



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion

# Pflegeheim- bettenplanung 2027

## Provisorischer Versorgungsbericht Januar 2025





# Vorwort



Liebe Leserin  
Lieber Leser

Dank der guten Gesundheitsversorgung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und neuen Medikamenten steigt die durchschnittliche Lebenserwartung. Die ältere Bevölkerung trägt sich gut Sorge und will länger zu Hause und möglichst selbstbestimmt leben. Sie wird dabei von der ambulanten Pflege entsprechend gepflegt und betreut. Ein Eintritt ins Pflegeheim geschieht somit auch dank der Prävention immer später im Leben. Obschon neue Betreuungsformen wie altersgemischtes Wohnen oder betreutes Wohnen zunehmen, bleiben Pflegeheime zentrale Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung.

Die Zürcher Pflegeheime leisten zusammen mit der ambulanten Pflege einen zentralen Beitrag zur Langzeitpflegeversorgung der Zürcher Bevölkerung. Aufgrund des Bevölkerungswachstums und des demografischen Wandels nimmt der Anteil der älteren Bevölkerung stark zu. Diese Herausforderungen betreffen auch die Langzeitpflege. Es braucht in den kommenden Jahrzehnten genügend Pflegeheimplätze, spezialisierte Angebote und das entsprechende Personal.

Die Gesundheitsdirektion hat deshalb in enger Zusammenarbeit mit dem Verband der Gemeindepräsidenten des Kantons Zürich (GPV) und der Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich (GeKoZH) das Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027 vorbereitet. Ziel ist es, eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und langfristig finanzierbare stationäre Pflegeversorgung für die Zürcher Bevölkerung zu gewährleisten. Mit seiner neuen Planung legt der Kanton Zürich eine neue Pflegeheimliste fest, die vorgibt, welche Pflegeheime künftig zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen können.

Der vorliegende provisorische Versorgungsbericht enthält die Planungsgrundlagen für die neue Zürcher Pflegeheimliste. Diese sehen vor, dass in Zukunft die bedarfsgerechte Planung auf regionaler Ebene erfolgt. Hierzu bildeten die Gemeinden unter der Leitung des GPV eigene Versorgungsregionen. Den Versorgungsregionen und den entsprechenden Gemeinden kommt sowohl innerhalb des Projekts als auch in der zukünftigen Planung eine wichtige Rolle zuteil. Neben Pflegeheimen, die vorwiegend allgemeine, integrierte Pflegeleistungen anbieten, gibt es im Kanton Zürich auch Pflegeheime, die spezialisierte Langzeitpflege anbieten. Mit Berücksichtigung der spezialisierten Langzeitpflege wird einerseits die Transparenz für die Gemeinden, die Bevölkerung und die Zuweisenden erhöht, andererseits werden die Pflegeangebote erstmalig in der Versorgungsplanung berücksichtigt. Um alle bestehenden und neuen Pflegeheime gleich zu behandeln, wird für die Festsetzung der neuen Pflegeheimliste ein Antragsverfahren für alle Pflegeheime durchgeführt.

Mit der Pflegeheimbettenplanung stellt die Gesundheitsdirektion gemeinsam mit den Gemeinden eine zukunftsfähige stationäre Pflegeversorgung im Kanton Zürich sicher.

Regierungspräsidentin Natalie Rickli  
Gesundheitsdirektorin Kanton Zürich

# Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden provisorischen Versorgungsbericht informiert die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich über das Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027. Es werden wichtige Grundsatzentscheide sowie Zwischenergebnisse der ersten Projektetappe, die Planungsgrundlagen, publiziert.

Die Gemeinden des Kantons Zürich gewährleisten bereits heute eine qualitativ hochstehende Pflegeversorgung in der stationären Langzeitpflege. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Steuerung der Bettenkapazitäten gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) erarbeitet das Amt für Gesundheit der Gesundheitsdirektion das Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027. Die Umsetzung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Verband der Gemeindepräsidenten des Kantons Zürich (GPV) und der Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich (GeKoZH). Die Planungsgrundlagen werden in der neuen Verordnung über die Planung der stationären Pflegeversorgung verankert. Diese befindet sich parallel zum vorliegenden provisorischen Versorgungsbericht in Vernehmlassung. Der provisorische Versorgungsbericht beschreibt die Grundlagen der Weiterentwicklung der Versorgungsplanung der stationären Langzeitpflege. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Planungsgrundlagen kurz zusammengefasst.

## Versorgungsregionen

Um eine für alle Regionen im Kanton Zürich bedarfsgerechte stationäre Pflegeversorgung sicherzustellen, erfolgt die Planung der Pflegeheimbetten in funktionalen Räumen, den sogenannten Versorgungsregionen. Unter der Leitung des GPV verständigten sich die 160 Gemeinden des Kantons Zürich, sich in 18 Versorgungsregionen zu organisieren. Bei sechs Bezirken entspricht die Versorgungsregion dem Bezirk. Die restlichen Bezirke haben sich weiter unterteilt in zwei bis maximal drei Versorgungsregionen. Wenige Gemeinden haben sich einer Versorgungsregion in einem anderen Bezirk angeschlossen. Die Versorgungsregionen haben eine zentrale Rolle in der zukünftigen Praxis der Pflegeheimbettenplanung.

## Neue Systematik der Pflegeheimliste

Im Vergleich zur heutigen Pflegeheimliste zeichnet sich die Pflegeheimliste ab 2027 durch differenziertere Pflegeleistungsangebote aus. Dies fördert eine bedarfsgerechtere Versorgung und bietet eine höhere Transparenz über das Leistungsangebot von Pflegeheimen. Neu wird zwischen Betten der allgemeinen und der spezialisierten Langzeitpflege sowie der Akut- und Übergangspflege (AÜP) unterschieden. Denn neben Pflegeheimen, die ausschliesslich oder vorwiegend ein allgemeines, integriertes Pflegeangebot bereitstellen, gibt es Pflegeheime, die zusätzlich Betten der spezialisierten Langzeitpflege oder der AÜP anbieten. Für Bewohnende solcher spezialisierten Pflegeheime ist oftmals ein hoher Grad an spezialisierter Versorgung notwendig, um eine patientengerechte Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

In Zusammenarbeit mit Gemeindevertretungen, deren Verbänden GeKoZH und GPV, sowie Leistungserbringerverbänden wurden folgende vier Angebote der spezialisierten Langzeitpflege identifiziert und definiert: IFE<sup>1</sup>-Institutionen mit Pflegebetten, Somatische Komplexpflege, Spezialisierte Palliative Care und Spezialisierte Psychiatriepflege. Im Rahmen der Konzeption der Angebote der spezialisierten Langzeitpflege wurde auch eine Neuregelung der AÜP im Kanton Zürich erarbeitet. Um die entsprechenden Pflegeheime der spezialisierten Langzeitpflege und der AÜP zu identifizieren und einen einheitlichen Mindeststandard zu gewährleisten, werden pro Angebot leistungsspezifische Anforderungen durch die Gesundheitsdirektion festgelegt.

## Bedarfsprognose und Versorgungsplanung

Eine weitere wesentliche Neuerung in der Versorgungsplanung ist der Einbezug des prognostizierten Bedarfs an Pflegeheimbetten für die Festsetzung der Pflegeheimliste. Die Gesundheitsdirektion hat dazu das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragt, eine aktualisierte Bedarfsentwicklungsstudie zu erstellen. Diese statistischen Grundlagen dienen als Ausgangspunkt für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung. Dabei wurden epidemiologische und versorgungspolitische Szenarien sowie ein Wanderungs- und Auslastungsfaktor berücksichtigt. Für die bedarfsgerechte Festsetzung der Pflegeheimliste werden regionale Planungsbandbreiten festgelegt. Beantragte Betten werden nur bis zur Obergrenze der regionalen Planungsbandbreiten auf die Pflegeheimliste aufgenommen. Die Versorgungsregionen wurden bei der Festlegung der regionalen Planungsbandbreiten sowie der Planungsmechanismen eng in die Projektarbeiten einbezogen.

<sup>1</sup> Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen.

Das Angebot an Pflegeheimbetten im Kanton Zürich im Jahr 2022 deckt die prognostizierte Nachfrage voraussichtlich bis mindestens 2030. Ab dem Jahr 2035 steigt gemäss Prognose der Bedarf gegenüber dem heutigen Angebot an Pflegeheimbetten. Die rollierende Planung sieht vor, dass die Bedarfsprognose alle fünf Jahre aktualisiert wird. Dadurch wird sichergestellt, dass der Bettenbedarf für die jeweils nächsten zehn Jahre entsprechend geplant wird. Für die Angebote der spezialisierten Langzeitpflege und der AÜP wurde je eine kantonale Planungsbandbreite festgelegt.

## **Antrags- und Evaluationsverfahren**

Im Rahmen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027 wird ein Antrags- und Evaluationsverfahren sowohl für bestehende als auch für geplante Pflegeheime mit Standort im Kanton Zürich durchgeführt. Alle interessierten Pflegeheime im Kanton Zürich können in einem zwei-monatigen Antragsverfahren einen Antrag zur Aufnahme auf die neue Zürcher Pflegeheimliste 2027 stellen. Auch Anträge betreffend die spezialisierte Langzeitpflege und die AÜP können eingereicht werden.

Das prozessuale Vorgehen zur Evaluation der Anträge gliedert sich in zwei Phasen. In einer ersten Phase wird geprüft, ob die Pflegeheime definierte Mindestanforderungen erfüllen. In Versorgungsregionen, in welchen die beantragten Betten die vordefinierte Bandbreite übersteigen, kommt es in einer zweiten Phase zu einem Auswahlverfahren. Anhand definierter Kriterien wird in Abstimmung mit den Versorgungsregionen beurteilt, welche Pflegeheime mit welcher Bettenzahl auf die Pflegeheimliste aufgenommen werden sollen, um den Bettenbedarf zu decken. Die Pflegeheimliste wird durch den Regierungsrat festgesetzt.

## **Praxis betreffend Änderungen der Pflegeheimliste ab 2027**

Nach der Festsetzung der neuen Pflegeheimliste müssen Listenpflegeheime Änderungsvorhaben betreffend die Pflegeheimliste, wie beispielsweise die Reduktion der Bettenzahl, bei der Gesundheitsdirektion zur Genehmigung einreichen. Ebenso sind Anträge von neuen Pflegeheimen zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste an die Gesundheitsdirektion zu richten. Dabei werden die Gemeinden respektive die Versorgungsregionen betreffend Änderungen der Pflegeheimliste stets angehört.

Die Gesundheitsdirektion wird die Planungsgrundlagen erstmals im Jahr 2030 und anschliessend alle fünf Jahre überprüfen und neue Planungsbandbreiten festsetzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht jede Anpassung der Bandbreiten eine umfassende Neuplanung einschliesslich Durchführung aller Planungsschritte (d. h. Antrags- und Evaluationsverfahren) sowie eine Neufestsetzung der Pflegeheimliste nach sich zieht. Bei der Überprüfung der Planungsgrundlagen werden die Gemeinden respektive die Versorgungsregionen eng in die Arbeiten einbezogen.

# Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>10</b>
1.1	Rechtliche Grundlagen	10
1.2	Finanzierung der stationären Langzeitpflege	11
1.3	Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027	14
1.4	Zweck und Aufbau des provisorischen Versorgungsberichts	16
<b>2.</b>	<b>Konzeptionelle Weiterentwicklung der Versorgungsplanung</b>	<b>20</b>
2.1	Bildung von Versorgungsregionen	20
2.2	Systematik der Pflegeheimliste ab 2027	23
2.3	Spezialisierte Langzeitpflege	24
2.4	Akut- und Übergangspflege (AÜP)	29
<b>3.</b>	<b>Statistische Grundlagen für die Versorgungsplanung</b>	<b>32</b>
3.1	Einleitende Bemerkungen	32
3.2	Bevölkerungsentwicklung	33
3.3	Allgemeine Langzeitpflege	35
3.4	Spezialisierte Langzeitpflege	47
3.5	Akut- und Übergangspflege	50
<b>4.</b>	<b>Antrags- und Evaluationsverfahren</b>	<b>54</b>
4.1	Antragsverfahren	54
4.2	Evaluationsverfahren: Übersicht	55
4.3	Evaluationsverfahren: Anforderungen und Kriterien	57
<b>5.</b>	<b>Ausblick</b>	<b>64</b>
5.1	Nächste Schritte im Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027	64
5.2	Übergangsphase von heutiger zu zukünftiger Praxis	64
5.3	Zürcher Pflegeheimliste: Zukünftige Praxis	64
5.4	Periodische Überprüfung der Planungsgrundlagen	66

<b>6.</b>	<b>Anhang</b>	<b>70</b>
6.1	Beilage zum gemeinsamen Informationsschreiben der Gesundheitsdirektion Zürich, GPV Zürich und GeKoZH vom 13. Februar 2024 an die Zürcher Gemeinden (Zeitangaben entsprechend veraltet):	70
6.2	Zuteilung der Gemeinden zu den Versorgungsregionen	73
6.3	Verteilung der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppe und Versorgungsregionen, 2022	74
6.4	Prozentuale Bevölkerungsentwicklung 2022–2030 und 2022–2045, nach Altersgruppe und Versorgungsregion	75
6.5	Liste der aus der Bedarfsentwicklungsstudie ausgeschlossenen Pflegeheime	76
6.6	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen in Zürcher Pflegeheimen nach Altersgruppe (Langzeitaufenthalte)	77
6.7	Verteilung der Zürcherinnen und Zürcher ab Alter 65 Jahre nach Pflegestufen, 2022	78
6.8	Versorgungspolitische Szenarien zur Bestimmung der Unter- und Obergrenze der regionalen Planungsbandbreiten für die Planungsperiode 2027–2030	79
6.9	Pflegeheimbewohnende nach Herkunftsregion/ausserkantonale und Standort der Pflegeheime absolut und in Prozent, 2022	83
6.10	Regionale Planungsbandbreiten für die Jahre 2030, 2035 und 2040	85
6.11	Anzahl Bewohnende und Pflegetage AÜP je Pflegeheim (vollständige Liste)	86
6.12	Evaluationsverfahren: Wirtschaftlichkeitskriterien	88
6.13	Evaluationsverfahren: Weitere Auswahlkriterien bei prognostizierter Überversorgung	89
6.14	Leistungsspezifische Anforderungen – IFEG-Institutionen	90
6.15	Leistungsspezifische Anforderungen – Somatische Komplexpflege	91
6.16	Leistungsspezifische Anforderungen – Spezialisierte Palliative Care	92
6.17	Leistungsspezifische Anforderungen – Spezialisierte Psychiatriepflege	93
6.18	Leistungsspezifische Anforderungen – Akut- und Übergangspflege	94
<b>7.</b>	<b>Glossar und Verzeichnisse</b>	<b>98</b>
7.1	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	98
7.2	Abbildungsverzeichnis	100



# 1

# Rahmenbedingungen

**1.1 Rechtliche Grundlagen**

**1.2 Finanzierung der stationären Langzeitpflege**

**1.3 Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027**

**1.4 Zweck und Aufbau des provisorischen Versorgungsberichts**

# 1. Rahmenbedingungen

In den folgenden Kapiteln werden die rechtlichen Grundlagen und die Finanzierung der stationären Langzeitpflege erläutert. Es folgt zudem ein Überblick zum Aufbau und Ablauf des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027.

## 1.1 Rechtliche Grundlagen

Auf Bundesebene sind die rechtlichen Grundlagen für die Planung und den Erlass der Pflegeheimlisten im Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10), in der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) und in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (VKL, SR 832.104) zu finden. Im Kanton Zürich sind die rechtlichen Grundlagen im Pflegegesetz vom 27. September 2010 (LS 855.1), in der Verordnung der Gesundheitsdirektion über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010 (LS 855.11) und im Entwurf der Verordnung über die Planung der stationären Pflegeversorgung (nachfolgend E-VO Pflegeplanung) verankert. Bei der Pflegeheimbettenplanung gelten – wie bei jedem behördlichen Handeln – die allgemeinen Prinzipien des Verwaltungsrechts, wie beispielsweise der Grundsatz der rechtsgleichen Behandlung, des rechtlichen Gehörs sowie der staatlichen Wettbewerbsneutralität.

### 1.1.1 Bundesrecht

Gemäss Art. 39 KVG sind die Kantone verpflichtet, eine Planung für eine bedarfsgerechte stationäre Pflegeversorgung durchzuführen und gestützt darauf eine Pflegeheimliste zu erlassen. Die auf dieser Liste geführten Institutionen sind berechtigt, ihre Pflegeleistungen zu lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen. Die Kriterien für die Planung von Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen sind in Art. 58a–58d KVV festgelegt. Am 23. Juni 2021 hat der Bundesrat verschiedene dieser Planungskriterien, einschliesslich derjenigen für Pflegeheime, präzisiert. Diese Anpassungen sind am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Gemäss den Übergangsbestimmungen müssen die Pflegeheimlisten innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der KVV-Änderung vom 23. Juni 2021, das heisst spätestens bis zum 1. Januar 2027, den neuen Planungskriterien entsprechen. Gemäss Art. 39 KVG in Verbindung mit Art. 58a und 58b KVV muss sich die Zulassung von Pflegeheimen auf einer Planung für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung stützen. Die Planung der Pflegeleistungen für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen erfolgt kapazitätsbezogen (Art. 58c Bst. c KVV) und in nachvollziehbaren Schritten, wobei namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche abzustützen ist (Art. 58b Abs. 1 KVV). Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung (Art. 58b Abs. 4 Bst. a KVV), wobei die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei Pflegeheimen gemäss Art. 58d Abs. 1 Satz 2 KVV «in angemessener Weise zu berücksichtigen» ist. Art. 58d Abs. 2 KVV hält schliesslich Mindestanforderungen bezüglich der Qualität der Pflegeheime fest. Die Planung ist periodisch zu überprüfen (Art. 58a Abs. 2 KVV).

### 1.1.2 Kantonales Recht

Gemäss §4 Abs. 1 des Pflegegesetzes erlässt der Regierungsrat gestützt auf das KVG eine Pflegeheimliste. Er kann die Zuständigkeit zur Aktualisierung der Pflegeheimliste an die Gesundheitsdirektion delegieren (§4 Abs. 2 Pflegegesetz). Die Gemeinden haben unter anderem für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner zu sorgen; sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime (§5 Abs. 1 Pflegegesetz). Sie stellen dabei die Pflegeleistungen gemäss Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes, Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG sowie die notwendigen Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung in Pflegeheimen sicher (§5 Abs. 2 lit. a–c Pflegegesetz). Kann eine pflegebedürftige Person nicht durch Leistungserbringer der Gemeinde oder von diesen beauftragten Leistungserbringern versorgt werden, vermittelt die Gemeinde auf Verlangen der pflegebedürftigen Person innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer (§6 Pflegegesetz). Die Gemeinde plant ihr Angebot an Pflegeheimplätzen nach anerkannten Methoden; die Direktion kann dazu Vorschriften erlassen oder eine Methode verbindlich erklären (§8 Pflegegesetz). Die Gesundheitsdirektion kann zudem nach Anhörung der Gemeinden und der Fachverbände der Leistungserbringer Vorschriften zum Angebot und zur Qualität der Leistungserbringung erlassen. Sie kann entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären (§5 Abs. 3 Pflegegesetz). Die Finanzierung von Pflegeleistungen richtet sich grösstenteils nach Bundesrecht; die Restkostenfinanzierung, die im Zuständigkeitsbereich der Kantone liegt, ist in §§9 ff. des Pflegegesetzes geregelt.

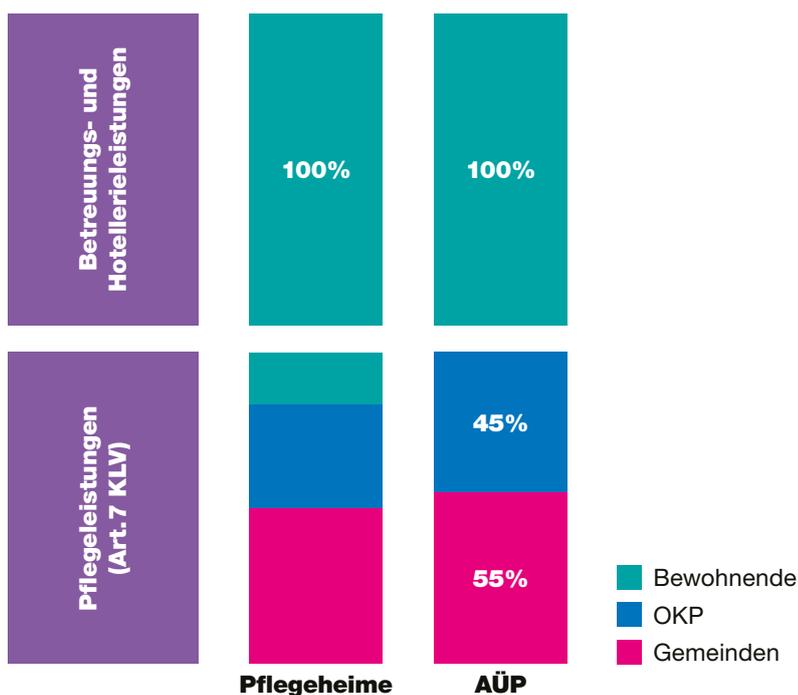
Das Leistungsangebot und der Versorgungsauftrag der Gemeinden im Bereich der Pflegeversorgung sind in der Verordnung der Gesundheitsdirektion über die Pflegeversorgung geregelt.

Da im Kanton Zürich bisher alle Pflegeheime, die über eine gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung verfügen, ohne Prüfung des Bedarfs auf die Pflegeheimliste aufgenommen wurden, enthalten weder das Pflegegesetz noch die Verordnung über die Pflegeversorgung Bestimmungen zu den Planungsgrundsätzen. Die Grundlagen zur Ausführung und zum Vollzug der oben genannten bundesrechtlichen Vorgaben wurden im Rahmen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027 erarbeitet und sollen in der neu zu erlassenden E-VO Pflegeplanung, welche sich derzeit in Vernehmlassung befindet, verankert werden. In der E-VO Pflegeplanung werden insbesondere die Grundlagen zur Bedarfsprognose (§5), die Anforderungen an die Leistungserbringer (§6f.) und die Modalitäten der Leistungsaufträge (§8 ff.) festgehalten.

## 1.2 Finanzierung der stationären Langzeitpflege

Im Folgenden wird die Finanzierung von Leistungen eines Pflegeheims genauer erläutert.<sup>1</sup> Zudem wird auf die Finanzierung der AÜP in Pflegeheimen eingegangen. Bei der Finanzierung von Leistungen eines Pflegeheims wird zwischen Pflegeleistungen (Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31]) und Betreuungs- und Hotellerieleistungen unterschieden (vgl. Abbildung 1). Erstere werden von den Gemeinden, der OKP und den Bewohnenden finanziert. Betreuungs- und Hotellerieleistungen werden in der Regel vollständig von den Bewohnenden finanziert.

**Abbildung 1: Schematische Übersicht der Finanzierung von Leistungen eines Pflegeheims**



Quelle: Eigene Darstellung.

### 1.2.1 Pflegeleistungen

Der erste Kostenträger von Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV ist die OKP. Die Kosten der Pflegeleistungen gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherung vorgeschriebenen Umfang zulasten der Versicherten (§9 Abs. 1 Pflegegesetz). Die Finanzierung von Pflegeleistungen der Pflegeheime erfolgt gemäss dem zwölfstufigen Modell für die Festlegung des Pflegebedarfs. In Art. 7a Abs. 3 KLV wird festgelegt, dass die OKP für Pflegeheime folgende Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2) pro Tag übernimmt (vgl. Abbildung 2):

<sup>1</sup> Weiterführende Informationen zur Pflegefinanzierung finden sich unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheits/heime-spitex/pflegefinanzierung.html>.

**Abbildung 2: OKP-Beiträge Pflegeleistungen pro Tag**

Pflegebedarf in Minuten pro Tag	Beitrag Fr./Tag
bis 20 Minuten	9.60
21 bis 40 Minuten	19.20
41 bis 60 Minuten	28.80
61 bis 80 Minuten	38.40
81 bis 100 Minuten	48.00
101 bis 120 Minuten	57.60
121 bis 140 Minuten	67.20
141 bis 160 Minuten	76.80
161 bis 180 Minuten	86.40
181 bis 200 Minuten	96.00
201 bis 220 Minuten	105.60
mehr als 220 Minuten	115.20

Quelle: Eigene Darstellung.

