterbildung in Wundmanagement steht bei Bedarf zur Verfügung. Das Pflegeheim kann diese Dienstleistung auch extern einholen.	
		Es besteht ein medizntherapeutisches Mindestangebot (bspw. Physiotherapie, Ergotherapie). Die entsprechenden Fachpersonen nehmen an interprofessionellen Fallbesprechungen und Rapporten teil.	
		Nachweis über mindestens eine schriftliche Kooperationsvereinbarung für konsiliare Beratung mit einem akutsomatischen Spital mit entsprechendem Behandlungsangebot	

5. Akut- und Übergangspflege

Konzeptionelle Vorgaben	Infrastrukturelle Vorgaben	Personelle Vorgaben	Fortbildungsverpflichtung
Schriftliches Konzept betr. Umsetzung der leistungsspezifischen Anforderungen.	Die Leistungen der AÜP werden auf einer designierten Abteilung oder klar zugewiesenen Betten für AÜP erbracht.	Die AÜP wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus - dem Pflege- und Therapieteam, - dem Arztdienst und - einer fallführenden Person (dipl. Pflegefachperson mit erweiterten Fachkenntnissen) erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.	Sicherstellung von regelmässigen Weiterbildungen der dipl. Pflegefachperson zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen.
Fachspezifisches Konzept zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal	Möglichkeit zur flexiblen und raschen Aufnahme von Spitalpatientinnen und -patienten innerhalb von 48 Stunden	Das interprofessionelle Behandlungsteam wird durch eine Ärztin / einen Arzt geleitet. Der Arzt / die Ärztin klärt die aktuelle Situation innert drei Tagen nach Eintritt ab.	

		An Werktagen findet täglich mindestens ein Therapieangebot statt (bspw. Ergo-, Physio- oder Gruppentherapie). An Wochenenden werden täglich Pflegetrainings durchgeführt.	
		Die fallführende Person - organisiert und leitet alle interprofessionellen Rapporte und Gespräche, - organisiert die Nachbetreuung unter Einbezug der Angehörigen und des Behandlungsteams und stellt den Erstkontakt zur Spitex oder einer anderen Institution (bspw. Pflegeheim) her, - organisiert, terminiert und koordiniert Gespräche des Behandlungsteams einschliesslich des Austrittsgesprächs, - führt Gespräche mit Angehörigen, Nachfolgeinstitutionen, Ämtern und Behörden, - koordiniert die Aufgaben sowie das Zusammenführen von Informationen (bspw. Überweisungsberichte von Pflege und Arztdienst) und Therapieergebnissen des Behandlungsteams.	

6. Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG)

IFEG-Institutionen verfügen über eine Betriebsbewilligung gemäss § 25 des Gesetzes über den selbstbestimmten Leistungsbezug durch Menschen mit Behinderung (SLBG; LS 831.5). In Bezug auf die Pflegeabteilung erfüllen sie die gesundheitspolizeilichen Vorgaben für Pflegeinstitutionen im Kanton Zürich.