In den Pflegeheimen im Kanton Zürich wird der zur Bestimmung der Pflegestufe benötigte Pflegebedarf mit den Bedarfserhebungsinstrumenten BESA oder RAI/RUG ermittelt. Die durch die OKP zu übernehmenden Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen wurden erstmals per 2011 ohne zeitliche Begrenzung festgelegt. Eine Anpassung der Beiträge erfolgte erstmals per 1. Januar 2020 aufgrund einer Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Das bedeutet, dass Kostenentwicklungen vor allem zulasten der öffentlichen Hand gehen (Restkostenfinanzierung).<sup>2</sup>

Der zweite Kostenträger von Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV sind die Bewohnenden selbst. Die verbleibenden Kosten werden gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG im höchstzulässigen Umfang (max. 20% von Fr. 115.20 = Fr. 23.00) den Bewohnenden überbunden (§9 Abs. 2 Pflegegesetz). Der Beitrag an die Pflegeleistungen durch die Bewohnenden ist daher begrenzt. Die Gemeinden können diese Kostenbeteiligung ganz oder teilweise übernehmen (§9 Abs. 3 Pflegegesetz).

Der dritte Kostenträger von Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV sind die Gemeinden. Im Kanton Zürich haben die Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre Pflegeversorgung zu sorgen. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen (mittels Leistungsvereinbarung) von Dritten betriebene Pflegeheime (§5 Abs. 1 Pflegegesetz). In beiden Fällen gilt, dass die nach Abzug der Beiträge der Sozialversicherer und des begrenzten Bewohnendenbeitrags verbleibenden Kosten bei Pflegeleistungen (Pflegerestkosten) von den Gemeinden zu tragen sind (§9 Abs. 4 Pflegegesetz). Im Kanton Zürich sind die von der öffentlichen Hand zu tragenden Pflegerestkosten grundsätzlich nicht begrenzt.<sup>3</sup>

Im Kanton Zürich gibt es Pflegeheime ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde. Ausserdem können Bewohnende aufgrund der freien Heimwahl auch in Pflegeheime, welche keine Leistungsvereinbarung mit ihrer Wohnsitzgemeinde haben. Bei Aufenthalt in Pflegeheimen ohne Leistungsvereinbarung mit der Wohnsitzgemeinde, müssen die Gemeinden die Pflegerestkosten nur bis zur Obergrenze des Normdefizits übernehmen (§§ 15–17 Pflegegesetz). Das Normdefizit entspricht den Pflegerestkosten eines Pflegeheims, das durchschnittlich kostengünstig arbeitet (50. Perzentil). Das Normdefizit wird jährlich durch die Gesundheitsdirektion aktualisiert.<sup>4</sup> Hat ein Pflegeheim ohne Leistungsvereinbarung im Einzelfall höhere, durch das Normdefizit nicht gedeckte Kosten, gehen die Pflegerestkosten zulasten des Pflegeheims beziehungsweise dessen Rechtsträger. Pflegeheime ohne Leistungsvereinbarung mit der Wohnsitzgemeinde der Bewohnerin oder des Bewohners sind nicht verpflichtet, die pflegebedürftige Person aufzunehmen. Die pflegebedürftige Person wird dadurch nicht benachteiligt, denn sie hat gemäss Pflegegesetz auf jeden Fall Anspruch auf einen Pflegeheimplatz. Wenn eine Gemeinde die Pflegeversorgung in keinem eigenen oder

<sup>2</sup> Mit Einführung der «Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär» per 1. Januar 2028 (einschliesslich Einbezug der Pflege per 1. Januar 2032) wird sich voraussichtlich das gesamte Finanzierungssystem in der Gesundheitsversorgung, einschliesslich Pflegeversorgung, ändern.

<sup>3</sup> Die Finanzierung der Pflegerestkosten ist ein erheblicher Teil der Gemeindeausgaben, welcher in den vergangenen Jahren fast ausschliesslich zugenommen hat. Zurückzuführen ist dies auf eine zunehmend alternde Bevölkerung, welche Pflege benötigt.

<sup>4</sup> Vgl. die aktuellen Vorgaben der Gesundheitsdirektion zu Normdefiziten und Rechnungslegung: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html>

nicht in einem beauftragten Pflegeheim zur Verfügung stellen kann, kann das von der Person gewählte Pflegeheim der Wohnsitzgemeinde die tatsächlichen, unter Umständen über dem Normdefizit liegenden Pflegerestkosten in Rechnung stellen (§§ 6 und 14 Pflegegesetz). Damit wird dem Zweck des nach oben beschränkten Selbstkostenanteils bei den Pflegeleistungen der versicherten Person – diese vor einer übermässigen finanziellen Last zu schützen – Rechnung getragen.

### 1.2.2 Betreuungs- und Hotellerieleistungen

Anders als bei Spitalaufenthalten gehen die Kosten für Betreuungs- und Hotellerieleistungen (Aktivierung, Unterkunft, Verpflegung usw.) des Pflegeheims zulasten der Bewohnenden. Pflegeheime verrechnen üblicherweise Taxen pro Tag. Die Gemeinden können diese Kosten ganz oder teilweise übernehmen (§ 12 Abs. 1 Pflegegesetz). In § 12 Abs. 2 des Pflegegesetzes wird geregelt, dass Pflegeheime, die von einer oder mehreren Gemeinden betrieben werden oder beauftragt sind, bei Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Gemeinden für Betreuungs- und Hotellerieleistungen höchstens kostendeckende Taxen verrechnen dürfen. Sie weisen die Einhaltung dieser Vorgabe in der Jahresrechnung aus.

Pflegeheime ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde sind frei in der Festlegung ihrer Taxen. Teilweise werden gewisse Zuschläge für einen erhöhten Betreuungsaufwand, beispielsweise bei Demenzerkrankungen, verrechnet. Die Höhe der Betreuungs- und Hotellerietaxen variiert je nach Pflegeheim und dessen Serviceangebot.

Bewohnende in finanziell bescheidenen Verhältnissen haben Anspruch auf Ergänzungsleistungen.<sup>5</sup> Die Ergänzungsleistungen helfen, wenn die Renten und das Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken können. Über die Ergänzungsleistungen werden somit auch Betreuungs- und Hotellerieleistungen aus der öffentlichen Hand mitfinanziert.<sup>6</sup>

### 1.2.3 Akut- und Übergangspflege

Falls notwendig, werden im Anschluss an einen Spitalaufenthalt Leistungen der AÜP ärztlich angeordnet. Patientinnen und Patienten sollen schnellstmöglich ihre selbstständige Alltagskompetenz erlangen und in ihr angestammtes Wohnumfeld zurückkehren können. Zentral ist, dass keine Spitalbedürftigkeit gemäss Art. 49 Abs. 4 KVG mehr gegeben ist. Diese Leistungen werden von der OKP und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (vgl. Art. 49a KVG). Der kantonale Anteil im Kanton Zürich wird seit dem 1. Januar 2012 gestützt auf § 10 Abs. 1 des Pflegegesetzes vollumfänglich von den Gemeinden finanziert. Der Regierungsrat legt diesen Anteil an den zu finanzierenden Tarifen fest (aktuell 55%).<sup>7</sup> Im Kanton Zürich müssen die Gemeinden die Versorgung der Leistungen der AÜP gemäss KVG sicherstellen (§ 5 Abs. 2 lit. b Pflegegesetz).

Im Kanton Zürich erbringen verschiedene Pflegeheime Leistungen der AÜP. Für die Finanzierung der Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV vereinbaren Versicherer und Leistungserbringer Tarife. Für den Kanton Zürich gelten seit dem 1. Januar 2023 die folgenden zwischen ARTISET Zürich und den drei Einkaufsgemeinschaften verhandelten Tarife (vgl. Abbildung 3):

**Abbildung 3: AÜP-Tarife für Pflegeleistungen im Kanton Zürich**

Einkaufsgemeinschaft	tarifsuisse ag	Einkaufsgemeinschaft HSK AG	CSS Kranken-Versicherung AG
Tarif	Fr. 220/Tag	Fr. 178/Tag <sup>8</sup>	Fr. 168/Tag <sup>8</sup>

Quelle: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html>

Den Bewohnenden dürfen für die AÜP keine Patientenbeiträge für die Pflegeleistungen in Rechnung gestellt werden. Die Betreuungs- und Hotellerieleistungen im Rahmen der AÜP gehen jedoch vollständig zulasten der Bewohnenden.

<sup>5</sup> Im Kanton Zürich wird im Zusammenhang mit den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV auch von Zusatzleistungen gesprochen.

<sup>6</sup> Weiterführende Informationen zu Ergänzungsleistungen zur AHV/IV finden sich unter: <https://www.zh.ch/de/soziales/ergaenzungsleistungen-ahv-iv.html>

<sup>7</sup> Vgl. RRB Nr. 261/2023: <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rrb/regierungsratsbeschluss-261-2023.html>

<sup>8</sup> Provisorischer Tarif für die Dauer des beim Regierungsrat laufenden Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahrens. Eine Rückabwicklung der Differenz zwischen dem provisorischen und einem neuen, genehmigten oder rechtskräftig festgesetzten Tarif, bleibt vorbehalten.

## 1.3 Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027

In diesem Kapitel wird eine Übersicht über die zentralen Themen des Projekts gegeben, um dessen Ziele, Ansatz und wesentliche Rahmenbedingungen darzustellen.

### 1.3.1 Ausgangslage

Die Errichtung und der Betrieb von Pflegeheimen liegen seit mehr als 50 Jahren im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden. 1997 erliess der Regierungsrat gestützt auf das Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 erstmalig eine Zürcher Pflegeheimliste (Beschluss Nr. 2609/1997). Diese umfasste alle Pflegeheime mit Standort im Kanton Zürich, die über eine Bewilligung der Gesundheitsdirektion zur Führung von Pflegebetten verfügten. Diesem Konzept folgend, ermächtigte der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion, die Pflegeheimliste jeweils um jene Institutionen zu ergänzen, die von ihr in Zukunft eine gesundheitspolizeiliche Bewilligung zur Führung von Pflegebetten erhielten. Im Gegenzug waren die Heime von der Liste zu entfernen, die diese Bewilligung verloren. Diese Praxis gilt noch heute: Wer über eine gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung nach §35 Abs. 2 lit. b des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 (GesG, LS 810.1) verfügt, wird auf die Pflegeheimliste aufgenommen, auch ohne die Berücksichtigung des (prognostizierten) Bedarfs an Pflegeheimbetten.

Der Regierungsrat kam bei der Festsetzung der ersten Pflegeheimliste zum Schluss, dass auf eine kantonale Planung zu verzichten sei. Er liess sich dabei von folgenden Überlegungen leiten: Anders als in den Spitälern stellen die Pensionskosten (Hotellerie bzw. Kosten für Unterkunft und Verpflegung) bei Pflegeheimen keine Pflichtleistungen dar und gehen nicht zulasten der OKP (vgl. Kapitel 1.2.2). Da nur diejenigen Pflegeleistungen zu übernehmen sind, die aufgrund individueller Bedarfsabklärungen auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV), hat die Steuerung der Menge an Pflegeleistungen nach medizinischen Gesichtspunkten und nicht über eine Beschränkung der Zahl stationärer Betten zu erfolgen. Der Bundesrat bestätigte diese Haltung im Grundsatz in einem Entscheid über die Beschwerde, die ein Pflegeheim gegen die Zürcher Pflegeheimliste (RRB Nr. 2609/1997) erhoben hatte.<sup>9</sup>

Statt einer zentralen Steuerung der Pflegeversorgung nach Betten und Bevölkerungswachstum im Kanton Zürich überliess es der Regierungsrat weiterhin den Gemeinden, für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung zu sorgen. Diese Zuständigkeitsregelung wurde auf das Jahr 2011 vom alten Gesundheitsgesetz ins neue Pflegegesetz überführt. Nach dessen §5 Abs. 1 können die Gemeinden eigene Pflegeeinrichtungen betreiben oder Dritte damit beauftragen, um den Bedarf an Pflegeleistungen auf ihrem Gebiet zu decken (vgl. Kapitel 1.2.1). Es steht ihnen frei, ihre Planung mit anderen Gemeinden zu koordinieren.

Um die Gemeinden bei ihren Planungen zu unterstützen, beauftragte die Gesundheitsdirektion in den letzten Jahren das Obsan, umfassende Bedarfsentwicklungsstudien für die stationäre Langzeitpflege im Kanton Zürich zu erstellen. Trotz dieser Bedarfsentwicklungsstudien wurde der (prognostizierte) Bedarf an Pflegeheimbetten in der bisherigen Praxis zur Zürcher Pflegeheimliste nicht berücksichtigt. Der Regierungsrat hat am 11. Mai 2022 in Zusammenhang mit dem Postulat KR-Nr. 108/2019 betreffend Steuerungsmöglichkeiten mit der Pflegeheimliste zuhanden des Kantonsrates Bericht erstattet.<sup>10</sup> Er hielt im Bericht fest, dass die Gesundheitsdirektion ein Projekt unter Einbezug des Verbands der Gemeindepräsidenten des Kantons Zürich (GPV) und der Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich (GeKoZH) zur Festsetzung der neuen Pflegeheimliste starten werde, um ab 2027 eine bundesrechtkonforme bedarfsgerechte Steuerung der Bettenkapazitäten sicherzustellen.<sup>11</sup> Das innerhalb der Gesundheitsdirektion zuständige Amt für Gesundheit hat daraufhin mit den Projektinitialisierungsarbeiten begonnen. Mit Beschluss vom 25. Oktober 2023 hat der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion sodann beauftragt, zur Umsetzung der Bestimmungen des KVG eine neue Pflegeheimbettenplanung auf das Jahr 2027 vorzubereiten.<sup>12</sup>

### 1.3.2 Ziele

Übergeordnetes Ziel des Projekts ist die Festsetzung einer neuen Zürcher Pflegeheimliste auf den 1. Januar 2027, die eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und langfristig finanzierbare stationäre Pflegeversorgung der Zürcher Bevölkerung gewährleistet. Das Projektziel erfüllt damit die Vorgaben des Regierungsrates und unterstützt die Umsetzung des langfristigen Ziels 4.3 innerhalb der Richtlinien der Regierungspolitik 2023–2027<sup>13</sup>: «Die Gesundheitsversorgung ist hochstehend, wirtschaftlich tragbar und für die gesamte Bevölkerung zugänglich.»

<sup>9</sup> Vgl. Bundesratsentscheid vom 25. November 1998 i. S. Pflegeheim Sonnmatt AG, Gächlingen, gegen Kanton Zürich betreffend Festsetzung der Zürcher Pflegeheimliste.

<sup>10</sup> Vgl. Antwort des Regierungsrates vom 11. Mai 2022 zum Postulat KR-Nr. 108/2019 betreffend Steuerungsmöglichkeiten mit der Pflegeheimliste (Vorlage 5833), RRB Nr. 724/2022: <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rrb/regierungsratsbeschluss-724-2022.html>

<sup>11</sup> Im Juni 2022 empfahl auch die GeKoZH in einem Bericht zur Versorgungsplanung die stärkere Berücksichtigung des Bedarfs: <https://geko-zh.ch/publikationen/eigene-publikationen/category/73-eigene-publikationen>

<sup>12</sup> Vgl. RRB Nr. 1227/2023: <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rrb/regierungsratsbeschluss-1227-2023.html>

<sup>13</sup> Vgl. Richtlinien der Regierungspolitik 2023–2027: <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/richtlinien-der-regierungspolitik-2023-2027.html>

Neben der Festsetzung der neuen Pflegeheimliste sind im Zuge des Projekts neue Grundlagen und Prozesse rund um die Versorgungsplanung der stationären Langzeitpflege zu etablieren. Dies betrifft unter anderem die Einteilung der Gemeinden in Planungsgebiete, die sogenannten Versorgungsregionen (vgl. Kapitel 2.1). Im Rahmen des Projekts sollen für die durch die Gemeinden definierten Versorgungsregionen im Kanton Zürich eine Bedarfsprognose und -planung erstellt werden, auf der die neue Pflegeheimliste basieren wird. Ebenfalls soll die zukünftige Praxis der Versorgungsplanung etabliert werden (vgl. Kapitel 3). Erstmals sollen zudem Angebote der spezialisierten Langzeitpflege auf der Pflegeheimliste abgebildet werden (vgl. Kapitel 2.3).

### 1.3.3 Abgrenzung

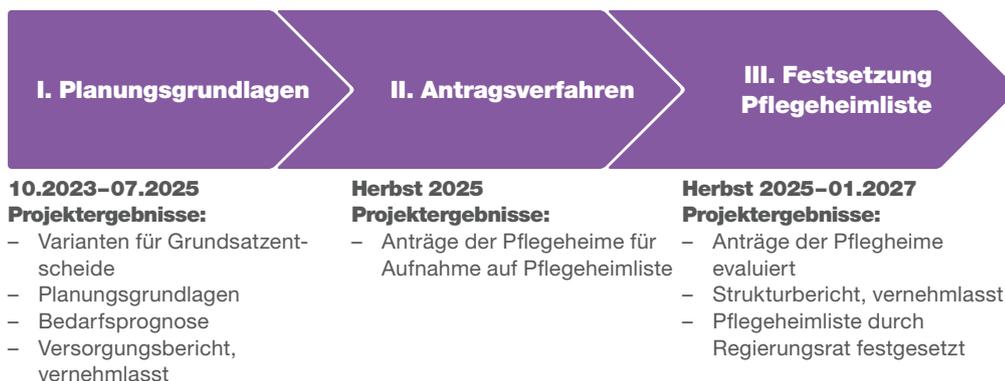
Im Rahmen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027 wird das gesamte stationäre pflegerische Angebot gemäss KLV geplant. Dies schliesst neben der Langzeitpflege sowohl die AÜP als auch die Kurzaufenthalte sowie die neu definierten Angebote der spezialisierten Langzeitpflege mit ein. Mit Blick auf die zunehmende Bedeutung des ambulanten und intermediären Langzeitbereichs und auf die Abhängigkeiten zwischen diesen Sektoren wird die Substitution von stationären Aufenthalten durch ambulante und teilweise intermediäre Angebote in der Bedarfsprognose berücksichtigt (vgl. Kapitel 3). Eine Planung der ambulanten Pflegeleistungen durch den Kanton ist aber vorerst nicht vorgesehen.

Weiter sieht die Planung vor, dass wie bisher nur Pflegeheime mit Standort im Kanton Zürich einen Antrag zur Aufnahme auf die neue Zürcher Pflegeheimliste stellen können. Begründet ist dies damit, dass die für die Langzeitpflege verantwortlichen Gemeinden die Versorgung ihrer Bevölkerung mit Pflegeheimbetten grundsätzlich lokal sicherstellen.

### 1.3.4 Umsetzungsetappen

Die Erarbeitung der Pflegeheimbettenplanung 2027 ist in drei Etappen gegliedert<sup>14</sup>: I. Planungsgrundlagen, II. Antragsverfahren<sup>15</sup>, III. Festsetzung Pflegeheimliste (vgl. Abbildung 4).

**Abbildung 4: Etappen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027<sup>16</sup>**



Quelle: Eigene Darstellung.

- I. Planungsgrundlagen: In der ersten Etappe werden die für die Pflegeheimbettenplanung 2027 notwendigen Grundsatzentscheide getroffen sowie Planungsgrundlagen erarbeitet, die im Versorgungsbericht publiziert werden. Diese umfassen insbesondere die Klärung von Grundsatzfragen zur zukünftigen Praxis der Pflegeheimbettenplanung. Zudem werden die Versorgungsregionen durch die Gemeinden gebildet. In einem Evaluationskonzept werden die Anforderungen an die Pflegeheime für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste festgelegt. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Konzeption der Angebote der spezialisierten Langzeitpflege. Eine aktualisierte Bedarfsanalyse und -prognose der Pflegeheimbetten bis 2045 durch das Obsan gehört ebenfalls zu den Planungsgrundlagen.
- II. Antragsverfahren: Sobald die neue E-VO Pflegeplanung in Kraft getreten ist, können in der zweiten Etappe des Projekts die an einem Listenplatz interessierten Pflegeheime einen Antrag zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste stellen. Dieses Verfahren läuft über eine Antragsplattform und dauert zwei Monate.

<sup>14</sup> Vgl. RRB Nr. 1227/2023, Ziff. 3: <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rb/regierungsratsbeschluss-1227-2023.html>

<sup>15</sup> Das Antragsverfahren wurde zum Zeitpunkt von RRB Nr. 1227/2023 noch als «Bewerbungsverfahren» bezeichnet.

<sup>16</sup> Da die Bedarfsprognose sowie deren Anwendung (insb. Festlegung von Bandbreiten) vertiefter als ursprünglich vorgesehen geprüft werden, haben sich zeitliche Verschiebungen innerhalb des Projektzeitplans ergeben. Nach Rücksprache mit den Gemeinde- sowie Leistungserbringerverbänden wurde der ursprüngliche Projektzeitplan entsprechend angepasst. Dies führte insbesondere zu einer späteren Veröffentlichung des provisorischen Versorgungsberichts als ursprünglich vorgesehen. Auch das Antragsverfahren für die Pflegeheime verschiebt sich dementsprechend. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Pflegeheimliste am 1. Januar 2027 bleibt unverändert.

- III. Festsetzung Pflegeheimliste: In der dritten Etappe werden die eingegangenen Anträge der Pflegeheime evaluiert. Für die Pflegeheimliste werden jene Pflegeheime ausgewählt, welche die Anforderungen erfüllen und deren Angebote dem für die Versorgungsregion ermittelten Bedarf entsprechen. Falls das Angebot an Pflegebetten derjenigen Pflegeheime, die alle Anforderungen erfüllen, grösser ist als der prognostizierte Bedarf, findet ein Auswahlprozess statt. Die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens werden in einem Strukturbericht einschliesslich provisorischer Pflegeheimliste zusammengefasst und in die Vernehmlassung gegeben. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Vernehmlassung wird der definitive Strukturbericht einschliesslich definitiver Pflegeheimliste erstellt. Der Regierungsrat setzt daraufhin die Pflegeheimliste auf der Grundlage des definitiven Strukturberichts voraussichtlich auf den 1. Januar 2027 fest.

### **1.3.5 Zusammenarbeit im Projekt**

Den Zürcher Gemeinden kommt im Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027 eine Schlüsselrolle zu. So sorgen sie für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner (§5 Pflegegesetz) und tragen gemäss §9 des Pflegegesetzes die Restkosten der Pflegeleistungen. Gemäss Beschluss des Regierungsrates<sup>17</sup> bleibt es auch unter kantonalen Planungsverantwortung bei einer dezentralen Steuerung der Bettenkapazitäten durch die Gemeinden beziehungsweise durch die zu bildenden Versorgungsregionen. Die Mitsprache der Gemeinden bei der Pflegeheimliste ist zu stärken. Der GPV und die GeKoZH wurden dazu aktiv in das Projekt einbezogen. Die Grundsatzfragen zum Planungsverfahren und zu einzelnen Prozessen wurden dementsprechend in der ersten Projektphase zusammen mit Vertretungen des GPV und der GeKoZH im Detail ausgearbeitet. Der GPV und die GeKoZH waren weiter in verschiedene Projektarbeiten involviert. Konkret schlossen sich unter der Leitung des GPV alle Zürcher Gemeinden einer der neu gebildeten Versorgungsregionen an (vgl. Kapitel 2.1). Diesen Versorgungsregionen kam bereits im Sommer und Herbst 2024 eine erste entscheidende Rolle zu, als sie die vom Obsan berechneten Zahlen zum Bettenbedarf sowie die verwendeten Szenarien prüften. Aufgrund ihrer Kenntnisse der lokalen Gegebenheiten und Versorgungspolitik konnten die Versorgungsregionen sachdienliche Rückmeldungen zu den regionalen Planungsbandbreiten geben (vgl. Kapitel 3). Weiter wirkte die GeKoZH wesentlich bei der Festlegung der Planungsgrundsätze im Zusammenhang mit den Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege mit (vgl. Kapitel 2.3). In Zusammenarbeit mit Vertretungen des GPV und der GeKoZH wurden zudem das Evaluationskonzept sowie die Evaluationskriterien zur Wirtschaftlichkeit erarbeitet (vgl. Kapitel 4.2 und 4.3.2).

Die Leistungserbringer, vertreten durch ihre Verbände ARTISET Zürich, senesuisse und Netzwerk Zürcher Pflegezentren / Verband Zürcher Krankenhäuser (NZP/VZK), wirkten ebenfalls in den Projektarbeiten der Gesundheitsdirektion mit. Ihre Rückmeldungen flossen gezielt in die Planungsgrundlagen der Pflegeheimbettenplanung 2027 ein. Dank der konstruktiven Zusammenarbeit mit den Verbänden sowie mit weiteren zahlreichen themenspezifischen Expertengruppen der Pflegeversorgung konnten branchengerechte und umsetzbare Lösungen erarbeitet werden.

Das Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027 wird durch ein Sounding Board begleitet. Es setzt sich zusammen aus Verbänden der Gemeinden (GPV, GeKoZH) und weiteren Gemeindevertretungen, den Leistungserbringerverbänden (ARTISET Zürich, senesuisse, NZP/VZK, Spitex Verband Kanton Zürich, Association Spitex privée Suisse [ASPS]) sowie dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).

## **1.4 Zweck und Aufbau des provisorischen Versorgungsberichts**

Mit dem vorliegenden provisorischen Versorgungsbericht informiert die Gesundheitsdirektion über die ersten Ergebnisse des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027. Es werden Details zum methodischen Vorgehen und die Zwischenergebnisse der ersten Projektetappe, die Planungsgrundlagen, publiziert.

Der Versorgungsbericht gliedert sich nachfolgend in die Beschreibung der konzeptionellen Weiterentwicklung der Versorgungsplanung der stationären Langzeitpflege (Kapitel 2). Anschliessend werden die statistischen Grundlagen für die Versorgungsplanung mit den Ergebnissen der Bedarfsprognosen erläutert (Kapitel 3). Weiter werden das Antrags- und das Evaluationsverfahren beschrieben (Kapitel 4) sowie ein Ausblick (Kapitel 5) gegeben. Vervollständigt wird der Bericht durch den Anhang (Kapitel 6), der unter anderem ein Glossar und Details der Zuteilung zu den Versorgungsregionen und den Anforderungen enthält.

<sup>17</sup> Vgl. Antwort des Regierungsrates vom 11. Mai 2022 zum Postulat KR-Nr. 108/2019 betreffend Steuerungsmöglichkeiten mit der Pflegeheimliste (Vorlage 5833), RRB Nr. 724/2022: <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rrb/regierungsratsbeschluss-724-2022.html>





# 2

## **Konzeptionelle Weiterentwicklung der Versorgungsplanung**

**2.1 Bildung von Versorgungsregionen**

**2.2 Systematik der Pflegeheimliste ab 2027**

**2.3 Spezialisierte Langzeitpflege**

**2.4 Akut- und Übergangspflege (AÜP)**

## 2. Konzeptionelle Weiterentwicklung der Versorgungsplanung

In den nachfolgenden Kapiteln werden wichtige Grundlagen für die zukünftige Versorgungsplanung sowie deren Herleitung beschrieben.

### 2.1 Bildung von Versorgungsregionen

Im Rahmen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027 wurden sogenannte Versorgungsregionen gebildet. Mit der Bildung der Versorgungsregionen wurde die planerische Grundlage für die weiteren Projektschritte geschaffen.

#### 2.1.1 Ausgangslage

Der Kanton Zürich hat 160 Gemeinden und 12 Bezirke. Eine sorgfältige Planung von Bettenkapazitäten sowie die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeversorgung ihrer Bevölkerung ist für die Gemeinden je nach Einwohnerzahl fachlich wie auch statistisch herausfordernd. Zur Unterstützung bei der Planung kann das Obsan für Gemeinden oder Gemeindeverbände mit mindestens 10 000 Einwohnerinnen und Einwohnern statistisch robuste Prognosen berechnen. Prognosen auf tieferer Ebene, zum Beispiel bei kleineren Gemeinden, sind aufgrund niedriger Einwohnerzahlen statistisch zu unsicher und daher nicht sinnvoll. Deshalb wurde in den letzten Bedarfsanalysen und -prognosen des Obsan (2018 und 2021) stets eine Bedarfsprognose auf Kantons- und Bezirksebene erstellt. Zusätzlich zur Bezirksebene wurden bisher neun durch den GPV definierte Gemeindeverbände berücksichtigt. Diese Gemeindeverbände koordinierten, planten und steuerten das Pflegeangebot teilweise bereits gemeinsam, jedoch ohne übergeordnet klar definierte Aufgaben. Im Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027 sollten daher neue sogenannte Versorgungsregionen gebildet werden. Die neuen Versorgungsregionen mussten dabei nicht zwingend mit den bisherigen Gemeindeverbänden übereinstimmen.

#### 2.1.2 Bildung der Versorgungsregionen

Mit der Aufgabe der Zuteilung von Gemeinden zu einer Versorgungsregion wurden Projektgruppen aus den Bezirken, bestehend aus Vertretungen des GPV und der GeKoZH und weiteren Fachpersonen aus den Gemeinden, beauftragt. Folgende Rahmenbedingungen für die Festlegung von Versorgungsregionen wurden festgelegt:

- Richtwert: mindestens 30 000 Einwohnerinnen und Einwohner.
- Versorgungsregionen dürfen Bezirke überschneiden.
- Versorgungsregionen dürfen sich nicht überschneiden.
- Versorgungsregionen müssen sich innerhalb der Kantons Grenzen befinden.
- Bezirkslösungen sind möglich und wären die Alternative, sofern sich Gemeinden nicht zu Versorgungsregionen zusammenschliessen können.
- Keine Gemeinde darf ohne Zuteilung zu einer Versorgungsregion bleiben.
- Absprachen mit den Pflegeheimen und Gemeinden sollen bei Bedarf getroffen werden.

Diese von den Projektgruppen ausgearbeiteten Versorgungsregionen wurden anschliessend in eine Vernehmlassung bei allen Gemeinden gegeben. Bei Unklarheiten oder Unstimmigkeiten über die Zuteilung von Gemeinden zu einer Versorgungsregion wurden gezielt Gespräche unter der Leitung des GPV und der Gesundheitsdirektion mit den Projektgruppen oder auch mit den Gemeinden geführt.

Die gebildeten Versorgungsregionen dienen in erster Linie dazu, die Planung der allgemeinen Pflegeheimbetten in funktionalen Räumen durchzuführen. Den Versorgungsregionen kommt aber auch nach Projektabschluss ab dem 1. Januar 2027 weiterhin eine wichtige Rolle in der Pflegeheimbettenplanung zu. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten einer Versorgungsregion zu deren Bildung, während des Projekts und nach Projektabschluss sind in Anhang 6.1 ersichtlich. Im folgenden Kapitel werden die neu gebildeten Versorgungsregionen beschrieben.

#### 2.1.3 18 Versorgungsregionen

Die 160 Zürcher Gemeinden ordneten sich schliesslich 18 Versorgungsregionen zu (vgl. Abbildung 5). Die Projektarbeiten in sechs Bezirken haben zu einer Bezirkslösung geführt, während in den restlichen Bezirken zwei oder drei Versorgungsregionen gebildet wurden. Es gibt wenige Versorgungsregionen, die auch Gemeinden eines anderen Bezirks umfassen. Die gebildeten Versorgungsregionen entsprechen mit einer Ausnahme (vgl. Abschnitt zu Bezirk Pfäffikon) den vorgegebenen Rahmenbedingungen und bilden eine gute Ausgangslage für die weiteren Planungsarbeiten. Eine tabellarische Übersicht aller Gemeinden und deren Zuteilung zu einer Versorgungsregion findet sich in Anhang 6.2.

Abbildung 5: 18 Versorgungsregionen



Quelle: Eigene Darstellung.

Im Folgenden werden pro Bezirk die gebildeten Versorgungsregionen mit der entsprechenden Begründung und/oder der Stellungnahmen aus den Gemeinden im Rahmen der Vernehmlassung zu den gebildeten Versorgungsregionen beschrieben.

#### **Affoltern**

Der Bezirk Affoltern bildet mit allen zugehörigen Gemeinden die Versorgungsregion «Affoltern». Die Projektgruppe begründete dies damit, dass es keine institutionalisierte Zusammenarbeit mit Pflegeheimen ausserhalb des Bezirks gebe. Zudem sei bei der bisherigen Planung der drei Pflegeheime in Affoltern jeweils der Bedarf des Bezirks Affoltern als Grundlage herangezogen worden.

#### **Andelfingen**

Der Bezirk Andelfingen bildet mit allen zugehörigen Gemeinden die Versorgungsregion «Weinland». Die Projektgruppe verwies darauf, dass der Bezirk dabei sei, eine gemeinsame Altersstrategie und ein Versorgungskonzept zu erarbeiten. Der Gemeindepräsidentenverband des Bezirks habe dazu im Herbst 2022 einen Kredit bewilligt und die strategischen Grundlagen seien Stand Februar 2024 von einer Projektgruppe erarbeitet worden.

### **Bülach**

Der Bezirk Bülach teilt sich in drei Versorgungsregionen auf. Die Gemeinden in der Versorgungsregion «Bülach Nord» würden bereits seit längerer Zeit in verschiedenen Bereichen eine gute Zusammenarbeit pflegen. Die Bildung der Versorgungsregion «Bülach Südost» wird damit begründet, dass diese Gemeinden im Bereich der stationären und ambulanten Pflege bereits eng miteinander zusammenarbeiten. Die dritte Versorgungsregion «Bülach Südwest» bildet sowohl geografisch als auch verkehrstechnisch eine sinnvolle Versorgungsregion.

### **Dielsdorf**

Der Bezirk Dielsdorf bildet mit allen zugehörigen Gemeinden die Versorgungsregion «Dielsdorf». Als Begründung gibt die Projektgruppe an, dass der Bezirk in dieser Form bereits mit ihren verschiedenen und spezialisierten Institutionen gut funktioniere. Das Gesundheitszentrum Dielsdorf solle dabei seine Rolle als zentrale Versorgungsstelle beibehalten, insbesondere im Bereich der spezialisierten Angebote. Die restlichen Bettenkapazitäten sollten dabei weiterhin verteilt und im jeweiligen Verhältnis zu den Einwohnerzahlen innerhalb des Bezirks sichergestellt werden.

### **Dietikon**

Der Bezirk Dietikon bildet mit allen zugehörigen Gemeinden die Versorgungsregion «Dietikon». Die Bildung mehrerer Versorgungsregionen für den Bezirk wurde erörtert, aber dann verworfen, weil erstens das Kriterium des Richtwerts von 30 000 Einwohnerinnen und Einwohnern für eine Versorgungsregion nicht eingehalten worden wäre. Zweitens bestehe mit dem Zweckverband für das Spital Limmattal und dessen Pflegezentrum bereits eine Koordinationsstelle für den Bezirk.

### **Hinwil**

Der Bezirk Hinwil bildet mit allen zugehörigen Gemeinden sowie der Gemeinde Bauma aus dem Bezirk Pfäffikon die Versorgungsregion «Hinwil». Als Begründung nennt die Projektgruppe, dass der aktive Austausch innerhalb des Bezirks bereits institutionalisiert sei und die bestehenden Zusammenarbeitsgefässe gut funktionieren. Alle Gemeinden einschliesslich der Gemeinde Bauma würden zudem bedeutende Bewohnerströme in Heime innerhalb des Bezirks und der Gemeinde Bauma aufweisen. Die Gemeinde Bauma pflege zudem eine enge Zusammenarbeit mit dem Bezirk Hinwil.

### **Horgen**

Der Bezirk Horgen bildet mit allen zugehörigen Gemeinden die Versorgungsregion «Horgen». Die Projektgruppe begründet dies damit, dass sie bereits heute über die Gemeinden hinweg zusammenarbeiten und gemeinsame Projekte initiiert und umgesetzt worden seien. Weiter wird davon ausgegangen, dass bei einer bezirksweiten Versorgungsregion die Erfahrungen aus den fünf Gemeinden, die bereits eine gemeinsam erarbeitete Strategie in der stationären Pflegeversorgung verabschiedet hätten, zielführend eingebracht werden können.

### **Meilen**

Der Bezirk Meilen bildet insgesamt drei Versorgungsregionen: «Unterer Zürichsee», «Mittlerer Zürichsee» und «Oberer Zürichsee». Mit dieser Dreiteilung solle in erster Linie eine wohnortnahe Heimversorgung sichergestellt werden.

### **Pfäffikon**

Der Bezirk Pfäffikon bildet insgesamt zwei Versorgungsregionen. Die Gemeinden in der Versorgungsregion «Pfäffikon Süd» bilden eine bereits bestehende Versorgungsregion über die «Interkommunale Anstalt GerAtrium».

Die Gemeinden Illnau-Effretikon und Lindau bilden die Versorgungsregion «Pfäffikon Nord». Diese Versorgungsregion liegt mit der aktuellen Einwohnerzahl unterhalb der Richtgrösse von 30 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die beiden Gemeinden verfügen heute bereits über eine langjährige, eingespielte Zusammenarbeit in der Pflegeversorgung und betreiben eine gemeinsame kommunale Anlaufstelle zur Pflegefinanzierung. Eine Neuordnung der Gemeinden zu einer anderen Versorgungsregion wäre in diesem Fall nicht verhältnismässig, weshalb die Gesundheitsdirektion die Abweichung dieser Versorgungsregion von der oben erwähnten Richtgrösse akzeptiert.

Die Gemeinden Wildberg und Wila sind am «Zweckverband Pflege & Betreuung Mittleres Tösstal» beteiligt und schliessen sich mit den übrigen Mitgliedsgemeinden Turbenthal und Zell aus dem Bezirk Winterthur der Versorgungsregion «Winterthur-Land» an.

Wie im Abschnitt zum Bezirk Hinwil bereits erläutert, schliesst sich die Gemeinde Bauma der Versorgungsregion Hinwil an.

**Uster**

Die Gemeinden des Bezirks Uster bilden mit Ausnahme von Wangen-Brüttisellen die Versorgungsregion «Uster». Die Aufteilung in kleinere Versorgungsregionen hätte zu nicht natürlichen Versorgungsgrenzen geführt. Die Gemeinde Wangen-Brüttisellen schliesst sich der Versorgungsregion «Bülach Südost» an.

**Winterthur**

Die Gemeinden des Bezirks Winterthur bilden die Versorgungsregionen «Stadt Winterthur» und «Winterthur-Land». Letztere besteht aus allen Gemeinden des Bezirks ohne die Stadt Winterthur sowie den Gemeinden Wila und Wildberg aus dem Bezirk Pfäffikon. Die Projektgruppe erläutert, dass mit dieser Lösung der Bedarf an Pflegeheimbetten über den gesamten Bezirk voraussichtlich gedeckt werden könne. So bestünde im Norden der Versorgungsregion Winterthur-Land (Zweckverband Alterszentrum im Geeren) eine Unterversorgung, die mit der Überversorgung im Süden (Zweckverband Pflege und Betreuung Mittleres Tösstal und Stiftung Pflege Eulachtal) ausgeglichen werden könne.

**Zürich**

Aufgrund seiner Grösse und Einwohnerzahl bildet der Bezirk Zürich eine eigenständige Versorgungsregion «Stadt Zürich».

**2.2 Systematik der Pflegeheimliste ab 2027**

Die Aufnahme auf die Pflegeheimliste ermöglicht den Leistungserbringern die Abrechnung ihrer Leistungen zulasten der OKP. Pflegeheime, die nicht auf der Pflegeheimliste geführt werden, haben somit keine Berechtigung zur Abrechnung ihrer Leistungen zulasten der OKP und können auch keine Restkosten gemäss §9 Abs. 4 oder § 15 Abs. 1 des Pflegegesetzes mit den Wohnsitzgemeinden der Bewohnenden abrechnen. An den Finanzierungsgrundsätzen gemäss Pflegegesetz ändert sich durch die Aufnahme auf die Pflegeheimliste und dem damit verbundenen kantonalen Leistungsauftrag nichts.

Die Systematik der Pflegeheimliste ab 2027 ist die Grundlage, um das zulasten der OKP abrechenbare Angebot von stationären Leistungen der Pflegeheime im Kanton Zürich transparent abzubilden. Die Systematik der Pflegeheimliste ab 2027 wird im Vergleich zur bisherigen Pflegeheimliste insofern weiterentwickelt, als dass neu zwischen Betten der allgemeinen und der spezialisierten Langzeitpflege sowie der AÜP unterschieden wird (vgl. Abbildung 6).

**Abbildung 6: Beispiel der neuen Zürcher Pflegeheimliste 2027**

Pflegeheim	Total Pflegebetten	... davon allgemeine Langzeitpflege	... davon spezialisierte Langzeitpflege				... davon AÜP
			IFEG-Institutionen mit Pflegebetten	Somatische Komplexflege	Spezialisierte Palliative Care	Spezialisierte Psychiatriepflege	
A	120	100		15			5
B	90	80	10				
C	50	50					
...							

Quelle: Eigene Darstellung.

Folgende Überlegungen führten zu dieser Weiterentwicklung: Neben Pflegeheimen, die ausschliesslich oder vorwiegend ein allgemeines, integriertes Pflegeangebot bereitstellen, gibt es Pflegeheime, die zusätzlich Betten der spezialisierten Langzeitpflege oder der AÜP anbieten. Andere Kantone weisen diese Betten bereits heute differenziert auf ihren Pflegeheimlisten aus. So werden Betten von Pflegeinstitutionen für Menschen mit Behinderung/IV (BE, LU, SH, TG), Pflegeheime für hochkomplexe Pflegefälle (AG, LU), Pflegeinstitutionen mit (geronto-)psychiatrischer Spezialisierung (AG, BS, GR, LU, SH, TG) oder Pflegeheime für spezialisierte Palliative Care (AG, GR, LU, SH, VS) explizit ausgewiesen. Auch andere Angebotsformen wie die AÜP (AG, BE, LU, SH, TG), intermediäre Strukturen wie Kurzeitaufenthalte sowie Tages- oder Nachtstrukturen (AG, BS, FR, LU, TG, VS) werden teilweise ausgewiesen.

Im Kanton Zürich wurden Pflegeheime mit solchen Angeboten bisher nicht systematisch definiert, erfasst und in den Bedarfsentwicklungsstudien sowie der Versorgungsplanung berücksichtigt.<sup>1</sup> Der tatsächliche Versorgungsbedarf von Bewohnenden wie auch die tatsächliche Versorgungsleistung solcher Pflegeheime sind bis heute nicht ausreichend abgebildet. Im Kanton Zürich gibt es daher keine verlässlichen Daten zu diesen Pflegeheimen und deren Bewohnenden. In Absprache mit den Vertretungen des GPV und der GeKoZH wurde deshalb beschlossen, diese Thematik im Rahmen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027 aufzunehmen. Die differenzierte Darstellung dient einerseits der besseren Transparenz für die Bevölkerung, die Gemeinden sowie die Zuweisenden. Andererseits wird eine differenzierte Versorgungsplanung im Kanton Zürich ermöglicht. Ausserdem werden die Betten der spezialisierten Langzeitpflege und jene der AÜP nicht dem Bettenangebot ihrer Standort-Versorgungsregion belastet, sondern können dem überregionalen, das heisst kantonal notwendigen Angebot angerechnet werden. Der Versorgungs- und Finanzierungsauftrag bleibt aber entsprechend den heutigen gesetzlichen Bestimmungen bei der Wohnsitzgemeinde (vgl. insbesondere §§ 5 und 9 Pflegegesetz).<sup>2</sup> Künftig werden auch in der Betriebsbewilligung das Leistungsspektrum und die Betten analog zur Pflegeheimliste festgehalten. Die Herleitung und Definitionen der spezialisierten Langzeitpflege sowie der AÜP werden in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben. Die Differenzierung zwischen allgemeiner und spezialisierter Langzeitpflege und der AÜP ist zudem in der E-VO Pflegeplanung verankert.

## 2.3 Spezialisierte Langzeitpflege

In den folgenden Kapiteln werden die Grundlagen der spezialisierten Langzeitpflege sowie die einzelnen Angebote beschrieben.

### 2.3.1 Erarbeitung der Grundlagen zur spezialisierten Langzeitpflege

Die konzeptionellen Arbeiten erfolgten in enger Zusammenarbeit mit Gemeindevertretungen und den Verbänden GeKoZH und GPV sowie den Leistungserbringerverbänden ARTISET Zürich, senesuisse und VZK/NZP. Zusätzlich wurden mehrere Fachgespräche mit spezialisierten Pflegeheimen geführt, um deren Angebote besser verstehen und abgrenzen zu können. Ziel dieser Arbeiten war die Definition von Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege, das Erstellen von leistungsspezifischen Anforderungen sowie die Klärung zum Planungsvorgehen (Bedarfsprognose, Abbildung auf Pflegeheimliste usw.). Mit Blick auf bestehende spezialisierte Angebote im Kanton Zürich und die Herangehensweisen anderer Kantone sowie die Kriterien der Prävalenz und des Grads der Überregionalität wurden folgende vier Angebote der spezialisierten Langzeitpflege identifiziert und definiert (vgl. Abbildung 7):

- IFEG-Institutionen mit Pflegebetten<sup>3</sup>
- Somatische Komplexpflege
- Spezialisierte Palliative Care
- Spezialisierte Psychiatriepflege

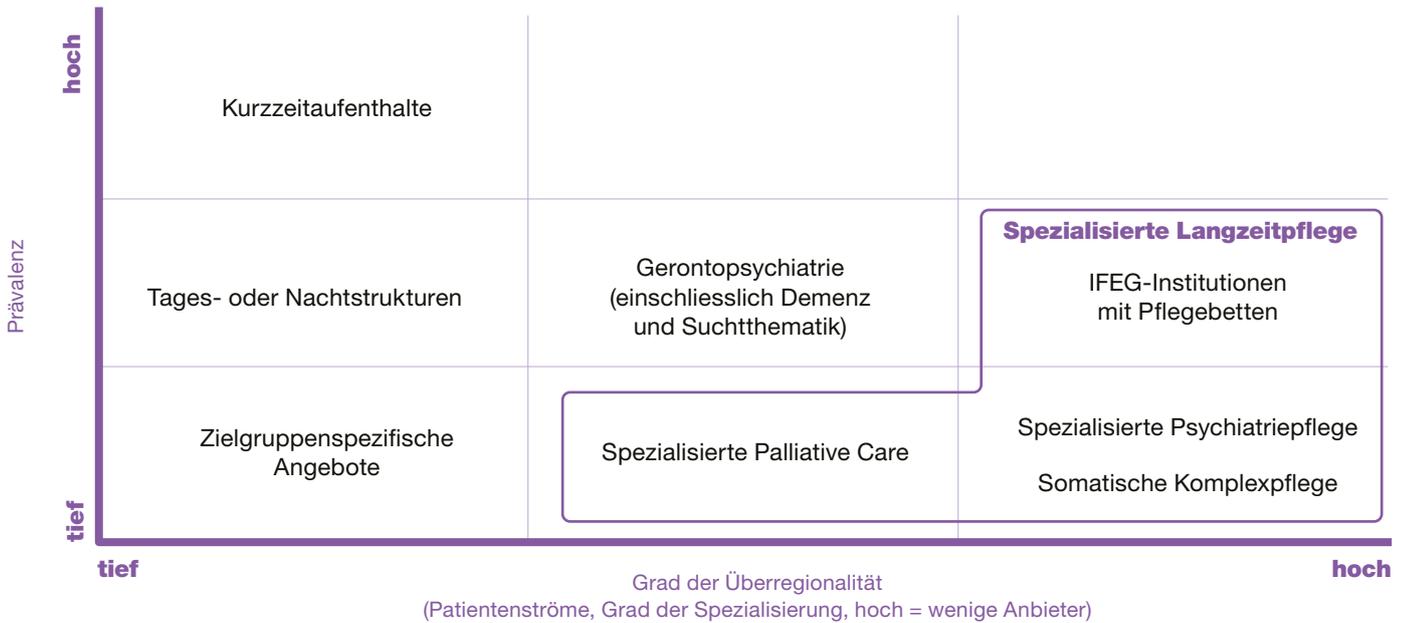
Wie in Abbildung 7 schematisch dargestellt, zeichnen sich die vier aufgeführten Angebote im Vergleich zum Kollektiv der allgemeinen Langzeitpflege durch eine tiefe Prävalenz der jeweiligen Erkrankungen aus. Gleichzeitig zeichnen sich diese vier Angebote durch einen hohen Grad der Überregionalität aus. Dieser begründet sich wie folgt: Für jene betroffenen Bewohnenden ist oftmals spezialisierte Versorgung notwendig, um eine patientengerechte Pflege zu gewährleisten. Dementsprechend ist auch die Anzahl der spezialisierten Pflegeheime im Kanton Zürich gering, was bereits heute zu überregional beanspruchten spezialisierten Versorgungsangeboten führt. Bewohnende sind bereit, zugunsten eines spezialisierten Pflegeheims auch ausserhalb ihres Wohnortes in eine solche Institution einzutreten. Oft haben sie keine valable, wohnortnahe Alternative. Der Anteil an ausserkantonalen Bewohnenden in den besagten Pflegeheimen ist ebenfalls überdurchschnittlich. Die Patientenströme sind daher überregional, teilweise sogar überkantonal.

<sup>1</sup> Ausnahme: Pflegeheime auf der Zürcher Pflegeheimliste mit gleichzeitiger Anerkennung des Kantonalen Sozialamtes gemäss Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung invalider Personen (IFEG), sogenannte Invalideneinrichtungen mit Pflegebetten, werden auf der Zürcher Pflegeheimliste explizit als solche erwähnt.

<sup>2</sup> Eine Ausnahme hierzu bilden die IFEG-Institutionen mit Pflegebetten, bei welchen die Finanzierung grösstenteils durch das Kantonale Sozialamt erfolgt, vgl. Kapitel 2.3.2.

<sup>3</sup> Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen vom 6. Oktober 2006 (IFEG, SR 831.26).

Abbildung 7: Konzeptualisierung der Angebote der spezialisierten Langzeitpflege



Quelle: Eigene Darstellung.

Um die entsprechenden Pflegeheime zu identifizieren und einen einheitlichen Mindeststandard zu gewähren, werden pro Angebot leistungsspezifische Anforderungen durch die Gesundheitsdirektion festgelegt (vgl. Kapitel 4.3.3). Die vier definierten Angebote der spezialisierten Langzeitpflege werden nachfolgend genauer beschrieben. Das Planungsvorgehen (Bedarfsprognose, Umgang im Antrags- und Evaluationsverfahren) betreffend die Angebote der spezialisierten Langzeitpflege wird in den Kapiteln 3.4 und 4 beschrieben.

Im Zuge der Projektarbeiten wurden, wie in Abbildung 7 ersichtlich, weitere Themen geprüft. Die Gründe der Nichtberücksichtigung dieser weiteren Themen und Angebotsformen wird in Kapitel 2.3.6 beschrieben.

### 2.3.2 IFEG-Institutionen mit Pflegebetten

Diese Institutionen unterstehen dem Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG). Sie bieten Menschen mit Behinderung einen Ort, an dem sie wohnen, arbeiten oder den Tag verbringen können. Dabei begleiten und betreuen die Institutionen die Menschen mit Behinderung in ihrem Alltag. Bei den Bewohnenden handelt es sich um Menschen mit Behinderung im Erwachsenenalter<sup>4</sup>, die stationär behandlungs- und pflegebedürftig sind.<sup>5</sup> Die Bewohnenden sind bei Eintritt jünger als der Altersdurchschnitt der Bewohnenden aller Pflegeheime. Diese Pflegeheime bieten Menschen mit einer IV-Rente einen Wohnraum und können dank einer Auflistung auf der Zürcher Pflegeheimliste gleichzeitig Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV erbringen und über die OKP abrechnen. Des Weiteren müssen jene Menschen mit Behinderung seit mindestens zwei Jahren ihren zivilrechtlichen Wohnsitz im Kanton Zürich haben.

Als entsprechende Pflegeheime gelten jene Institutionen, welche gleichzeitig eine Betriebsbewilligung als Pflegeheim haben und auf der Liste der Institutionen mit IFEG-Anerkennung sind (mit/ohne kantonale Beitragsberechtigung).<sup>6</sup> Diese Voraussetzung ermöglicht eine klare Differenzierung zu anderen Institutionen. Sofern die Anforderungen für Pflegeheime erfüllt sind, werden diese Institutionen bereits seit einigen Jahren als Pflegeheime aufgenommen.<sup>7</sup> Eine Aufnahme auf die Zürcher Pflegeheimliste ist insbesondere dann angezeigt, wenn der somatische Pflegebedarf bei den Bewohnenden hoch ist.

Die IFEG-Institutionen sind gemäss § 1 Abs. 2 des Pflegegesetzes von den üblichen Regelungen der kantonalen Pflegefinanzierung (bspw. Pflegerestkosten) ausgenommen. Sie sind daher bereits heute kein wesentlicher Teil der kommunalen oder regionalen Pflegeversorgung. Die

<sup>4</sup> Eine Ausnahme betreffend Erwachsenenalter ist die Mathilde Escher Stiftung. Diese Institution ist unter anderem spezialisiert auf Menschen mit Muskeldystrophie Typ Duchenne. Diese Institution untersteht den Bestimmungen der Sicherheitsdirektion als IFEG-Institution, der Gesundheitsdirektion als IFEG-Institution mit Pflegebetten und der Bildungsdirektion als Kinder- und Jugendheim mit einer Leistungsvereinbarung und IVSE-Anerkennung.

<sup>5</sup> Vgl. SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG: <https://www.zh.ch/de/soziales/leben-mit-behinderung/selbstbestimmung/sebe-anbietende/sebe-ifeg/ifeg-wegleitung/wegleitung-institutionen/kapitel2/kapitel2-2.html>

<sup>6</sup> Vgl. Verzeichnisse der Institutionen gemäss IFEG im Kanton Zürich mit/ohne kantonale Beitragsberechtigung: SEBE für IFEG-Institutionen | Kanton Zürich (zh.ch)

<sup>7</sup> Vgl. die Anforderungen im separaten Merkblatt für Behindertenheime zur Aufnahme auf die Zürcher Pflegeheimliste: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegeversorgung.html>

Finanzierung erfolgt grösstenteils durch das Kantonale Sozialamt sowie über die OKP für die Pflegeleistungen nach Art.7 KLV. Die einzelnen Pflegeheime weisen einen hohen Grad an Spezialisierung auf, weshalb auch die Patientenströme überregional sind. Die tiefe Prävalenz dieser Fälle sowie die geringe Anzahl an Pflegeheimen sind weitere Charakteristika, warum sich dieser Bereich mit diesen Institutionen als Angebot der spezialisierten Langzeitpflege prädestiniert. Im Kanton Zürich gibt es sieben IFEG-Institutionen mit Pflegebetten (Stand März 2024). Deren quantitativer Anteil an der gesamten stationären Pflegeversorgung ist gering (vgl. Kapitel 3.4). Gleichwohl erfüllen diese Pflegeheime eine wichtige Rolle in der Zürcher Gesundheitsversorgung, da sie ein kombiniertes Angebot für Menschen mit Behinderung und somatischem Pflegebedarf ermöglichen.

### **2.3.3 Somatische Komplexpflge**

Hierbei handelt es sich um Institutionen mit einem Angebot für Personen, die eine komplexe, somatische, langandauernde Pflegesituation mit komplexer medizinischer Indikation aufweisen. Ziele dieser Pflegeheime sind insbesondere, den Gesundheitszustand zu stabilisieren, belastende Symptome zu lindern, die bestmögliche Lebensqualität der Betroffenen zu erreichen, unerwünschte Verlegungen in ein Spital zu verhindern sowie die Symptomatik nach einem akutstationären Aufenthalt zu stabilisieren. Konkret geht es bei diesen Fällen um folgende, nicht abschliessend aufgelistete Krankheitsbilder oder Indikationen:

- Langzeitbeatmete, tracheotomierte Personen
- Personen mit Para-/Tetraplegie
- Personen mit komplexer Hirnschädigung nach Reanimation, mit Wachkoma, neurologischen Erkrankungen (bspw. Amyotrophe Lateralsklerose, Multisystematrophie, Chorea Huntington, hereditäre sensomotorische Neuropathie Charcot-Marie-Tooth, Lafora Epilepsie), Traumata (Wirbelsäulen- und Gefässverletzungen), Hirnblutungen
- Personen mit Pflegebedarf und zusätzlich mit multiresistenten Keimen, die besonderer Hygiene- und Isolationsmassnahmen bedürfen (bspw. Pseudomonas, Vancomycin-Resistente Enterokokken, Extended-Spectrum Beta-Lactamase, Multiresistente gramnegative Bakterien)
- Personen mit komplexen Pflegesituationen (Pumpen, PICC-Katheter, Drain, Peritonealdialyse)

Menschen mit solchen Krankheitsbildern haben oft einen hohen Behandlungs- und Betreuungsbedarf. Nicht selten weisen diese Fälle einen Pflegebedarf weit über der Pflegestufe 12 auf. Zudem sind Fachkenntnisse im Umgang mit medizintechnischen Geräten notwendig. Es sind daher spezielle Anforderungen an das Personal, die Angebotsformen sowie weitere Kriterien zu erfüllen, um jene Bewohnende patientengerecht zu versorgen.

Insbesondere wegen der hohen Anforderungen an das Personal und die medizintechnische Ausstattung und der damit einhergehenden Kosten betreuen nur wenige Pflegeheime solche Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich. Die Patientenströme sind daher überregional. Teilweise werden auch ausserkantonale Patientinnen und Patienten aufgenommen, sofern Zürcher Pflegeheime über freie Betten verfügen.

### **2.3.4 Spezialisierte Palliative Care**

In der Palliative Care wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care unterschieden. Die allgemeine Palliative Care ist für etwa 80% aller Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, ausreichend. Sie gehört zum Grundangebot eines Pflegeheims. Etwa 20% der Menschen, die palliativ betreut werden, benötigen im Verlauf ein bis mehrere Male spezialisierte Palliative Care. Für diese Fälle sind beim Betreuungs- und Behandlungsteam erweiterte Kompetenzen erforderlich, weil die Fallkomplexität hoch ist. Es handelt sich um Personen mit einer fortgeschrittenen, chronischen/unheilbaren Erkrankung und/oder begrenzter Lebenserwartung. Die Personen weisen eine mehrheitlich instabile, komplexe körperliche, psychische und/oder soziospirituelle Problematik auf und/oder haben einen hohen Behandlungs- und Betreuungsaufwand (medizinisch, pflegerisch, psychosozial und spirituell). Die konkreten Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care wurden von einer interprofessionellen Fachgruppe im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit definiert.<sup>8</sup>

Ziele der spezialisierten Palliative Care in Pflegeheimen sind insbesondere, belastende Symptome zu lindern, eine bestmögliche Lebensqualität der Betroffenen zu erreichen, unerwünschte Verlegungen in ein Spital zu verhindern sowie die Symptomatik nach einem akutstationären Aufenthalt zu stabilisieren. Zudem kann ein Entlassungsaufenthalt für Personen, die zu Hause spezialisiert betreut werden, angeboten werden. Weiter soll das Sterben in einer der Situation angepassten Umgebung ermöglicht werden, in welcher das

<sup>8</sup> Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care, BAG (2014): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/spezialisierte-palliative-care.html>

Umfeld eingebunden werden kann. Die Begleitung der nahestehenden Bezugspersonen über den Tod der Betroffenen hinaus wird ebenfalls angeboten.

Es gibt zwei mögliche Versorgungsvarianten für spezialisierte Palliative Care in Pflegeheimen. Die erste Variante ist, dass das Pflegeheim einen mobilen Palliative Care Dienst hinzuzieht. Das bietet sich an, wenn eine Heimbewohnerin oder ein Heimbewohner sich während ihrer respektive seiner Zeit im Pflegeheim zu einem Fall der spezialisierten Palliative Care entwickelt. In der zweiten Variante führt das Pflegeheim eine eigene Abteilung für spezialisierte Palliative Care. Wenn es sein Angebot vollumfänglich auf spezialisierte Palliative Care ausgerichtet hat, handelt es sich um ein Hospiz. Solche Institutionen oder Abteilungen sorgen für eine Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt oder wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist, jedoch keine Spitalbedürftigkeit vorliegt.

Nur wenige Pflegeheime im Kanton Zürich bieten spezialisierte Palliative Care betriebsintern an. Die Patientenströme sind daher überregional. In diesen Pflegeheimen werden teilweise auch im Vergleich zum Altersdurchschnitt in allen Pflegeheimen jüngere Bewohnende aufgenommen. Neben den konzeptionellen, personellen und infrastrukturellen Unterschieden geht es bei diesen Angeboten auch darum, das passende Umfeld für die Betroffenen und deren Angehörige zu schaffen. Aus Versorgungssicht sind solche Angebote überregional zu planen, damit sich die anderen Pflegeheime auf die allgemeine Palliative Care konzentrieren können. Die Definition der spezialisierten Palliative Care im Langzeitbereich sowie von Qualitäts- und Indikationskriterien ist zudem eine Massnahme aus der im Jahr 2024 verabschiedeten Strategie Palliative Care (Massnahme 3.1).<sup>9</sup>

### 2.3.5 Spezialisierte Psychiatriepflege

In diesen Institutionen werden Personen mit einer komplexen, chronischen, psychischen Erkrankung (psychiatrische Langzeitpatientinnen und -patienten) versorgt. Solche Bewohnende weisen eine komplexe, langandauernde Betreuungssituation mit komplexer medizinischer und sozialpsychiatrischer Indikation und/oder grossem Behandlungs- und Betreuungsaufwand auf. Es sind spezielle Anforderungen an das Personal, die Angebotsformen sowie weitere verschiedene Kriterien zu erfüllen, um jene Bewohnende patientengerecht zu pflegen.

Konkret geht es um folgende Fälle:

- Erwachsene Menschen aller Altersgruppen mit schwerwiegenden, psychiatrischen Erkrankungen, welche eine lange (teilweise instabile) Historie in Akut- und Langzeitinstitutionen vorweisen
- Fürsorgerisch untergebrachte Personen, die langfristige Pflege und Betreuung benötigen
- Menschen mit psychiatrischer Erkrankung in Langzeitinstitutionen per Zuweisung aus dem Justizvollzug
- Es liegen insbesondere, aber nicht ausschliesslich, folgende Diagnosen vor (ICD-10<sup>10</sup>): F10–F19, F20–29, F30–39, F60–69, F70–79, teilweise F80–F89 und F00–F09

Ziele dieser Pflegeheime sind insbesondere, den Gesundheitszustand zu stabilisieren, belastende Symptome zu lindern, eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen, unerwünschte Verlegungen in eine psychiatrische Akutklinik zu verhindern sowie die Symptomatik nach einem akutpsychiatrischen Aufenthalt und/oder einer psychiatrischen Krisenintervention zu stabilisieren. Diese Pflegeheime bieten den Betroffenen ein stabiles und langfristiges Umfeld.

Der Fokus dieses Angebots liegt nicht auf gerontopsychiatrischen Bewohnenden im Alter über 60 und mit Diagnosen aus dem Bereich F00–F09. Die Pflege solcher Fälle gehört grundsätzlich zur Grundkompetenz eines allgemeinen Pflegeheims, welches gegebenenfalls eine eigene Abteilung für Gerontopsychiatrie führt. Zur spezialisierten Psychiatriepflege gehören jedoch Fälle, in denen Menschen mit einer schwerwiegenden gerontopsychiatrischen Erkrankung (bspw. schwerwiegende Demenzerkrankung) in allgemeinen Pflegeheimen oder solchen mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung nicht mehr patientengerecht gepflegt werden können. Es gibt jedoch keine systematischen Eintrittskriterien für ein Pflegeheim mit spezialisierter Psychiatriepflege. Entscheidend für eine Zuweisung in die spezialisierte Psychiatriepflege ist die Komplexität der psychiatrischen Erkrankung sowie die bereits genannte Herausforderung, die Person in einem üblichen Pflegeheimsetting nicht (mehr) adäquat betreuen zu können. Dementsprechend muss das aufnehmende Pflegeheim pro Fall individuell prüfen, ob die Notwendigkeit für eine spezialisierte Psychiatriepflege besteht.

<sup>9</sup> Vgl. weiterführende Informationen zur Strategie Palliative Care des Kantons Zürich: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/strategien-programme/palliative-care.html>

<sup>10</sup> 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: F10–F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F20–29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), F30–39 (Affektive Störungen), F60–69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen), F70–79 (Intelligenzstörungen), F80–F89 (Entwicklungsstörungen), F00–F09 (Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen).

Insbesondere wegen der hohen Anforderungen an das Personal sowie der infrastrukturellen und konzeptionellen Vorgaben betreuen nur wenige Pflegeheime solche Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich. Die Patientenströme sind daher überregional. Teilweise werden auch ausserkantonale Patientinnen und Patienten aufgenommen. Solche Angebote sind daher bereits heute nicht wesentlich Teil der kommunalen oder regionalen Pflegeversorgung, sondern haben überregionalen Charakter.

### **2.3.6 Nicht berücksichtigte Themen oder Angebotsformen**

Neben den zuvor erwähnten Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege wurden weitere Versorgungsangebote auf ihre Eignung als Angebote der spezialisierten Langzeitpflege geprüft. Diese qualifizierten sich jedoch aufgrund der Prävalenz, des nicht vorhandenen spezialisierten Behandlungsbedarfs oder des regionalen Nischenbedarfs nicht als Angebot der spezialisierten Langzeitpflege im Kanton Zürich. Nachfolgend werden diese Angebotsformen kurz erläutert.

Im Kontext von psychiatrischer Pflege wurden **Angebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sowie demenziellen Erkrankungen** geprüft. Für beide Krankheitsbilder gibt es im Kanton Zürich Spezialangebote, welche sich personell, konzeptionell oder auch in Bezug auf die Infrastruktur von allgemeinen, integrierten Pflegeheimen unterscheiden. Auch in anderen Kantonen werden insbesondere gerontopsychiatrische Angebote teilweise gesondert ausgewiesen. Basierend auf der Bedarfsprognose bis 2032 der Zürcher Spitalplanung 2023 zur Psychiatrie<sup>11</sup> wird ersichtlich, dass insbesondere bei den Demenzen und Delirien eine starke Zunahme der Fallzahlen erwartet wird (+45% im Hauptszenario). Die prognostizierten Fallzahlen von Abhängigkeitserkrankungen bleiben auf hohem Niveau mit leichter Zunahme (+6% im Hauptszenario). In Kombination mit einer starken Zunahme der Fallzahlen bei der Altersgruppe 65+ (+41% im Hauptszenario) kann davon ausgegangen werden, dass es immer mehr Bewohnende mit Demenz und Abhängigkeitserkrankungen in Zürcher Pflegeheimen geben wird. Auch aus den Fachgesprächen mit Pflegeheimen wurde deutlich, dass die Versorgung dieser Heimbewohnenden bereits heute zum Alltag gehört. Mit Blick auf diese Entwicklungen müssen dementsprechend alle Pflegeheime über die notwendige Fachkompetenz, Infrastruktur sowie Kooperationen verfügen (z. B. hinsichtlich Liaison- und Konsiliardienst durch psychiatrische Kliniken), um Bewohnende mit entsprechenden Krankheitsbildern entsprechend versorgen zu können. Idealerweise verfügt jede Versorgungsregion über mindestens je ein Pflegeheim, das im Sinne eines regionalen Kompetenzzentrums auf gerontopsychiatrische Fälle und solche mit Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert ist. Für Fälle mit einer schwerwiegenden Demenz- oder Abhängigkeitserkrankung, die in allgemeinen Pflegeheimen oder solchen mit einer Spezialisierung nicht mehr patientengerecht betreut werden können, bietet sich die spezialisierte Psychiatriepflege an (vgl. vorheriges Kapitel).

Vereinzelte Pflegeheime im Kanton Zürich haben **zielgruppenspezifische Angebote**. Es gibt beispielsweise Pflegeheime mit einem Fokus auf jüdische oder christliche Bevölkerungsgruppen. Auch gibt es vereinzelt Angebote für die zugewanderte Bevölkerung (z. B. «mediterrane» Pflegestationen) oder solche für Minderheiten ausgehend von der sexuellen Orientierung. Abgesehen vom entsprechenden Umfeld (bspw. Sprache der Angestellten, Speiseangebot, Berücksichtigung von religiösen Ritualen) unterscheiden sich diese Pflegeheime in der Leistungserbringung nicht von anderen Pflegeheimen. Ausserdem gibt es solche Angebote vor allem in jenen Regionen, in denen ein Bedarf ausgehend der regionalen Bevölkerungsstruktur gegeben ist. Aus diesen Gründen werden solche zielgruppenspezifischen Angebote nicht als Angebote der spezialisierten Langzeitpflege berücksichtigt. Die Gemeinden sowie Pflegeheime kennen die lokale und/oder regionale Bevölkerungsstruktur am besten. Die Pflegeheime können gezielt zielgruppenspezifische Angebote anbieten und die Gemeinden respektive die Versorgungsregionen können diese bei der Auswahl der Pflegeheime für ihre Versorgungsregion entsprechend berücksichtigen.

Vereinzelte andere Kantone permanente Plätze für **Kurzzeitaufenthalte** (bspw. Urlaubsaufenthalte, Notfallplätze) sowie **Tages- oder Nachtstrukturen** aus. Diese intermediären Angebote sind wichtig für ein differenziertes Versorgungsnetzwerk, da sie spezifische Lücken der stationären oder ambulanten Langzeitversorgung schliessen. Den Patientinnen und Patienten wird ermöglicht, tendenziell länger zu Hause mit Pflege und Betreuung durch die Spitex und/oder Angehörige zu leben. Solche Angebote werden auch in Pflegeheimen im Kanton Zürich angeboten. Da solche Angebote vor allem wohnortsnah Sinn machen, sind überregionale Patientenströme eher unüblich. Diese Angebote weisen in Bezug auf die erbrachte Pflege keine besondere Spezialisierung aus. Den Gemeinden wird im Rahmen ihres Versorgungsauftrags und der Förderung der ambulanten Pflege empfohlen, solche Angebote mit Pflegeheimen in deren Nähe sicherzustellen.

<sup>11</sup> Vgl. Kapitel Bedarfsprognose im Strukturbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (S. 115 ff.): <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/archiv-projekt-spitalplanung-2023.html>

## 2.4 Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Im Rahmen der Konzeption der Angebote der spezialisierten Langzeitpflege wurde auch eine Neuregelung der AÜP im Kanton Zürich erarbeitet, da einige Überlegungen vergleichbar sind. Die AÜP unterscheidet sich aber insofern von den oben aufgeführten Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege, als die Leistungen der AÜP im KVG explizit ausgewiesen sind und die Finanzierung anders ausgestaltet ist. Die AÜP wird bei der Pflegeheimbettenplanung des Kantons Zürich deshalb stets separat, neben der spezialisierten Langzeitpflege, geführt. Die geplanten Neuerungen in Bezug auf die AÜP werden nachfolgend beschrieben.

Bei der AÜP handelt es sich um Pflegeleistungen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt in Pflegeheimen oder ambulant durch Spitex-Institutionen erbracht werden. Die Zielgruppe der AÜP kann wie folgt beschrieben werden:

- Personen aller Altersgruppen, welche auf spitalärztliche Anordnung hin stationäre Akut- und Übergangspflege bedürfen.
- Es werden keine Personen mit Reha- oder Akutspitalbedarf oder akut psychiatrischem Behandlungsbedarf aufgenommen.
- Der Gesundheitszustand muss zudem so stabil sein, dass während der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen eine Ärztin oder ein Arzt auf Abruf genügt.

2022 haben im Kanton Zürich 55 Pflegeheime AÜP-Leistungen abgerechnet. 14 Pflegeheime haben dabei 75% der Pflagetage erbracht. 41 Pflegeheime haben die restlichen 25% der Pflagetage erbracht. Darunter gibt es vereinzelte Pflegeheime mit sehr geringen Fallzahlen (Details vgl. Kapitel 3.5). Mit Blick auf diese Versorgungssituation zeigen sich Herausforderungen: Bei den Pflegeheimen gibt es gemäss den Leistungserbringerverbänden Unterschiede in der Qualität der Leistungserbringung der AÜP. Einige Pflegeheime haben konkrete Behandlungskonzepte und können aufgrund ihrer höheren Fallzahlen die AÜP umfassend und mit hoher Qualität erbringen. Die Zielsetzung der schnellstmöglichen Alltagstauglichkeit und Rückkehr ins Wohnumfeld ist so besser gewährleistet. In einem vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebenen Bericht wird die Ausgestaltung der AÜP auf Bundesebene generell aus verschiedenen Gründen kritisiert (insbesondere Finanzierung nur bis 14 Tage, hoher Finanzierungsanteil der Patientinnen und Patienten, unklare Standards der Leistungserbringung).<sup>12</sup> Auch die Leistungserbringer (akut, ambulant und Langzeit) sehen Handlungsbedarf an der bundesrechtlichen Ausgestaltung der AÜP.<sup>13</sup>

Der erwähnte vom BAG in Auftrag gegebene Bericht empfiehlt unter anderem zwei Massnahmen, welche auf kantonaler Ebene umgesetzt werden können, um die Wirkung der AÜP zu verbessern: die Einführung von Mindestanforderungen an Leistungserbringer sowie die Berücksichtigung nur von jenen Leistungserbringern in der kantonalen Versorgungsplanung, welche diese Mindestanforderungen erfüllen. Um die bereits vorhandene, gute Versorgungsqualität im Bereich der AÜP auch zukünftig sicherzustellen, werden deshalb neu leistungsspezifische Anforderungen für Pflegeheime, welche AÜP anbieten wollen, eingeführt (vgl. Kapitel 4.3.4). Wie bei den Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege werden Pflegeheime der AÜP zukünftig auf der Pflegeheimliste einschliesslich ihres Bettenangebots ausgewiesen und zukünftig gesondert in der Versorgungsplanung berücksichtigt. Der Kanton Zürich folgt somit den oben erwähnten Empfehlungen.

Das Planungsvorgehen (Bedarfsprognose, Umgang im Antrags- und Evaluationsverfahren) betreffend die AÜP wird in den Kapiteln 3.4 und 4 beschrieben.

<sup>12</sup> Vgl. Schlussbericht Ecoplan/Serdaly & Ankers (2022): <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=70658&Load=true>

<sup>13</sup> Vgl. Bericht H+, CURAVIVA Schweiz, senesuisse (2018): <https://www.hplus.ch/de/politik/uebergangspflege>



# 3

## **Statistische Grundlagen für die Versorgungsplanung**

**3.1 Einleitende Bemerkungen**

**3.2 Bevölkerungsentwicklung**

**3.3 Allgemeine Langzeitpflege**

**3.4 Spezialisierte Langzeitpflege**

**3.5 Akut- und Übergangspflege**

### 3. Statistische Grundlagen für die Versorgungsplanung

In den folgenden Kapiteln werden die statistischen Grundlagen für die Versorgungsplanung beschrieben. Nach einleitenden Bemerkungen (vgl. Kapitel 3.1) wird zunächst auf die Bevölkerungsentwicklung (vgl. Kapitel 3.2) eingegangen. Anschliessend werden die Prognosemethodik und die Praxis der allgemeinen Langzeitpflege umfassend dargelegt (vgl. Kapitel 3.3) Ebenfalls beschrieben wird die Praxis der Versorgungsplanung sowohl für die spezialisierte Langzeitpflege (vgl. Kapitel 3.4) als auch die AÜP (vgl. Kapitel 3.5).

#### 3.1 Einleitende Bemerkungen

Der Einbezug des prognostizierten Bedarfs an Pflegeheimbetten im Zuge des Evaluationsverfahrens in diesem Projekt sowie ab 2027 ist eine wesentliche Neuerung in der Versorgungsplanung im Kanton Zürich. Die Gesundheitsdirektion hat deshalb das Obsan beauftragt, eine aktualisierte Bedarfsentwicklungsstudie zu erstellen. Diese betrifft die allgemeine Langzeitpflege und die AÜP. Diese statistischen Grundlagen dienen als Ausgangspunkt für die Versorgungsplanung der Gesundheitsdirektion. Für die konzeptionell neu auszuweisenden und zu planenden Angebote der spezialisierten Langzeitpflege wird ein anderer Ansatz gewählt. Um die statistischen Grundlagen einordnen zu können, folgen nun einige wichtige einleitende Bemerkungen.

In der stationären Langzeitpflege wird in der SOMED-Datenerhebung<sup>1</sup> bisher zwischen Langzeitaufenthalten, Kurzaufenthalten und Leistungen der AÜP unterschieden. Mit dem Obsan wurde aufgrund der vorhandenen Ressourcen ein zweiphasiges Mandat betreffend die Bedarfsentwicklungsstudie vereinbart. In der ersten Phase wurde zunächst der zukünftige Bedarf an Langzeitaufenthalten in den Pflegeheimen prognostiziert. Diese Aufenthalte ergeben die statistischen Grundlagen für die allgemeine Langzeitpflege. Die Ergebnisse zu den Langzeitaufenthalten wurden in einem Zwischenbericht festgehalten und flossen in den vorliegenden provisorischen Versorgungsbericht ein.<sup>2</sup> Die Langzeitaufenthalte machen den grössten Teil der Bettenkapazität in Pflegeheimen aus (vgl. Abbildung 8).

**Abbildung 8: Betriebene Betten im Kanton Zürich 2022**

Betriebene Betten im Kanton Zürich (Stand 31.12.2022)	
Langzeitaufenthalte	17 493
Kurzaufenthalte	205
AÜP	168
<b>Total</b>	<b>17 866</b>

Quelle: SOMED-Statistiken 2013–2022 (Bundesamt für Statistik); Grafik: Eigene Darstellung.

In einer zweiten Phase des Mandats erstellt das Obsan eine Bedarfsprognose der Kurzaufenthalte und der AÜP in Pflegeheimen. Die Ergebnisse der zweiten Phase liegen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des provisorischen Versorgungsberichts noch nicht vor. Sobald vorliegend, werden diese Ergebnisse mit den relevanten Anspruchsgruppen geteilt und deren Implikationen analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse fliessen dann in den definitiven Versorgungsbericht ein. Die Bedarfsprognose zu den Kurzaufenthalten hat einen direkten, wenn auch geringen, Einfluss auf die Versorgungsplanung im Bereich der allgemeinen Langzeitpflege. Bei den Kurzaufenthalten handelt es sich meistens um die gleichen Betten wie bei den Langzeitaufenthalten. Daher wird der prognostizierte Bettenbedarf, der sich aus Kurzaufenthalten ergibt, zum Bettenbedarf der Langzeitpflege addiert. Die Erkenntnisse zur AÜP werden separat verwertet, da diese Bettenkapazitäten zukünftig eigenständig geplant werden (vgl. Kapitel 3.5).

Im Prognosemodell des Obsan wird die Substitution vom stationären in den intermediären sowie ambulanten Bereich modelliert (vgl. Kapitel 3.3.4). Die Gesundheitsdirektion hat deshalb das Obsan beauftragt, neben den Bedarfsprognosen für Lang- und Kurzaufenthalte sowie der AÜP auch eine für die Spitex-Leistungen zu erstellen. Auch hier liegen die entsprechenden Erkenntnisse erst Anfang 2025 vor und werden mit dem definitiven Versorgungsbericht publiziert. Wichtig festzuhalten ist, dass die Bedarfsprognose zu den Spitex-Leistungen nur

<sup>1</sup> Die Gesundheitsdirektion erhebt im Auftrag des Bundes Daten zur Pflegeversorgung. Pflegeinstitutionen werden in der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) erfasst.

<sup>2</sup> Vgl. Zwischenbericht Obsan (2024): [www.zh.ch/pflegeheimbettenplanung](http://www.zh.ch/pflegeheimbettenplanung)

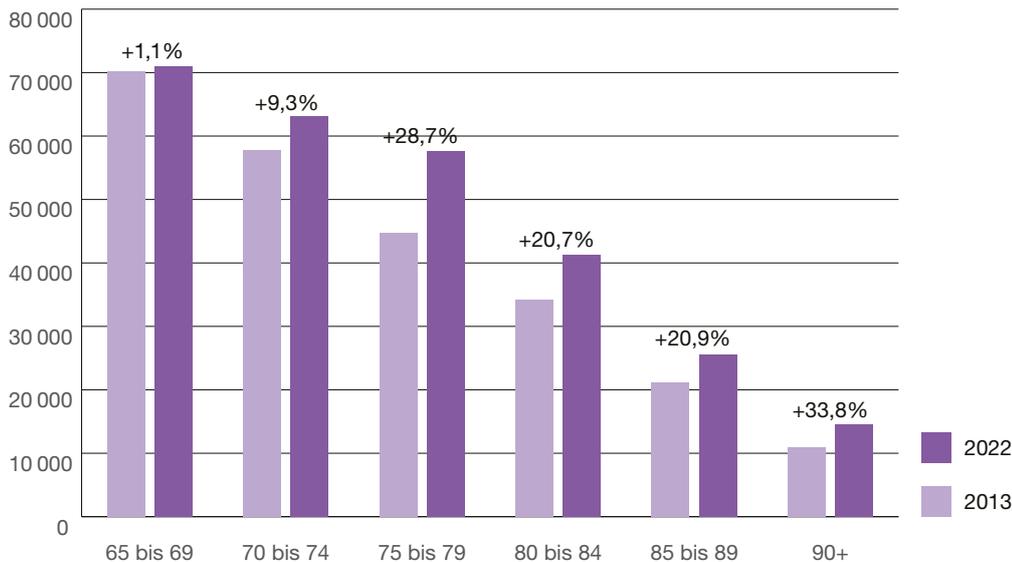
zur Information und als Diskussionsgrundlage publiziert wird. Für die Gemeinden sind das wichtige Grundlagen, da sie weiterhin für die Planung der intermediären und ambulanten Pflegeversorgung zuständig sind.

### 3.2 Bevölkerungsentwicklung

Der zukünftige Bedarf an allgemeinen Langzeitbetten ist in erster Linie von der Anzahl der über 65-Jährigen im Kanton abhängig. Diese Altersgruppe beansprucht primär die Langzeitbetten. Daher werden nachfolgend vergangene Entwicklungen, die aktuelle Situation sowie die prognostizierte Entwicklung der Bevölkerungszahl beschrieben.

Die Bevölkerung im Kanton Zürich hat zwischen 2013 und 2022 um rund 11% zugenommen (von 1421895 auf 1577468 Einwohnerinnen und Einwohner).<sup>3</sup> Dabei hat der Anteil der über 75-Jährigen überdurchschnittlich zugenommen (vgl. Abbildung 9).

**Abbildung 9: Vergleich der Wohnbevölkerung ab Alter 65 Jahre 2013 vs. 2022, nach Altersgruppen**



Quelle: Kantonale Bevölkerungserhebungen (Statistisches Amt des Kantons Zürich); Grafik: Eigene Darstellung.

Die demografische Situation im Referenzjahr 2022 im Kanton Zürich ist in Abbildung 10 dargestellt. Detailliertere Aufschlüsselungen nach Versorgungsregionen finden sich in Anhang 6.3.

<sup>3</sup> Die Bevölkerungsgruppe unter 64-Jährigen nahm in diesem Zeitraum von 1183041 auf 1304462 um 10,3% zu.

**Abbildung 10: Verteilung der Zürcher Wohnbevölkerung, nach Altersgruppe, 2022**

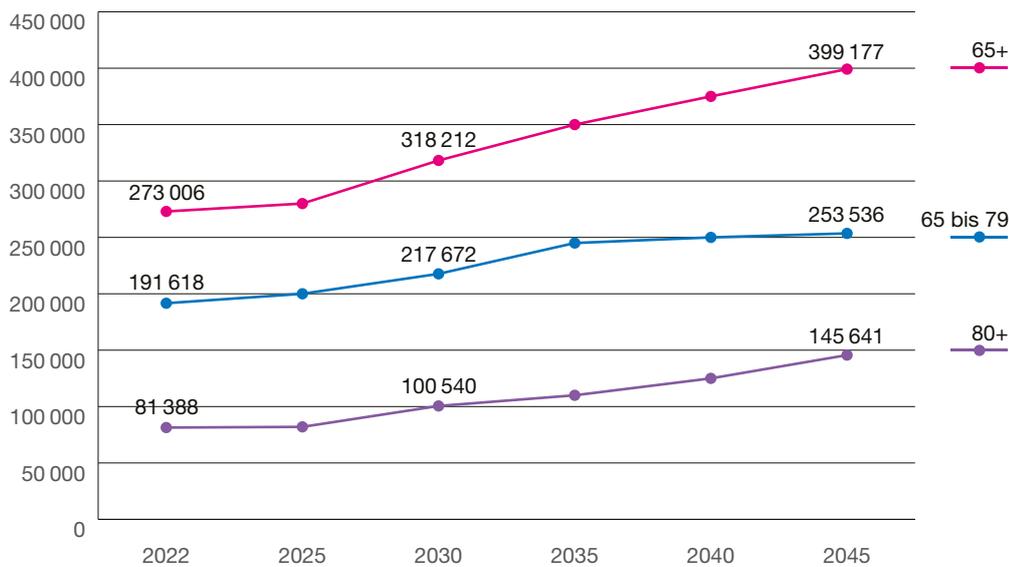
Altersgruppe	Kanton Zürich	
	Personen	%
<65	1 304 462	82,7
65–69	70 902	4,5
70–74	63 042	4,0
75–79	57 674	3,7
80–84	41 270	2,6
85–89	25 581	1,6
90+	14 537	0,9
<b>Total (0–99+)</b>	<b>1 577 468</b>	<b>100,0</b>
65–79	191 618	70,2
80+	81 388	29,8
<b>Total (65+)</b>	<b>273 006</b>	<b>100,0</b>

Quelle: BFS –STATPOP/Auswertung Obsan; Grafik: Eigene Darstellung, angelehnt an Obsan 2024.

Die der nachfolgend beschriebenen Bedarfsprognose zugrunde liegende Bevölkerungsentwicklung in den 18 neuen Versorgungsregionen basiert auf den regionalisierten Bevölkerungsprognosen des Szenarios «Trend ZH 2023» des Statistischen Amtes des Kantons Zürich.<sup>4</sup> Die Annahmen über die einzelnen demografischen Bewegungen basieren auf Analysen von Trends der vergangenen zehn Jahre (2013 bis 2022) und auf plausiblen Hypothesen über zukünftige Veränderungen. So wurde beispielsweise für die kommenden fünf bis zehn Jahre, unter anderem auch wegen des Kriegs in der Ukraine, die Annahmen zur Migration angepasst.

Gemäss Prognose wird die Bevölkerung mit Alter ab 65 Jahren im Kanton Zürich von 273 006 im Jahr 2022 bis ins Jahr 2030 um +16,6% auf 318 212 Personen wachsen. Bis ins Jahr 2045 wird für dieselbe Altersgruppe eine Zunahme um fast die Hälfte (+46,2%) auf 399 177 Personen erwartet (vgl. Abbildung 11). Bei den über 80-jährigen Personen wird bis 2045 eine Zunahme um +78,9% prognostiziert. Bei den 65- bis 79-jährigen Personen wird über den gesamten Prognosehorizont gesehen eine Zunahme um +32,3% erwartet. Dieser unterschiedliche Wachstumsverlauf der beiden Altersgruppen deutet auf das sich abzeichnende Ende der Alterskohorte der Babyboomer hin. Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung zeigen sich auch zwischen den Versorgungsregionen. Eine detaillierte Aufschlüsselung findet sich in Anhang 6.4.

<sup>4</sup> Weiterführende Informationen zum kantonalen Bevölkerungsprognosemodell: [https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/zukuenftige\\_entwicklung.html#:~:text=Das%20Szenario%20C2%ABTrend%20ZH%202023,und%20die%20Lebenserwartung%20weiter%20zunimmt](https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/zukuenftige_entwicklung.html#:~:text=Das%20Szenario%20C2%ABTrend%20ZH%202023,und%20die%20Lebenserwartung%20weiter%20zunimmt)

**Abbildung 11: Bevölkerungsentwicklung ab Alter 65 Jahre im Kanton Zürich, nach Altersgruppe, 2022–2045**

Quelle: BFS – STATPOP; Kanton Zürich – Szenario «Trend ZH 2023» der regionalisierten Bevölkerungsprognosen/ Auswertung Obsan; Grafik: Eigene Darstellung, angelehnt an Obsan 2024.

### 3.3 Allgemeine Langzeitpflege

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ausgangslage, die Prognosemethodik, die zugrunde liegenden Szenarien wie auch die Praxis der Versorgungsplanung betreffend die allgemeine Langzeitpflege beschrieben.

#### 3.3.1 Ausgangslage

Bei den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ist zu beachten, dass sich von den 259 stationären Einrichtungen (Standorte) einige Institutionen administrativ zu regionalen Zentren zusammengeschlossen und deshalb auch eine gemeinsame Statistik für das Jahr 2022 eingereicht haben. Gesamthaft werden deshalb für die statistischen Vergleichswerte im Jahr 2022 nur 211 statistikpflichtige Einrichtungen ausgewiesen.

In der Bedarfsentwicklungsstudie des Obsan wurden 14 Pflegeheime explizit nicht berücksichtigt. Es handelt sich um Pflegeheime, welche sich gegebenenfalls als Leistungserbringer mit Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege qualifizieren könnten.<sup>5</sup> Diese werden zukünftig separat geplant (vgl. Kapitel 3.4). Diese Betten wurden daher aus der Berechnung des Bedarfs der allgemeinen Langzeitpflege ausgeschlossen, um eine Überschätzung des Bedarfs an allgemeinen Langzeitbetten zu vermeiden.<sup>6</sup> Dementsprechend sind sowohl die Inanspruchnahme als auch das Platzangebot dieser Einrichtungen im Referenzjahr 2022 von allen nachfolgenden Analysen in Kapitel 3.3 ausgeschlossen. Nach deren Abzug resultieren 197 Pflegeheime, welche für die Bedarfsprognose verwendet wurden (vgl. Abbildung 12).

<sup>5</sup> In Anhang 6.5 sind jene Pflegeheime aufgelistet, welche in der Bedarfsentwicklungsstudie des Obsan nicht berücksichtigt wurden. Für die erwähnten Pflegeheime leitet sich kein Anspruch zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste als spezialisiertes Pflegeheim durch den Kanton Zürich ab. Eine allfällige Aufnahme auf die Pflegeheimliste erfolgt erst nach einem erfolgreichen Evaluationsverfahren und durch die Festsetzung der neuen Pflegeheimliste durch den Regierungsrat. Die genaue Zahl jener Pflegeheime ergibt sich ab 2027.

<sup>6</sup> Der Ausschluss erfolgte aus datentechnischen Gründen nur mit Pflegeheimen, welche ein vorwiegend spezialisiertes Leistungsangebot anbieten. Es gibt auch Pflegeheime, welche allgemeine und spezialisierte Langzeitpflege anbieten.

**Abbildung 12: Betriebene Langzeitbetten im Kanton Zürich 2022: mit und ohne potenzielle spezialisierte Pflegeheime**

	<b>Betriebe im Kanton Zürich</b>	<b>Betriebene Betten im Kanton Zürich (Stand 31.12.2022)</b>
Allgemeine Langzeitpflege	197	16 160
Potenziell spezialisierte Langzeitpflege	14	1 333
<b>Total Langzeitpflege</b>	<b>211</b>	<b>17 493</b>

Quelle: SOMED-Statistiken 2015–2022 (Bundesamt für Statistik); Grafik: Eigene Darstellung.

Bei der Interpretation des Bettenbestands gilt es zudem, zwischen den in der SOMED-Statistik angegebenen betriebenen Betten (vgl. Abbildung 12) und den auf der Pflegeheimliste bewilligten Betten zu unterscheiden. Im März 2024 waren 19 037 Betten auf der Pflegeheimliste geführt und somit bewilligt. Hierbei sind Betten für Kurzaufenthalte und AÜP jedoch eingeschlossen, da diese nicht separat ausgewiesen werden. Ausserdem sind auf der Pflegeheimliste vom März 2024 bereits Pflegeheimmutationen (Eröffnungen, Schliessungen usw.) seit dem SOMED-Datenjahr 2022 abgebildet. Ein Vergleich mit den betriebenen Betten gemäss SOMED-Statistik ist daher nur mit Vorbehalten möglich. Die Anzahl der bewilligten Betten entspricht der maximalen Anzahl Betten, die ein Pflegeheim gemäss Betriebsbewilligung betreiben darf. Pflegeheime betreiben aber nicht in jedem Fall alle bewilligten Betten, z.B. aus betrieblichen Gründen (Umbau, Personalmangel usw.) oder wegen tieferer Auslastung. Die Anzahl betriebener Betten liegt damit tendenziell tiefer als die Anzahl der bewilligten Betten. Um den Bettenbestand zu beschreiben, werden nachfolgend Daten zu den betriebenen Betten dargelegt, da hierzu die Datenqualität besser ist.

Seit 2015 hat sich der gesamte Langzeitbettenbestand bei den für die Bedarfsprognose berücksichtigten Pflegeheimen von 16 493 auf 16 160 im Jahr 2022 leicht verringert (vgl. Abbildung 13). Damit stehen im Kanton Zürich 59 Langzeitbetten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren zur Verfügung. Der schweizerische Durchschnitt beträgt 58 Langzeitbetten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren.

Abbildung 13: Bettenbestand Langzeit 2015 vs. 2022

Versorgungsregion	Total Bettenbestand (betriebe Bett)				Anzahl Plätze per 1000 Einwohnenden 2022
	2015 absolut	2015 prozentual	2022 absolut	2022 prozentual	
Affoltern	332	2,0	290	1,8	27,6
Weinland	281	1,7	286	1,8	43,8
Bülach Nord	383	2,3	397	2,5	30,1
Bülach Südost	274	1,7	289	1,8	51,2
Bülach Südwest	568	3,4	518	3,2	56,7
Dielsdorf	521	3,2	597	3,7	38,5
Dietikon	675	4,1	749	4,6	46,0
Hinwil	1114	6,8	1182	7,3	58,8
Horgen	1620	9,8	1445	8,9	56,9
Unterer Zürichsee	808	4,9	518	3,2	40,5
Mittlerer Zürichsee	616	3,7	553	3,4	59,1
Oberer Zürichsee	576	3,5	575	3,6	42,5
Pfäffikon Nord	148	0,9	165	1,0	67,6
Pfäffikon Süd	294	1,8	286	1,8	78,7
Uster	981	5,9	952	5,9	66,2
Stadt Winterthur	1005	6,1	1134	7,0	36,5
Winterthur-Land	523	3,2	526	3,3	46,2
Stadt Zürich	5774	35,0	5698	35,3	92,6
<b>Total Kanton</b>	<b>16 493</b>	<b>100</b>	<b>16 160</b>	<b>100</b>	<b>59,2</b>

Quelle: BFS – SOMED, STATPOP/Auswertung Obsan; SOMED-Statistiken 2015–2022 (Bundesamt für Statistik);  
 Grafik: Eigene Darstellung.

Eine wichtige Kennzahl für die Modellierung des zukünftigen Bedarfs ist die sogenannte Inanspruchnahmerate von Pflegebetten. Diese setzt die Anzahl Bewohnende ab 65 Jahren in den Pflegeheimen im Verhältnis zur gesamten Bevölkerung im Kanton ab 65 Jahren. Die Inanspruchnahmerate der Zürcherinnen und Zürcher ab 65 Jahren beläuft sich im Referenzjahr 2022 auf 5,1% (vgl. Abbildung 14). Die Inanspruchnahmerate der Versorgungsregionen variiert zwischen 2,8% in der Versorgungsregion Affoltern und 7,7% in der Versorgungsregion Stadt Zürich.

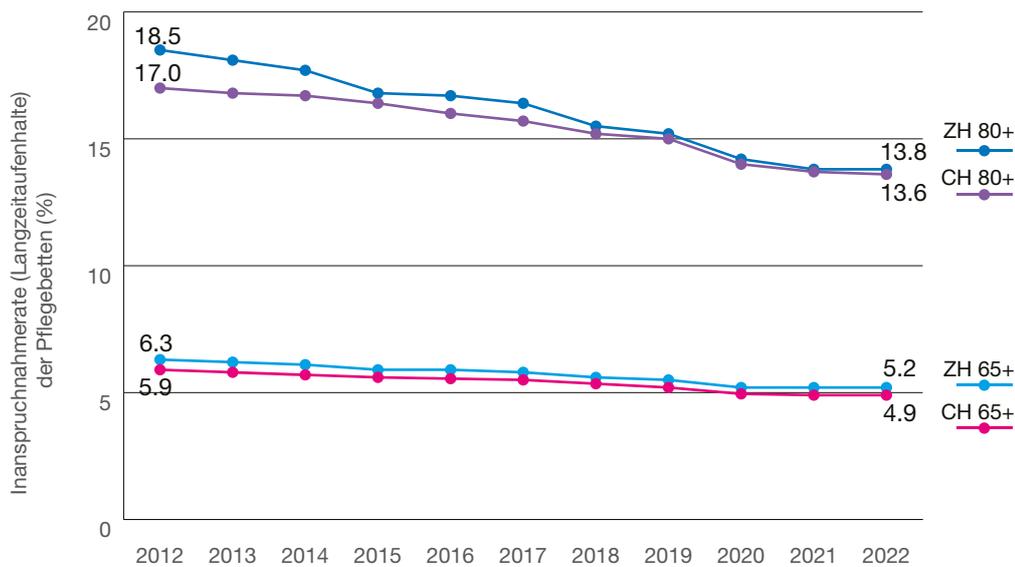
**Abbildung 14: Inanspruchnahmerate von Pflegebetten der Zürcher Bevölkerung ab Alter 65 Jahre im Jahr 2022**

Versorgungsregion	Inanspruchnahmerate 65+ (%)
Affoltern	2,8
Weinland	4,0
Bülach Nord	3,4
Bülach Südost	4,7
Bülach Südwest	4,2
Dielsdorf	3,6
Dietikon	4,9
Hinwil	4,6
Horgen	5,2
Unterer Zürichsee	5,2
Mittlerer Zürichsee	4,6
Oberer Zürichsee	5,1
Pfäffikon Nord	3,6
Pfäffikon Süd	3,9
Uster	4,0
Stadt Winterthur	5,6
Winterthur-Land	3,8
Stadt Zürich	7,7
<b>Kanton Zürich</b>	<b>5,1</b>

Quelle: BFS – SOMED, STATPOP/Auswertung Obsan; Grafik: Eigene Darstellung, angelehnt an Obsan 2024.

Die durchschnittliche Inanspruchnahmerate der Schweizer Bevölkerung ab 65 Jahren liegt bei 4,9% und für die Bevölkerung ab 80 Jahren bei 13,8%. Der Kanton Zürich ist dem Schweizer Durchschnitt sehr nahe: 5,1% für die Zürcher Bevölkerung ab 65 Jahren und 14,0% für die Zürcher Bevölkerung ab 80 Jahren. Dies zeigt sich auch in der zeitlichen Entwicklung der Inanspruchnahmen der Bevölkerungen ab 65 Jahren und ab 80 Jahren. Insbesondere die Inanspruchnahme der Kantonsbevölkerung ab 80 Jahren hat sich dem Schweizer Durchschnitt immer mehr angenähert und ist bis ins Jahr 2019 kontinuierlich gesunken (vgl. Abbildung 15). Die stärkere Abnahme zwischen 2019 und 2022 und die anschliessende Stagnation ist wohl mit der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen zu erklären.

**Abbildung 15: Entwicklung der Inanspruchnahmerate der Pflegebetten der Bevölkerung schweizweit und Kanton Zürich ab Alter 65 Jahre und ab Alter 80 Jahre, 2012–2022**



Quelle: BFS – SOMED, STATPOP/Auswertung Obsan 2024; Grafik: Eigene Darstellung, angelehnt an Obsan 2024.

Weitere Informationen zu Bewohnenden, Aufenthaltsdauern und Unterbringungstagen finden sich in den jährlich publizierten Kenndatenbüchern Langzeit.<sup>7</sup>

### 3.3.2 Prognosemethodik und Versorgungsplanung

In diesem Kapitel wird die Prognosemethodik sowie die darauf basierende Praxis der Versorgungsplanung dargelegt. Das Prognosemodell des Obsan gliedert sich in Etappen: Berechnung der Inanspruchnahmerate im Referenzjahr, die Modifikation der Inanspruchnahmerate aufgrund von Szenarien, die Anwendung der Inanspruchnahmeraten auf die prognostizierte Bevölkerung. Das Prognosemodell wird zudem in einer vierten Etappe um einen Wanderungs- und Auslastungsfaktor erweitert. Bevor die einzelnen Elemente vertiefter beschrieben werden, werden die allgemeine Architektur der Modellierungen sowie die Praxis der Versorgungsplanung kurz beschrieben.

#### Etappe 1 – Berechnung der Inanspruchnahmerate von Pflegebetten im Referenzjahr

In der ersten Etappe wird anhand der Daten aus dem Referenzjahr 2022 die Inanspruchnahmerate der allgemeinen Langzeitbetten abgeleitet. Hierzu wird die Anzahl Bewohnende ab 65 Jahren in den Pflegeheimen ins Verhältnis zur gesamten Zürcher Bevölkerung ab 65 Jahren gesetzt (vgl. vorheriges Kapitel).

#### Etappe 2 – Modifikation der Inanspruchnahmerate von Pflegebetten aufgrund der epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien

Um die möglichen Bedarfsentwicklungen zu simulieren, wird die Inanspruchnahmerate aus der ersten Etappe anhand epidemiologischer und versorgungspolitischer Szenarien modifiziert. Hierbei wurde für den Kanton Zürich beurteilt, welche Szenarien am wahrscheinlichsten sind und für die Versorgungsplanung zur Anwendung kommen sollen.

#### Etappe 3 – Berechnung der Bedarfsprognosen

In der dritten Etappe werden die Bedarfsprognosen berechnet, in dem die in den ersten beiden Etappen berechneten Inanspruchnahmeraten auf die prognostizierte Bevölkerungszahl ab 65 Jahren bis ins Jahr 2045 angewendet werden.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Vgl. <https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/zahlen-fakten-langzeitpflege.html>, Tabellen L2.1 bis L2.14.

<sup>8</sup> Die Bedarfsprognosen können aufgrund der epidemiologischen Szenarien nur für die Bevölkerung ab Alter 65 Jahre erstellt werden. Um jedoch die Tatsache zu berücksichtigen, dass im Kanton Zürich auch unter 65-jährige Personen in Pflegeheimen leben, wurde für jedes Prognosejahr ein Anteil an unter 65-jährigen Personen addiert. Dieser Anteil basiert auf dem Anteil an unter 65-jährigen Pflegeheimbewohnenden im Referenzjahr 2022, das auf jedes Prognosejahr angewendet wird. Folglich wird der zukünftige Bedarf für die 0- bis 99+-jährige Bevölkerung geschätzt.

#### **Etappe 4 – Anwendung Wanderungs- und Auslastungsfaktor**

Als letzte Etappe werden die standardisierten Bedarfsprognosen, welche sich aus dem Prognosemodell des Obsan ergeben, um einen Wanderungs- und Auslastungsfaktor ergänzt, um eine sinnvolle Versorgungsplanung zu ermöglichen.

Für die Versorgungsplanung resultiert pro Versorgungsregion eine prognostizierte Unter- und Obergrenze an zu bewilligenden Betten, welche die regionale Planungsbandbreiten ergeben. Dabei galt es, die verschiedenen Szenarien und deren Wahrscheinlichkeit für den Kanton Zürich und für die einzelnen Versorgungsregionen zu beurteilen. Die umfassenden Bedarfsprognosen je Szenariokombination sind im Zwischenbericht des Obsan aufgeführt. Sie bilden die statistischen Grundlagen für das Projekt.<sup>9</sup>

Die Unter- und Obergrenze der regionalen Planungsbandbreiten ergibt sich aus den einzelnen Szenarien (Etappe 2) und den angewendeten Wanderungs- und Auslastungsfaktoren (Etappe 4). Die regionalen Planungsbandbreiten sind das wesentliche Instrument, um die Versorgungsplanung bedarfsgerecht durchzuführen. Die Praxis der Versorgungsplanung wurde gemeinsam mit den Versorgungsregionen erarbeitet. So werden zukünftig die Betten der allgemeinen Langzeitpflege auf der Pflegeheimliste derjenigen Versorgungsregion zugerechnet, in der das Pflegebett angeboten wird. Im Evaluationsverfahren sowie ab 2027 wird dann jeweils geprüft, ob sich beantragte Betten innerhalb der jeweiligen regionalen Planungsbandbreite befinden. Neue Betten werden nur bewilligt, sofern die Obergrenze der entsprechenden regionalen Planungsbandbreite nicht überschritten wird (vgl. Kapitel 4.2). Sofern die regionale Planungsbandbreite unterschritten wird, wird die betroffene Versorgungsregion in Abstimmung mit der Gesundheitsdirektion nach Lösungen für einen Ausbau oder eine Substitution der Bettenkapazitäten suchen.

In den nachfolgenden Kapiteln werden nun die angewendeten Szenarien (Etappe 2) sowie Faktoren (Etappe 4) beschrieben. Zum Schluss folgt die Auflistung der regionalen Planungsbandbreiten für die allgemeine Langzeitpflege.

#### **3.3.3 Epidemiologische Szenarien der Pflegedauer**

Die Inanspruchnahmerate als Ausgangslage im Referenzjahr 2022 wurde in Kapitel 3.3.1 beschrieben. Diese wird in der Etappe 2 anhand von Szenarien modifiziert. Die erste Modifikation ergibt sich durch Szenarien betreffend den zukünftigen Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung. Das Obsan verwendete in dessen Prognosemodell die nachfolgenden drei epidemiologischen Standardszenarien, welche die Inanspruchnahmerate entsprechend modifizieren.<sup>10</sup>

- Das Szenario der **gleichbleibenden Pflegedauer** geht davon aus, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit gleichbleibt wie im Referenzjahr 2022.
- Das Szenario der **verlängerten Pflegedauer** geht verglichen mit dem Referenzjahr 2022 von einem Anstieg der Dauer der Pflegebedürftigkeit aus. Die Pflegebedürftigkeit tritt dabei in einem jüngeren Alter ein als im Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer.
- Im Szenario der **verkürzten Pflegedauer** wird angenommen, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit verglichen mit dem Referenzjahr 2022 leicht abnimmt. Die Pflegebedürftigkeit tritt in einem höheren Alter ein als im Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer.

Bei der Beurteilung, welche epidemiologischen Szenarien für die Versorgungsplanung angewendet werden sollen, standen folgende Überlegungen im Zentrum: Als Indikator für den Gesundheitszustand in Pflegeheimen kann die Aufenthaltsdauer herbeigezogen werden. Bei der Dauer von Langzeitaufenthalten ist erkennbar, dass diese seit 2015 gesamthaft stetig abgenommen haben. Während Bewohnende im Jahr 2015 durchschnittlich ca. 2,5 Jahre in Pflegeheimen wohnten, waren es im Jahr 2022 nur noch ca. 2,1 Jahre (vgl. Anhang 6.6). Neben einer Verbesserung des Gesundheitszustands im Alter kann dies daran liegen, dass die pflegebedürftigen Personen länger zu Hause verbleiben und durch ambulante Leistungserbringer betreut werden. Die Inanspruchnahmerate ist in den letzten Jahren daher tendenziell gesunken, was für die Szenarien der gleichbleibenden oder gar verkürzten Pflegedauer spricht (vgl. auch Abbildung 15). Das Obsan hält zudem in seinem Zwischenbericht fest, dass in den letzten Jahren die Lebenserwartung in der Schweiz gestiegen ist. Dabei hat sich gezeigt, dass sich das Ausmass an Pflegebedürftigkeit nicht – und wenn, dann eher positiv – verändert hat.<sup>11</sup> Der Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung kann durch die Gemeinden aber nur marginal beeinflusst werden. Hierbei sind grundlegendere epidemiologische Entwicklungen auf Ebene der Gesamtbevölkerung zu beachten. Es gibt also eine gewisse Unsicherheit betreffend diese Szenarien, weshalb die Wahl nur eines Szenarios nicht plausibel erscheint.

Basierend auf diesen Überlegungen wird daher nach Rücksprache mit den Versorgungsregionen für die Versorgungsplanung folgende Praxis definiert: Kantonal einheitlich festgelegt

<sup>9</sup> Vgl. Zwischenbericht Obsan (2024): [www.zh.ch/pflegeheimbettenplanung](http://www.zh.ch/pflegeheimbettenplanung)

<sup>10</sup> Die theoretische Herleitung der epidemiologischen Szenarien ist im Obsan Bericht 03/2022 detailliert dargelegt: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2022-bedarf-alters-und-langzeitpflege-der-schweiz>

<sup>11</sup> Vgl. Seematter-Bagnoud, L., Belloni, G., Zufferey, J., Peytremann-Bridevaux, I., Büla, C., & Pellegrini S. (2021). [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan\\_bulletin\\_2021-03\\_d.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2021-03_d.pdf)

wird, dass für die regionalen Planungsbandbreiten die epidemiologischen Szenarien der verkürzten Pflegedauer (als Untergrenze) und der gleichbleibenden Pflegedauer (als Obergrenze) definiert werden. Dabei wird bewusst nicht regional unterschieden, da regionenspezifische Effekte betreffend den zukünftigen Gesundheitszustand schwer nachweisbar sind.

#### 3.3.4 Versorgungspolitische Szenarien

Die zweite Modifikation der Inanspruchnahmerate ergibt sich durch Szenarien betreffend die Substitution von stationären Aufenthalten hin zu intermediären oder ambulanten Angeboten. Das Obsan verwendete in seinem Prognosemodell die nachfolgenden drei versorgungspolitischen Standardszenarien.<sup>12</sup> In den Standardszenarien wird ein Referenzszenario modelliert, bei welchem die Inanspruchnahmerate wie im Referenzjahr bleibt. Zwei weitere Szenarien simulieren, dass nicht pflegebedürftige sowie leicht pflegebedürftige Pflegeheimbewohnende nicht mehr im Pflegeheim betreut werden, sondern ambulant mit Spitex-Leistungen zu Hause oder in betreuten Wohnformen. Diese Szenarien verringern die Inanspruchnahmerate entsprechend.

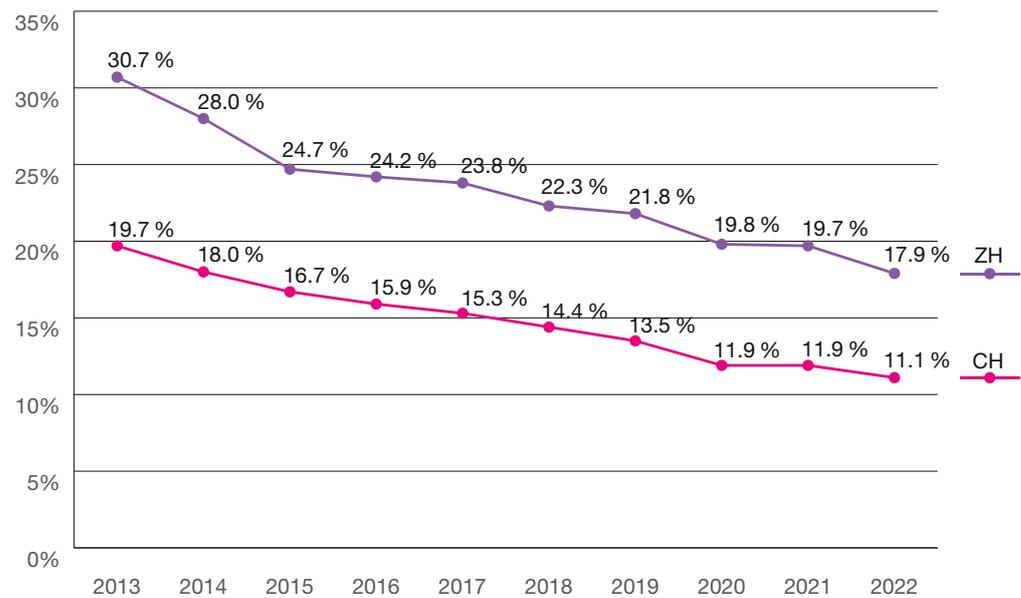
- Das **Referenzszenario** dient als Vergleichsgrösse. Im Referenzszenario wird die Inanspruchnahmerate gegenüber dem Referenzjahr nicht verändert.
- Das erste versorgungspolitische Szenario **Alternative Versorgung für Personen der Pflegestufen 0–2** geht davon aus, dass 40% der Pflegeheimbewohnenden ab Alter 65 Jahre mit Pflegestufen 0–2 zukünftig ambulant und nicht mehr in Pflegeheimen versorgt werden. Die anderen 60% der nicht oder leicht pflegebedürftigen Personen werden weiterhin ins Pflegeheim eintreten. Für sie ist eine ambulante Versorgung, zum Beispiel aus sozialen oder gesundheitlichen Gründen, nicht sinnvoll.
- Das zweite versorgungspolitische Szenario **Alternative Versorgung für Personen der Pflegestufen 0–3** entspricht dem vorherigen versorgungspolitischen Szenario, mit Ausnahme der berücksichtigten Pflegestufen. Die Annahme ist also, dass 40% der Pflegeheimbewohnenden ab Alter 65 Jahre mit Pflegestufen 0–3 zukünftig ambulant versorgt werden.

Der Anteil der nicht oder leicht pflegebedürftigen Bewohnenden geht im Kanton Zürich wie auch in der gesamten Schweiz stetig zurück. Im schweizweiten Vergleich liegt dieser Anteil im Kanton Zürich seit Jahren höher. Im Jahr 2022 betrug er 17,9%<sup>13</sup>, während der Schweizer Durchschnitt bei 11,1% lag. (vgl. Abbildung 16). Detailliertere Aufschlüsselungen der einzelnen KLV-Pflegestufen für das Jahr 2022 finden sich in Anhang 6.7.

<sup>12</sup> Die theoretische Herleitung der versorgungspolitischen Szenarien ist im Obsan Bericht 03/2022 detailliert dargelegt: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2022-bedarf-alters-und-langzeitpflege-der-schweiz>

<sup>13</sup> Dieser Indikator kann geringfügig von den in anderen Abbildungen angegebenen Prozentsätzen der nicht oder leicht pflegebedürftigen Personen abweichen, da die Pflegestufe und die Anzahl der Pflegeminuten hier für die Bewohnenden am 31.12. angegeben werden, während sie in den anderen Abbildungen für die Bewohnenden über das gesamte Jahr (gewichtet nach Aufenthaltsdauer) gemessen werden.

**Abbildung 16: Entwicklung des Anteils der nicht oder leicht pflegebedürftigen Bewohnenden ab Alter 65 Jahre in Pflegeheimen (max. 40 Min. Pflege pro Tag)**



Anmerkung: Nicht oder leicht pflegebedürftige Bewohnende von Pflegeheim = Pflegestufen 0–2. In dieser Analyse wurden für die Zürcher Zahlen unter anderem IFEG-Institutionen mit Pflegebetten ausgeschlossen, das heisst der Zürcher Wert wird vermutlich noch etwas überschätzt (Grund: In den ausgeschlossenen Pflegeheimen sind tendenziell Bewohnende mit höheren Pflegestufen.) Quelle: BFS – SOMED/Auswertung Obsan 2024.

Bei der Beurteilung, welche versorgungspolitischen Szenarien für die Versorgungsplanung angewendet werden sollen, standen folgende Überlegungen im Zentrum: Anders als bei den epidemiologischen Szenarien, haben die Gemeinden einen stärkeren Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit dieser Szenarien. Die Gemeinden sind für die Pflegeversorgung verantwortlich und können so Einfluss nehmen, wie stark eine Substitution vom stationären in den ambulanten Bereich stattfindet. Bei der Beurteilung, welche versorgungspolitischen Szenarien am wahrscheinlichsten und anzuwenden sind, kam den Versorgungsregionen im Projekt daher eine Schlüsselrolle zu. Die Versorgungsregionen kennen ihre regionalen Versorgungsstrukturen am besten und können beurteilen, wie ambitioniert sie die Ambulantisierung vorantreiben wollen. Jede Versorgungsregion konnte demzufolge jene versorgungspolitischen Szenarien empfehlen, welche für dessen regionale Planungsbandbreite zur Anwendung kommen sollen (vgl. Anhang 6.8 einschliesslich Begründungen). Generell zeigt sich, dass alle Versorgungsregionen eine weitere Ambulantisierung anstreben und als realistisch erachten. Der Grundsatz «ambulant vor stationär» ist in vielen Alterskonzepten und -strategien fest verankert und wird zukünftig intensiviert. Auch die am 1. Januar 2025 beschlossene Änderung der Zusatzleistungsverordnung kann die Ambulantisierung weiter stärken.<sup>14</sup> Die Wahl der versorgungspolitischen Szenarien enthält somit einerseits eine Aussage über die Eintrittswahrscheinlichkeit, ist andererseits aber auch eine klar messbare Zielgrösse für die regionale Alterspolitik, welche gut nachverfolgt werden kann.

### 3.3.5 Wanderungs- und Auslastungsfaktor

Die bisherigen Aspekte des Prognosemodells stammen aus dem standardisierten Vorgehen des Obsan. Bei der Analyse und Plausibilisierung dieser statistischen Grundlage hat sich gezeigt, dass zwei zusätzliche Faktoren für eine stimmige Versorgungsplanung angewendet werden sollen.

Die Anwendung eines Wanderungsfaktors ergibt sich wie folgt: Wenn Zürcherinnen und Zürcher ab Alter 65 Jahre in ein Pflegeheim ziehen, dann wählen sie in den meisten Fällen ein Pflegeheim in der Nähe ihres bisherigen Wohnorts aus, das heisst, sie verbleiben in ihrer bisherigen Versorgungsregion. Mit neun von zehn Personen (90,6%) ist dieser Anteil in der Stadt Zürich am grössten. Im Gegensatz dazu ist dieser mit 63,5% in Bülach Nord und mit 67,3% in Winterthur-Land am niedrigsten (vgl. Anhang 6.9). Was die Zuwanderung aus anderen Kantonen anbelangt, so wohnen in Pflegeheimen des Kantons Zürich im Durchschnitt 1,8% Personen aus anderen Kantonen. Die Abwanderung von Zürcherinnen und Zürchern ab Alter 65 Jahre in ausserkantonale Pflegeheime beträgt im Durchschnitt 3,7%. In den Bedarfsprognosen des

<sup>14</sup> Vgl. RRB Nr. 531/2024: <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rrb/regierungsratsbeschluss-531-2024.html>

Obsan wurden diese inter- und innerkantonalen Wanderungen aber nicht berücksichtigt. Die vom Obsan erstellten Bedarfsprognosen weisen den Bedarf für die jeweilige Bevölkerung in der Versorgungsregion aus. Dies impliziert, dass dieser Bedarf in der Versorgungsregion gedeckt werden muss, in welcher die Pflegebedürftigen wohnen. In der Realität decken die Gemeinden aber vor allem jene Nachfrage, welche auch effektiv besteht. Im Kanton Zürich gilt die freie Pflegeheimwahl und daher gibt es einerseits Versorgungsregionen, welche eher einen Zuwachs an Pflegebedürftigen aus anderen Versorgungsregionen oder Kantonen haben. Andererseits gibt es Versorgungsregionen, welche eine Abwanderung in andere Versorgungsregionen oder Kantone vorweisen. Ausserdem gibt es Versorgungsregionen, welche mittels Leistungsvereinbarungen Bewohnende anderen Versorgungsregionen zuweisen. In Abbildung 17 sind die innerkantonalen Nettowanderungssaldi in prozentualen Werten über die vergangenen drei Jahre nach Versorgungsregionen dargestellt. Nach Rücksprache mit den Versorgungsregionen soll daher ein Wanderungsfaktor angewendet werden, um diesen Aspekt besser abzubilden. Dieser entspricht dem durchschnittlichen prozentualen Saldo der Wanderungen pro Versorgungsregion der Jahre 2020–2022 und wird mit der Unter- und Obergrenze der regionalen Planungsbandbreiten multipliziert.<sup>15</sup>

**Abbildung 17: Durchschnittliche Wanderungssaldi prozentual nach Versorgungsregion<sup>16</sup>**

Versorgungsregion	Durchschnitt 2020–2022 (%)
Affoltern	-13
Weinland	2
Bülach Nord	-21
Bülach Südost	-3
Bülach Südwest	18
Dielsdorf	-5
Dietikon	-17
Hinwil	14
Horgen	-1
Unterer Zürichsee	24
Mittlerer Zürichsee	15
Oberer Zürichsee	21
Pfäffikon Nord	-5
Pfäffikon Süd	0
Uster	-4
Stadt Winterthur	-11
Winterthur-Land	-2
Stadt Zürich	-5

Quelle: SOMED-Statistiken 2020–2022 (Bundesamt für Statistik). Grafik: Eigene Darstellung.

Der zweite anzuwendende Faktor betrifft die Auslastung in den Pflegeheimen. Das Obsan musste aus statistischen Gründen mit einer Auslastung von 100% arbeiten. In der Interpretation der Bedarfsprognosen des Obsan in seinem Zwischenbericht ist daher zu berücksichtigen, dass für den errechneten Bettenbedarf eine Auslastung von 100% unterstellt wird. Eine solche Interpretation scheint für die Versorgungsplanung zu restriktiv, da die Anzahl bewilligter Betten stets leicht höher ist als jene der effektiv betriebenen und auch belegten Betten (vgl. Kapitel 3.3.1). Eine normative Auslastung von 96% wird daher nach Rücksprache mit den Versorgungsregionen angenommen und die Unter- und Obergrenze der regionalen

<sup>15</sup> Ebenfalls berücksichtigt werden interkantonale Wanderungen (Ab- und Zuwanderungen aus anderen Kantonen). Hierzu liegen nur Daten aus dem Jahr 2022 vor, weshalb diese als Referenz für alle Datenjahre 2020–2022 verwendet werden.

<sup>16</sup> Im Gegensatz zum Zwischenbericht des Obsan wurde in dieser Analyse das Pflegeheim Clenia Bergheim in Uetikon am See (Versorgungsregion Mittlerer Zürichsee) ebenfalls ausgeschlossen. Dieses Pflegeheim weist einen hohen Anteil an ausserregionalen und -kantonalen Bewohnenden aus und könnte sich als Anbieter der spezialisierten Psychiatriepflege herausstellen.

Planungsbandbreiten entsprechend korrigiert.<sup>17</sup> Die regionalen Bandbreiten erhöhen sich dementsprechend leicht. Dieser Wert entspricht einer betrieblich anzustrebenden Auslastung und kann als branchenüblich bezeichnet werden.

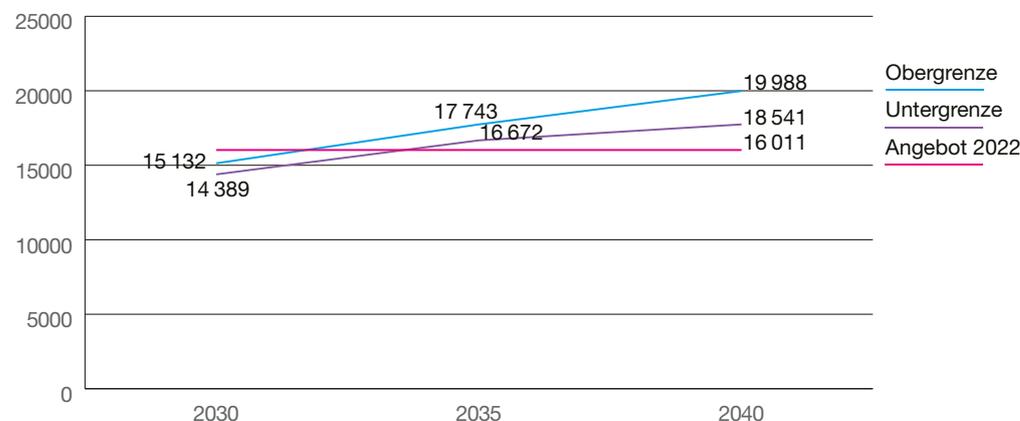
### 3.3.6 Versorgungsplanung und regionale Planungsbandbreiten

Die umfassenden Bedarfsprognosen je Szenariokombination sind im Zwischenbericht des Obsan aufgeführt. Sie bilden die statistischen Grundlagen für das Projekt.<sup>18</sup> Wie in Kapitel 3.3.2 erläutert, resultieren pro Versorgungsregion eine prognostizierte Unter- und Obergrenze an Betten, welche die regionalen Planungsbandbreiten ergeben. Diese sind für die Versorgungsplanung relevant. Die regionalen Planungsbandbreiten für die Jahre 2030, 2035 und 2040 sind in Anhang 6.10 aufgeführt.

Bevor die regionalen Planungsbandbreiten beschrieben werden, erfolgt eine Darstellung auf kantonaler, aggregierter Ebene. In Abbildung 18 sind die kumulierten, regionalen Planungsbandbreiten für den Kanton Zürich bis ins Jahr 2040 dargestellt. Das Angebot an Pflegebetten im Kanton Zürich im Jahr 2022 deckt die prognostizierte Nachfrage voraussichtlich bis mindestens über das Jahr 2030. Im Vergleich zum Bettenangebot im Jahr 2022 zeigt sich auf den ganzen Kanton Zürich bezogen, dass ab dem Jahr 2035 der Bedarf gegenüber dem heutigen Angebot an Pflegeheimbetten steigt, welcher ab 2040 weiter zunehmen wird.<sup>19</sup> Wie das Obsan in seinem Bericht erläutert, ist der steigende Bedarf an Langzeitbetten trotz Ambulantisierung auf die Alterskohorte der Babyboomer zurückzuführen, welche die kommenden Jahre ins pflegebedürftige Alter gelangt. Dementsprechend müssen spätestens ab 2035 zusätzliche stationäre Kapazitäten zur Verfügung stehen. Hierzu sind die Gemeinden in der Pflicht, für eine bedarfs- und fachgerechte Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner zu sorgen (§5 Abs. 1 Pflegegesetz). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass gemäss Obsan der Bettenbedarf nach der Alterskohorte der Babyboomer langfristig wieder sinken könnte (nach 2050). Ein Ausbau von Kapazitäten soll daher in flexiblen, modularen Bauten geschehen.

Auch die Nachfrage in den intermediären und ambulanten Strukturen ist sicherzustellen. Wie oben erwähnt, wird die Bedarfsprognose zu den Spitex-Leistungen erst Anfang 2025 vorliegen und den Gemeinden damit weitere wichtige Datengrundlagen liefern.

**Abbildung 18: Anzahl Pflegebetten und kumulierte, regionale Planungsbandbreiten für den Kanton Zürich, 2030–2040**



Quelle: SOMED-Statistik 2022 (Bundesamt für Statistik) und Obsan 2024; Grafik: Eigene Darstellung, angelehnt an Obsan 2024.

Neben der Wahl der Szenarien und der weiteren Faktoren wird definiert, welches Jahr als Referenzprognosejahr<sup>20</sup> für die Versorgungsplanung herangezogen wird. Nach Rücksprache mit den Versorgungsregionen wird ein Planungshorizont von ungefähr zehn Jahren als plausibel und realistisch für Ausbauprojekte angesehen. Aus diesen Überlegungen und aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben, die Planung periodisch zu überprüfen (Art. 58a Abs. 2 KVV),

<sup>17</sup> Rechenbeispiel: Das Obsan berechnet für eine Beispielregion einen Bettenbedarf von 305 Betten. Die Berechnung der Bandbreite erfolgt nun mit der Korrektur der Auslastung wie folgt:  $305/97 * 100 = 314$  (gerundet).

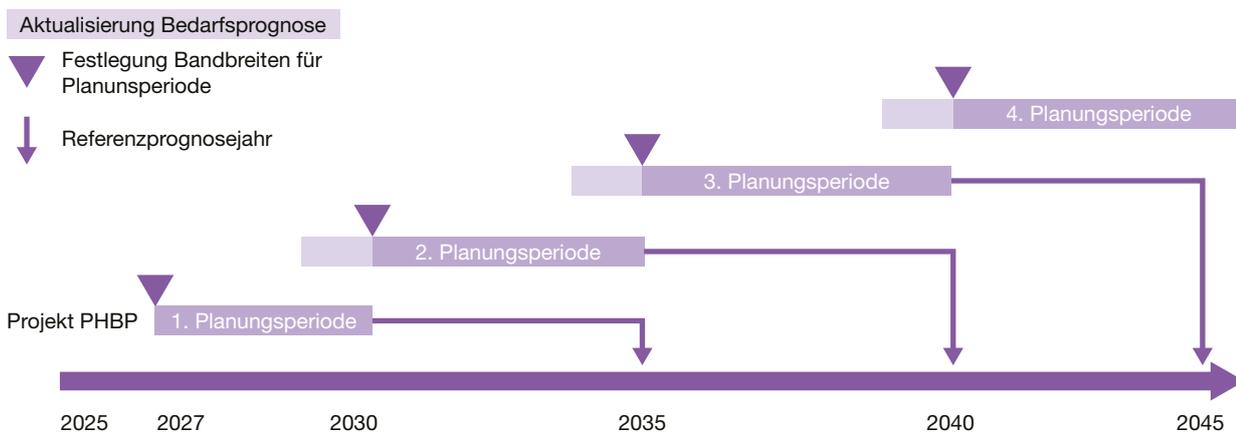
<sup>18</sup> Vgl. Zwischenbericht Obsan (2024): [www.zh.ch/pflegeheimbettenplanung](http://www.zh.ch/pflegeheimbettenplanung)

<sup>19</sup> Seit 2022 hat sich das Bettenangebot bereits verändert; gleichwohl wird das Bettenangebot 2022 dargestellt, da es sich dabei um jene Werte aus dem Zwischenbericht des Obsan sowie der zuvor verwendeten Datengrundlage handelt. Im Gegensatz zum Zwischenbericht des Obsan wurde in dieser Analyse das Pflegeheim Clenia Bergheim in Uetikon am See (Versorgungsregion Mittlerer Zürichsee) ebenfalls ausgeschlossen. Dieses Pflegeheim weist einen hohen Anteil an ausserregionalen und -kantonalen Bewohnenden aus und könnte sich als Anbieter der spezialisierten Psychiatriepflege herausstellen. Ebenfalls ausgeschlossen wurde das Wohnheim Kull (Versorgungsregion Stadt Zürich), welches sich als Anbieter der spezialisierten Psychiatriepflege herausstellen könnte.

<sup>20</sup> Das Referenzprognosejahr ist jenes Jahr, welches zur Festlegung der regionalen und kantonalen Planungsbandbreiten herangezogen wird. Es beschreibt den Bedarf an Betten im entsprechenden Jahr.

ergibt sich folgender Planungsmechanismus: Im Rahmen des vorliegenden Projekts werden die regionalen Planungsbandbreiten für die Planungsperiode 2027–2030 festgesetzt. Das Referenzprognosejahr 2035 liegt ab Veröffentlichung des provisorischen Versorgungsberichts knapp zehn Jahre in der Zukunft. Eine erste Überprüfung der Planungsgrundlagen (namentlich der Bedarfsprognosen, der Szenarien sowie weiterer Annahmen) und gestützt darauf eine Aktualisierung der regionalen Planungsbandbreiten ist bereits im Jahr 2030 vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt werden drei Datenjahre sowie weitere Praxiserkenntnisse bestehen. Ausgehend davon werden dann die regionalen Planungsbandbreiten für die Planungsperiode 2031–2035 festgesetzt. Diese orientieren sich am Referenzprognosejahr 2040, welches wiederum zehn Jahre in der Zukunft liegt. Diese periodische Überprüfung findet fortan alle fünf Jahre statt. Das Referenzprognosejahr liegt dabei stets zehn Jahre in der Zukunft. In Abbildung 19 ist dieser Planungsmechanismus schematisch dargestellt. Andere Kantone (bspw. ZG, LU) arbeiten ebenfalls in Planungsperioden und können so eine zukunftsgerichtete Planung sicherstellen. Dieser Planungsmechanismus gilt ebenso für die spezialisierte Langzeitpflege sowie die AÜP.

**Abbildung 19: Schematische Darstellung des zukünftigen Planungsmechanismus**



Quelle: Eigene Darstellung.

Für das Evaluationsverfahren im Rahmen dieses Projekts sowie die Versorgungsplanung zwischen 2027 und 2030 sind demnach die regionalen Planungsbandbreiten des Referenzprognosejahres 2035 entscheidend (vgl. Abbildung 20).

Die Bilanzierung des in Abbildung 20 dargestellten Angebots 2022 mit den regionalen Planungsbandbreiten hat hingegen nur eine begrenzte Aussagekraft im Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027 und ab dem Jahr 2027.<sup>21</sup> Entscheidend für die Festsetzung der Pflegeheimliste 2027 werden die eingegangenen Anträge im Antragsverfahren sein.

<sup>21</sup> Seit 2022 hat sich das Bettenangebot bereits verändert; gleichwohl wird das Bettenangebot 2022 dargestellt, da es sich dabei um jene Werte aus dem Zwischenbericht des Obsan sowie der zuvor verwendeten Datengrundlage handelt.

**Abbildung 20: Regionale Planungsbandbreiten der allgemeinen Langzeitpflege für die Planungsperiode 2027–2030**

Versorgungsregion <sup>22</sup>	Angebot 2022	Untergrenze Planungsbandbreite	Obergrenze Planungsbandbreite
Affoltern	290	393	412
Weinland	286	355	373
Bülach Nord	397	546	573
Bülach Südost	289	316	343
Bülach Südwest	518	605	706
Dielsdorf	597	775	812
Dietikon	749	801	864
Hinwil	1 182	1 527	1 684
Horgen	1 445	1 641	1 716
Unterer Zürichsee	518	501	522
Mittlerer Zürichsee	418	468	491
Oberer Zürichsee	575	730	763
Pfäffikon Nord	165	207	236
Pfäffikon Süd	286	384	403
Uster	952	1 260	1 378
Stadt Winterthur	1 134	1 134	1 242
Winterthur-Land	526	641	672
Stadt Zürich	5 684	4 388	4 713
<b>Total Kanton Zürich</b>	<b>16 011</b>	<b>16 672</b>	<b>17 903</b>

Quelle: Eigene Darstellung.

Gleichwohl ist festzuhalten, dass das Angebot aus dem Jahr 2022 in fast allen Regionen unter den regionalen Planungsbandbreiten liegt. Der Bedarf an der Stabilisierung oder gar einem leichten Ausbau der Bettenkapazitäten scheint für die Planungsperiode 2027–2030 sowie mit Blick auf die Prognosen für 2040 angezeigt. Einzig die Versorgungsregion Stadt Zürich weist in dieser Bilanzierung eine prognostizierte Überversorgung aus. Gemäss Rücksprache mit der Stadt Zürich hat diese seit 2022 bereits verschiedene Massnahmen zum Aufbau intermediärer und ambulanter Strukturen mit gleichzeitigem Bettenabbau beschlossen und umgesetzt. Weitere Massnahmen, unter anderem zurückführend auf die Altersstrategie 2035, sind geplant.<sup>23</sup> Im Kontext der kantonalen Versorgung kann diese prognostizierte Überversorgung aber auch hilfreich sein, sofern angrenzende Versorgungsregionen sich Kapazitäten mittels Leistungsvereinbarungen zusichern könnten. Dies könnte den umliegenden Versorgungsregionen einige Jahre mehr Zeit verschaffen, die entsprechenden stationären und ambulanten Strukturen aufzubauen. Die Nutzung allfälliger regionaler Überkapazitäten im ganzen Kanton Zürich ist angesichts der Bedarfsprognosen volkswirtschaftlich und versorgungsplanerisch angezeigt. Mit Blick auf die Bedarfsprognose 2040 steigt der Bedarf an Langzeitbetten aber auch in der Stadt Zürich weiter, weshalb alle Versorgungsregionen einen eigenen Aufbau planen sollten.

Das Vorgehen im Antrags- und Evaluationsverfahren wird in Kapitel 4 beschrieben.

<sup>22</sup> Im Gegensatz zum Zwischenbericht des Obsan wurde in dieser Analyse das Pflegeheim Cilenia Bergheim in Uetikon am See (Versorgungsregion Mittlerer Zürichsee) ebenfalls ausgeschlossen. Dieses Pflegeheim weist einen sehr hohen Anteil an ausserregionalen und -kantonalen Bewohnenden aus und könnte sich als Anbieter der spezialisierten Psychiatriepflege herausstellen. Ebenfalls ausgeschlossen wurde das Wohnheim Kull (Versorgungsregion Stadt Zürich), welches sich als Anbieter der spezialisierten Psychiatriepflege herausstellen könnte.

<sup>23</sup> Vgl. hierzu die Altersstrategie 2035 der Stadt Zürich (2020): <https://www.stadt-zuerich.ch/de/politik-und-verwaltung/politik-und-recht/strategie-politikfelder/altersstrategie-2035.html> sowie die Stadtratsbeschlüsse der Stadt Zürich zu den Zwischenberichten zur Umsetzung der Altersstrategie 2035 (2024): <https://www.stadt-zuerich.ch/de/politik-und-verwaltung/politik-und-recht/stadtratsbeschluesse/2024/Sep/stzh-strb-2024-2458.html>

## 3.4 Spezialisierte Langzeitpflege

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ausgangslage als auch die Praxis der Versorgungsplanung betreffend die spezialisierten Langzeitpflege beschrieben.

### 3.4.1 Ausgangslage

Im Kanton Zürich gibt es keine umfassend verlässlichen Daten zu Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege. Es kann daher analog zur allgemeinen Langzeitpflege keine Inanspruchnahmerate berechnet werden. Zudem ist die Ausgangslage je nach Angebot unterschiedlich und die Fallzahlen sind gering, was Prognosen generell erschwert. Nachfolgend werden die der Gesundheitsdirektion bekannten Daten präsentiert. Durch die erstmalige Definition und separate Abbildung dieser Pflegebetten auf der Pflegeheimliste ab 2027 wird sich die Datenqualität in diesem Bereich verbessern.

**IFEG-Institutionen mit Pflegebetten:** Eine datengestützte Aussage kann nur zum Angebot von IFEG-Institutionen mit Pflegebetten (vgl. Kapitel 2.3.2) gemacht werden. Im Kanton Zürich gibt es sieben IFEG-Institutionen mit Pflegebetten. Diese sind in Abbildung 21 einschliesslich ihrer Anzahl bewilligter Betten gemäss aktueller Zürcher Pflegeheimliste sowie weiterer Kennzahlen aus dem Jahr 2022 aufgeführt. Mit 601 bewilligten Betten ( $\approx 3,2\%$  von total 19 037 bewilligten Betten) und 681 betreuten Langzeitbewohnenden ( $\approx 3,0\%$  von total 22 915 Langzeitbewohnenden) ist der Anteil an der gesamten stationären Pflegeversorgung quantitativ gering. Die 188 353 erbrachten Pflageetage stellen einen Bruchteil aller Pflageetage im Kanton Zürich dar ( $\approx 3,5\%$  von total rund 5,5 Mio. erbrachten Pflageetagen).

**Abbildung 21: Kennzahlen der IFEG-Institutionen mit Pflegebetten**

Institution	Zielgruppe	Bewilligte Pflegebetten 2024	Bewohnende 2022	Fakturierte Pflegetage 2022	Durchschnittsalter bei Eintritt 2022
Stiftung Wagerenhof, Heim für Menschen mit einer geistigen Behinderung	Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung	253	256	78851	21
EPI Wohnwerk c/o Schweizerisches Epilepsie-Zentrum – Heimbereich	Menschen mit geistiger, psychischer oder körperlicher Behinderung, insbesondere für Menschen mit Epilepsie	171	212	51217	35
IWAZ Schweizerisches Wohn- und Arbeitszentrum für Mobilitätsbehinderte	Menschen mit körperlicher und psychischer Behinderung	63	63	20967	41
Wohnzentrum Frankental – Haus 410 & 414	Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, insbesondere mit Hirnverletzungen	40	41	13374	44
Mathilde Escher-Heim – Wohngruppen 4–6	Menschen mit körperlicher Behinderung (Muskel-dystrophie Typ Duchenne)	29	55	9733	22
Vivazzo Stiftung – Vivazzo Wohnhaus Birkenhof	Menschen mit körperlicher, geistiger und psychischer Behinderung	31	40	9541	38
Stiftung Schloss Turbenthal	Gehörlose mit Mehrfachbehinderung oder mit einer psychischen Behinderung	14	14	4670	57
<b>Total</b>		<b>601</b>	<b>681</b>	<b>188 353</b>	<b>30</b>

Quelle: Kanton Zürich, 2024: Verzeichnis der Institutionen gemäss IFEG; Kanton Zürich, 2023: Alters- und Pflegeheimliste Kanton Zürich (Stand 22.03.2024); BAG, 2024: Kennzahlen Pflegeheime SOMED 2022; Grafik: Eigene Darstellung.

Genauere Daten zum aktuellen Angebot der somatischen Komplexpflege, der spezialisierten Palliativ Care sowie der spezialisierten Psychiatriepflege gibt es nicht, da die entsprechenden Bettenkapazitäten erstmalig mit dem Antragsverfahren im Jahr 2025 systematisch erhoben werden. Gleichwohl wird nachfolgend ein ungefähres Bild der aktuellen Versorgungssituation dargestellt, welches mittels Umfragen und Recherchen erhoben wurde.<sup>24</sup>

**Somatische Komplexpflege:** Vier Pflegeheime<sup>25</sup>, welche sich potenziell für dieses Angebot qualifizieren, weisen im Jahr 2024 ca. 50 dauernde Plätze in diesem Bereich aus. Das geschätzte Angebot dieser vier Pflegeheime entspricht weniger als 1% aller bewilligten Betten.

**Spezialisierte Palliativ Care:** Zehn Pflegeheime<sup>26</sup>, welche im Rahmen der Zürcher Strategie Palliativ Care als spezialisierte Langzeitinstitutionen eingestuft wurden, weisen im Jahr 2024 ca. 80 dauernde Pflegeplätze in diesem Bereich aus. Das geschätzte Angebot dieser zehn Pflegeheime entspricht weniger als 1% aller bewilligten Betten.

**Spezialisierte Psychiatriepflege:** Fünf Pflegeheime<sup>27</sup>, welche sich potenziell für dieses Angebot qualifizieren, weisen im Jahr 2024 ca. 820 dauernde Plätze in diesem Bereich aus. Das geschätzte Angebot dieser fünf Pflegeheime entspricht ca. 4% aller bewilligten Betten.

<sup>24</sup> Für die nachfolgend erwähnten Pflegeheime, welche an der Umfrage teilnahmen, leitet sich kein Anspruch zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste als spezialisiertes Pflegeheim durch den Kanton Zürich ab. Eine allfällige Aufnahme auf die Pflegeheimliste erfolgt erst nach einem erfolgreichen Evaluationsverfahren und durch die Festsetzung der neuen Pflegeheimliste durch den Regierungsrat.

<sup>25</sup> Gesundheitszentrum für das Alter Gehrenholz (Zürich), Gesundheitszentrum Dielsdorf (Dielsdorf), KZU Pflegezentrum Bächli (Bassersdorf), Tertianum Letzipark (Zürich).

<sup>26</sup> Stiftung Amalie Widmer (Horgen), KZU Pflegezentrum Bächli (Bassersdorf), Zürcher Lighthouse (Zürich), Gesundheitszentrum für das Alter Mattenhof (Zürich), Seniorenzentrum Wiesengrund (Winterthur), Clenia Bergheim (Uetikon am See), Pflegezentrum Spital Limmattal (Schlieren), Alterszentrum Frohmatt (Wädenswil), Pallistella (Rämismühle), Pflegehaus Magnolia (Zollikerberg).

<sup>27</sup> Gesundheitszentrum für das Alter Entlisberg (Zürich), Pflegezentrum Bauma (Bauma), Alters- und Pflegeheim Tabor (Wald), Klinik Sonnhalde (Grüningen), Clenia Bergheim (Uetikon am See).

### 3.4.2 Versorgungsplanung und kantonale Planungsbandbreiten

Die Anbieter der spezialisierten Langzeitpflege werden zukünftig auf der Pflegeheimliste einschliesslich ihres Bettenangebots ausgewiesen (vgl. Kapitel 2.2). Diese neu geschaffene Transparenz ermöglicht, dass die Betten der spezialisierten Langzeitpflege nicht dem Bettenangebot ihrer Standort-Versorgungsregion angerechnet werden.

Zukünftig wird für jede der vier spezialisierten Langzeitpflegebereiche eine kantonale Planungsbandbreite festgelegt. Die auf der Pflegeheimliste 2027 aufgeführte Betten dieser spezialisierten Langzeitpflege müssen sich innerhalb der kantonalen Planungsbandbreite befinden. Neue Betten werden nur bewilligt, sofern die Obergrenze der kantonalen Planungsbandbreite nicht überschritten wird. Sofern die kantonale Planungsbandbreite unterschritten wird, werden die Versorgungsregionen unter Leitung der Gesundheitsdirektion und unter Einbezug der Pflegeheime nach Lösungen für einen Ausbau der Versorgungskapazitäten suchen.

Die kantonalen Planungsbandbreiten ergeben sich in dieser erstmaligen Form wie folgt: Da im Gegensatz zur Planung der allgemeinen Langzeitbetten keine Inanspruchnahmerate von Pflegebetten hergeleitet werden kann, wird das bestehende Angebot als Referenz genommen. Unter der Annahme, dass das heute geschätzte Angebot die Nachfrage deckt, wird daraus die Untergrenze der kantonalen Planungsbandbreite festgelegt. Nach Rücksprache mit dem Kantonalen Sozialamt (betreffend IFEG-Institutionen mit Pflegebetten) sowie den Fach- und Leistungserbringerverbänden ist eine Ambulantisierung jener Fälle schwierig, da sie ja gerade ein spezialisiertes stationäres Setting benötigen. Bei den IFEG-Institutionen geht das Kantonale Sozialamt davon aus, dass der Anteil an Pflegebetten nach KVG stabil bleibt. Die demografischen Entwicklungen gilt es aber zu berücksichtigen. Der Bedarf an somatischer Komplexpflege ist gemäss den dazu angefragten Pflegeheimen durch das Jahr schwankend. In den vergangenen Jahren war bei der somatischen Komplexpflege sowie der spezialisierten Psychiatriepflege eine steigende Nachfrage zu erkennen. In der Palliative Care wird davon ausgegangen, dass rund 20% der schwer erkrankten Personen mit komplexer Pflegesituation spezialisierte Palliative Care benötigen. In der im Jahr 2024 verabschiedeten Strategie Palliative Care wird aber aufgezeigt, dass diese Fälle nicht nur in spezialisierten Abteilungen in Langzeitinstitutionen gepflegt werden sollen, sondern dass auch sogenannte Mobile Palliative Care Teams in allgemeinen Pflegeheimen oder zu Hause zum Einsatz kommen.<sup>28</sup>

Um einen Ausbau der Bettenkapazitäten bei einer wachsenden Bevölkerung zu ermöglichen, richtet sich die Obergrenze der kantonalen Planungsbandbreite nach dem prognostizierten Bevölkerungswachstum zwischen 2022 und 2035 (Referenzprognosejahr).<sup>29</sup> Diese Herangehensweise impliziert eine konstante Inanspruchnahme der spezialisierten Langzeitpflege über die nächsten Jahre hinweg (ohne epidemiologische oder versorgungspolitische Effekte).<sup>30</sup> Unter der Anwendung eines prognostizierten Bevölkerungswachstums von 15% bis 2035 (Referenzprognosejahr) ergeben sich somit die kantonalen Planungsbandbreiten für die Planungsperiode 2027–2030 für die Angebote der spezialisierten Langzeitpflege wie in Abbildung 22 aufgeführt. Im Antragsverfahren werden die heute betriebenen Betten für spezialisierte Langzeitpflege erhoben. Sollte sich dann zeigen, dass das Angebot im Jahr 2024 von der heutigen Schätzung abweicht, werden die Unter- und die Obergrenze entsprechend korrigiert.

**Abbildung 22: Kantonale Planungsbandbreiten der spezialisierten Langzeitpflege für die Planungsperiode 2027–2030**

	Untergrenze Planungsbandbreite (geschätztes Angebot 2024)	Obergrenze Planungsbandbreite (+15%)
IFEG-Institutionen mit Pflegebetten	601	691
Somatische Komplexpflege	50	58
Spezialisierte Palliative Care	80	92
Spezialisierte Psychiatriepflege	820	943

Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>28</sup> Vgl. weiterführende Informationen zur Strategie Palliative Care des Kantons Zürich: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/strategien-programme/palliative-care.html>

<sup>29</sup> Das Bevölkerungswachstum zwischen 2022 und 2035 basiert auf den regionalisierten Bevölkerungsprognosen des Szenarios «Trend ZH 2023» des Statistischen Amtes des Kantons Zürich, vgl. Kapitel 3.2.2. 2022 war das letzte effektiv vorhandene Datenjahr (1 577 468 Einwohnerinnen und Einwohner). Für 2035 werden 1 787 953 Einwohnerinnen und Einwohner prognostiziert, was einem Bevölkerungswachstum von rund 15% entspricht.

<sup>30</sup> Auf altersspezifische Effekte wird hier im Gegensatz zur allgemeinen Langzeitpflege verzichtet. Einerseits ist die spezialisierte Langzeitpflege für viele Altersgruppen relevant. Andererseits soll die erstmalige Methodik einfach gehalten werden und erst bei besserer Datenverfügbarkeit allenfalls verfeinert werden.

Analog der allgemeinen Langzeitpflege wird die kantonale Planungsbandbreite erstmalig bis 2030 festgesetzt und anschliessend alle fünf Jahre aktualisiert (vgl. Kapitel 3.3.6). Eine erste umfassende Überprüfung der Planungsgrundlagen für die spezialisierte Langzeitpflege ist daher im Jahr 2030 vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt werden drei Datenjahre sowie weitere Praxiserkenntnisse vorliegen. Ausgehend davon werden die kantonalen Planungsbandbreiten für die Planungsperiode 2031–2035 festgesetzt. Diese orientieren sich am Referenzprognosejahr 2040, welches wiederum zehn Jahre in der Zukunft liegt. Um ein systematisches Monitoring des Angebots sowie der erbrachten Leistungen zu ermöglichen, müssen die anerkannten Pflegeheime zukünftig im Rahmen der SOMED-Datenerhebung zusätzliche Angaben machen (Anzahl Bewohnende, Pflegetage, Pflegestufen usw.).

Das Vorgehen im Antrags- und Evaluationsverfahren wird in Kapitel 4 beschrieben.

### 3.5 Akut- und Übergangspflege

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ausgangslage wie auch die Praxis der Versorgungsplanung betreffend die AÜP beschrieben.

#### 3.5.1 Ausgangslage

Daten zur AÜP werden im Rahmen der jährlichen SOMED-Datenerhebung separat erfasst. Im Kanton Zürich wurden im Jahr 2022 2699 Bewohnende im Rahmen der AÜP behandelt ( $\approx 8,6\%$  von total 31256 Bewohnenden der Langzeit- und Kurzeitaufenthalte). Da nur maximal 14 Tage pro Fall abgerechnet werden können, entsprechen die insgesamt erbrachten 33189 Pflegetage nur einem Bruchteil aller Pflegetage im Kanton Zürich ( $\approx 0,6\%$  von total rund 5,5 Mio. erbrachten Pflegetagen).

2022 haben 55 Pflegeheime AÜP-Leistungen abgerechnet. 14 Pflegeheime haben dabei 75% der Pflegetage erbracht. 41 Pflegeheime haben die restlichen 25% der Pflegetage geleistet. Darunter gibt es vereinzelte Pflegeheime mit sehr geringen Fallzahlen (vgl. Abbildung 23 sowie vollständige Abbildung in Anhang 6.11).

**Abbildung 23: Anzahl Bewohnende und Pflegetage AÜP pro Pflegeheim**

Pflegeheim (Anzahl=55)	Anzahl Bewohnende 2022 mit AÜP	Anzahl fakturierte Pflegetage AÜP 2022
Pflegezentren der Stadt Zürich	879	10631
Alterszentren Stadt Winterthur	237	2931
Gesundheitszentrum Dielsdorf	155	2048
Tertianum Gartenhof	102	1214
Tertianum Giessenturm	99	1210
Heime Uster	88	1069
Wohn- und Pflegezentrum Blumenrain	77	963
KZU Pflegezentrum Bächli	76	933
Pflegezentrum Wildbach	72	853
Tertianum Residenz Zollikerberg	67	835
Pflegezentrum Rosenthal	53	700
Tertianum Letzipark	48	599
Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen	42	527
Tertianum Segeten	41	519
Weitere Institutionen < 40 Bewohnende (Anzahl=41)	794	9802
<b>Total</b>	<b>2699</b>	<b>33189</b>

Quelle: BAG, 2024: Kennzahlen Pflegeheime SOMED 2022; Grafik: Eigene Darstellung.

#### 3.5.2 Versorgungsplanung und kantonale Planungsbandbreiten

Wie bei den Angeboten der spezialisierten Langzeitpflege werden Pflegeheime der AÜP zukünftig auf der Pflegeheimliste einschliesslich ihres Bettenangebots ausgewiesen. Infolge dieser neu geschaffenen Transparenz wird ermöglicht, dass die Betten der AÜP nicht dem Bettenangebot ihrer Standort-Versorgungsregion, sondern dem im Kanton notwendigen Angebot angerechnet werden können.

Wie bei der spezialisierten Langzeitpflege wird auch für die AÜP zukünftig eine kantonale Planungsbandbreite festgelegt. Die Betten der AÜP müssen sich innerhalb der kantonalen Planungsbandbreite befinden. Zusätzliche Betten werden nur auf die Pflegeheimliste aufgenommen, sofern die Obergrenze der kantonalen Planungsbandbreite nicht überschritten wird. Sofern die kantonale Planungsbandbreite unterschritten wird, werden die Versorgungsregionen unter Leitung der Gesundheitsdirektion und unter Einbezug der Pflegeheime nach Lösungen für einen Ausbau der Versorgungskapazitäten suchen.

Die kantonale Planungsbandbreite ergibt sich aus einer separaten Bedarfsprognose, welche durch das Obsan bis Ende 2024 erstellt wird (Phase 2 des Obsan-Mandats, vgl. Kapitel 3.1). Sobald vorliegend, werden diese Ergebnisse mit den relevanten Anspruchsgruppen analysiert und die kantonale Planungsbandbreite festgesetzt. Die kantonale Planungsbandbreite für die AÜP wird im definitiven Versorgungsbericht publiziert.

Analog der allgemeinen und spezialisierten Langzeitpflege wird die kantonale Planungsbandbreite erstmalig bis 2030 festgesetzt und anschliessend alle fünf Jahre aktualisiert (vgl. Kapitel 3.3.6). Eine erste umfassende Überprüfung der Planungsgrundlagen für die AÜP ist daher im Jahr 2030 vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt werden drei Datenjahre sowie weitere Praxiserkenntnisse vorliegen. Ausgehend davon werden die kantonalen Planungsbandbreiten für die Planungsperiode 2031–2035 festgesetzt. Diese orientieren sich am Referenzprognosejahr 2040, welches wiederum zehn Jahre in der Zukunft liegt.



# 4

# Antrags- und Evaluationsverfahren

**4.1 Antragsverfahren**

**4.2 Evaluationsverfahren: Übersicht**

**4.3 Evaluationsverfahren: Anforderungen und Kriterien**

## 4. Antrags- und Evaluationsverfahren

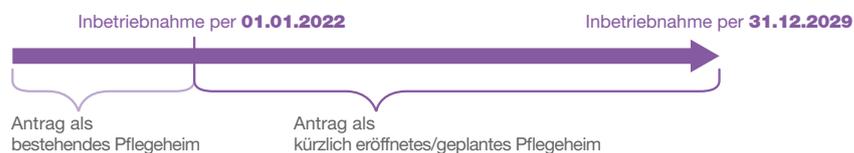
Im Rahmen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027 wird ein umfassendes Antrags- und Evaluationsverfahren für bestehende und geplante Pflegeheime mit Standort im Kanton Zürich durchgeführt. Das Vorgehen zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste im Rahmen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027 gliedert sich in ein Antrags- und ein Evaluationsverfahren (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2). Im Evaluationsverfahren prüft die Gesundheitsdirektion die eingegangenen Anträge anhand von Anforderungen und Kriterien (vgl. Kapitel 4.3) für die Aufnahme auf die neue Zürcher Pflegeheimliste 2027.

### 4.1 Antragsverfahren

Nach der Veröffentlichung des definitiven Versorgungsberichts wird das Antragsverfahren eröffnet. Alle Pflegeheime, welche einen Platz auf der neuen Zürcher Pflegeheimliste 2027 anstreben, haben dann die Möglichkeit einen Antrag zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste 2027 bei der Gesundheitsdirektion einzureichen. Die Anträge sind elektronisch über eine von der Gesundheitsdirektion zur Verfügung gestellte Plattform einzureichen. Die Pflegeheime haben für das Antragsverfahren rund zwei Monate Zeit. Danach können Anträge auf die neue Zürcher Pflegeheimliste 2027 erst wieder ab dem 1. Januar 2027 im Rahmen der neuen Praxis gestellt werden (vgl. Kapitel 5.3).

Jedes Pflegeheim – gemeint ist jeder Pflegeheimstandort – muss einen separaten Antrag für einen Listenplatz stellen. Um die Vergleichbarkeit der Pflegeheime sicherzustellen, gibt es zwei verschiedene Anträge, bei welchen je nach Situation andere Angaben oder Unterlagen eingereicht werden müssen. Es muss ein Antrag entweder als bestehendes oder als kürzlich eröffnetes/geplantes Pflegeheim eingereicht werden (vgl. Abbildung 24). Als bestehende Pflegeheime gelten diejenigen Institutionen, die vor dem 1. Januar 2022 den Betrieb aufgenommen haben und damit über drei vollständige Datenjahre im Rahmen der SOMED-Datenerhebung verfügen. Kürzlich eröffnete oder geplante Pflegeheime sind Institutionen, welche aufgrund eines Neu- oder Ersatzbaus (oder Einzug einer neuen Trägerschaft) den Betrieb im Zeitraum vom 1. Januar 2022 und bis zum 31. Dezember 2029 erstmalig aufgenommen haben respektive aufnehmen werden.<sup>1</sup> Kürzlich eröffnete Pflegeheime (nach dem 1. Januar 2022) müssen neben den soweit vorhandenen Angaben und Unterlagen zusätzlich Plandaten einreichen, um eine ausreichende Beurteilung zu ermöglichen. Sich in Planung befindende Pflegeheime müssen vorwiegend Plandaten einreichen.

**Abbildung 24: Schematische Darstellung der unterschiedlichen Antragstypen**



Quelle: Eigene Darstellung.

Im Antragsverfahren werden Angaben und Unterlagen zu den im Evaluationsverfahren zu prüfenden Anforderungen und Kriterien abgefragt und eingefordert. Parallel zu den Anträgen für die allgemeine Langzeitpflege werden auch Anträge für die spezialisierte Langzeitpflege und die AÜP eingefordert. Die grundlegenden Informationen zur Funktionsweise der webbasierten Antragsplattform sind im nachfolgenden, lila hinterlegten Abschnitt und den darin erwähnten Kapiteln aus dem provisorischen Versorgungsbericht zu finden. Weiterführende Informationen zum Ablauf des Antragsverfahrens werden zu gegebener Zeit auf der Webseite der Gesundheitsdirektion publiziert ([zh.ch/pflegeheimbettenplanung](http://zh.ch/pflegeheimbettenplanung)) und den Pflegeheimen kommuniziert.

<sup>1</sup> Für neue Pflegeheime oder Ersatz-/Erweiterungsbauten mit geplanter Inbetriebnahme ab dem 1. Januar 2030 kann ab dem 1. Januar 2027 ein Antrag innerhalb der neuen Planungsgrundsätze gestellt werden.

### Funktionsweise der webbasierten Antragsplattform zur Pflegeheimbettenplanung 2027

Die Antragsplattform soll ein transparentes, klar strukturiertes, einfaches Antragsverfahren für alle Beteiligten ermöglichen und eine effiziente und lückenlose Dokumentation unterstützen. Um einen Zugang zur webbasierten Antragsplattform zu erhalten, müssen sich die interessierten Leistungserbringer auf der Plattform registrieren. Pro Antragsteller können ein bis zwei Benutzerinnen oder Benutzer einen Zugang erhalten. Antragsteller, die für mehrere Standorte einen Antrag zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste 2027 stellen möchten (Trägerschaften mit mehreren Standorten, Gruppen usw.), können dies mit denselben Benutzerzugängen machen. Auf der Antragsplattform muss jedoch pro Standort ein Dossier eröffnet werden. Die Login-Daten werden nach dem Registrierungsprozess durch die Gesundheitsdirektion an die Antragsteller vergeben. Danach können die interessierten Pflegeheime mit dem Antragsprozess starten.

Der Antrag erfolgt in mehreren Schritten. Die Pflegeheime sind verpflichtet, alle abgefragten Angaben zu beantworten. Davon ausgenommen sind die Anträge für die spezialisierte Langzeitpflege und die AÜP. Diese müssen nur von den sich dafür interessierenden Pflegeheimen eingereicht werden. Die zu erfüllenden Angaben werden weitgehend mittels eines selbstdeklarativen Fragebogens abgefragt. Teilweise sind zusätzliche Unterlagen über die Antragsplattform einzureichen. Die Antragsplattform umfasst die folgenden Kategorien:

1. Administrative Daten
2. Qualität: Die Pflegeheime deklarieren und kommentieren, ob sie die gestellten Qualitätsanforderungen bereits heute erfüllen, ab dem Jahr 2027 (oder später) erfüllen werden oder nicht erfüllen (vgl. Kapitel 4.3.1).
3. Wirtschaftlichkeit: Es werden verschiedene Kennzahlen und Angaben der Pflegeheime abgefragt oder es müssen entsprechende Dokumente eingereicht werden (vgl. Kapitel 4.3.2).
4. Weitere Auswahlkriterien bei prognostizierter Überversorgung: In dieser Kategorie werden weitere Informationen abgefragt, die im Falle eines Auswahlverfahrens als erweiterte Entscheidungsgrundlage dienen (vgl. Kapitel 4.3.3).
5. Leistungsspezifische Anforderungen für die spezialisierte Langzeitpflege und/oder die AÜP: Diese sind nur von sich dafür interessierenden Pflegeheimen auszufüllen (vgl. Kapitel 4.3.4).

Um das Antragsverfahren abzuschliessen, müssen die Antragsteller die automatisch generierte Zusammenfassung prüfen und in einer von der Pflegeheimleitung unterschriebenen Version hochladen. Erst danach kann der Antrag der Gesundheitsdirektion übermittelt werden. Den Antragstellern wird eine vom System generierte Übermittlungsbestätigung zugestellt. Der Zeitstempel dieser Übermittlungsbestätigung ist entscheidend für die fristgerechte Einreichung der Antragsunterlagen. Die Gesundheitsdirektion prüft die Anträge im Anschluss auf Vollständigkeit.

## 4.2 Evaluationsverfahren: Übersicht

Sobald das Antragsverfahren für die Pflegeheime geschlossen ist, beginnt das Evaluationsverfahren durch die Gesundheitsdirektion. Die E-VO Pflegeplanung ist die Grundlage für die Ausgestaltung des Evaluationsverfahrens der Pflegeheimbettenplanung 2027. Das prozedurale Vorgehen des Evaluationsverfahrens gliedert sich in zwei Phasen, welche in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben werden (vgl. Abbildung 25).

**Abbildung 25: Übersicht Evaluationsprozess**



Quelle: Eigene Darstellung.

#### **4.2.1 Phase I – Prüfphase**

In Phase I wird geprüft, ob die Pflegeheime die Anforderungen gemäss § 6 Abs. 1 lit. a und c–i E-VO Pflegeplanung erfüllen (vgl. Kapitel 4.3). Sofern alle diese Anforderungen erfüllt sind, qualifizieren sich die Pflegeheime für die Phase II des Evaluationsverfahrens. Erfüllt ein Pflegeheim diese Anforderungen nur teilweise oder gar nicht, wird ihm die Möglichkeit eingeräumt, zur Nichterfüllung der Anforderungen Stellung zu nehmen. Ist die Stellungnahme des Antragstellers für die Gesundheitsdirektion nachvollziehbar, qualifiziert sich das Pflegeheim ebenfalls für die Phase II des Evaluationsverfahrens. Ausnahmsweise können auch Pflegeheime auf die Pflegeheimliste aufgenommen werden, die nicht sämtliche Anforderungen per 1. Januar 2027 erfüllen. In solchen Fällen können Auflagen angeordnet werden, beispielsweise eine Übergangsfrist zur Erfüllung der Anforderung (§ 6 Abs. 3 E-VO Pflegeplanung). Die fraglichen Pflegeheime haben im Rahmen ihrer Anträge darzulegen, welche Anforderungen sie weshalb nicht per 1. Januar 2027 erfüllen und wie und innert welcher Frist sie die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen sicherstellen können.

Ist die Stellungnahme des Pflegeheims zur Nichterfüllung der Anforderungen für die Gesundheitsdirektion nicht nachvollziehbar, erhält ein geplantes Pflegeheim keinen Listenplatz auf der Pflegeheimliste 2027. Bestehende oder kürzlich eröffnete Pflegeheime werden in diesem Fall temporär auf die Pflegeheimliste aufgenommen und erhalten eine nach Rücksprache mit dem Pflegeheim und allenfalls der Versorgungsregion definierte Übergangsfrist. Dies soll den Bettenabbau unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohnenden und des Personals ermöglichen (§ 6 Abs. 3 E-VO Pflegeplanung). Der prognostizierte Bedarf wird bei diesen Pflegeheimen gleichwohl berücksichtigt und es wird geprüft, ob sich das Pflegeheim in einer Versorgungsregion mit prognostizierter Unterversorgung befindet. Die Versorgungssicherheit kann daher im Zweifelsfall höher als gewisse Anforderungen gewichtet werden. Aufsichtsrechtliche und/oder gesundheitspolizeiliche Massnahmen bleiben vorbehalten.

Im Zuge der Prüfphase werden auch die Anträge für die spezialisierte Langzeitpflege und die AÜP darauf geprüft, ob die entsprechenden Pflegeheime die notwendigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erfüllen (§ 6 Abs. 1 lit. c und d E-VO Pflegeplanung).

#### **4.2.2 Phase II – Auswahlphase**

Bei Pflegeheimen, welche sich in der Phase I für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste 2027 qualifiziert haben, wird die regionale Planungsbandbreite der Planungsperiode 2027–2030 als Entscheidungshilfe betreffend die Deckung des prognostizierten Bedarfs herangezogen (vgl. Kapitel 3.3.6 und § 6 Abs. 1 lit. b E-VO Pflegeplanung). Pflegeheime, die sich für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste 2027 in der Phase I qualifiziert haben und sich in einer Versorgungsregion mit ausgewiesenem Bedarf befinden, werden einen Listenplatz auf der Pflegeheimliste 2027 erhalten. Werden in einer Versorgungsregion mehr Pflegebetten beantragt als der prognostizierte Bedarf im Zuge der regionalen Planungsbandbreite vorsieht, besteht eine sogenannte prognostizierte Überversorgung. In diesen Versorgungsregionen kommt es zu einem Auswahlverfahren. Dabei hört die Gesundheitsdirektion die Gemeinden der betroffenen Versorgungsregionen zur Ausgestaltung der Pflegeheimliste an. Damit die Gemeinden gegenüber der Gesundheitsdirektion eine fundierte Empfehlung zur Ausgestaltung der Pflegeheimliste abgeben können, stellt die Gesundheitsdirektion ihnen die verfügbaren Angaben der Pflegeheime aus dem Antragsverfahren zur Verfügung (vgl. dazu § 23 Pflegegesetz). Da sich die Gemeinden für die Pflegeheimbettenplanung in Versorgungsregionen organisiert haben, wird die Stellungnahme in der Praxis in aller Regel durch die Versorgungsregion erfolgen. Bei ihrer Empfehlung müssen sich die Versorgungsregionen an verschiedene Rahmenbedingungen halten. Primär sind dabei die Wirtschaftlichkeitskriterien und die weiteren Auswahlkriterien bei prognostizierter Überversorgung zu berücksichtigen. Die weiteren Auswahlkriterien bei prognostizierter Überversorgung sollen aufzeigen, welches Pflegeheim in welchem Masse zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Gemeinde beiträgt.

Der Regierungsrat entscheidet über die Festsetzung der Pflegeheimliste 2027. Aufgrund der bedarfsgerechten Versorgungsplanung sind dann aus Sicht der Gesundheitsdirektion alle Pflegeheime auf der Pflegeheimliste versorgungsrelevant. Der Versorgungsauftrag bleibt aber entsprechend den geltenden gesetzlichen Bestimmungen bei der Wohnsitzgemeinde und ist durch diese sicherzustellen (vgl. insbesondere § 5 Pflegegesetz). Die Gemeinden können deshalb weiterhin auch mit Pflegeheimen Leistungsvereinbarungen abschliessen, die sich ausserhalb der Versorgungsregion befinden.

Kommt es in angrenzenden Versorgungsregionen zu einer prognostizierten Über- respektive Unterversorgung, wird eine verstärkte Zusammenarbeit über die Grenzen der Versorgungsregionen hinaus gar empfohlen. So können Pflegeheime in überversorgten Regionen Betten für unterversorgte Versorgungsregionen freihalten und es können Vereinbarungen zwischen Versorgungsregionen getroffen werden. Solche Lösungen machen Sinn, damit nicht in einer Versorgungsregion überzählige Betten abgebaut und in einer anderen Versorgungsregion aufgebaut werden müssen. Entsprechende Vereinbarungen sind durch die Versorgungsregionen auszuarbeiten und der Gesundheitsdirektion vorzulegen. Sofern diese begründet sind, werden sie in die Erwägungen der Gesundheitsdirektion einbezogen und dem Regierungsrat zur

Genehmigung unterbreitet. Diese Möglichkeit könnte sich im Kontext der Versorgungssituation der Stadt Zürich anbieten (vgl. Kapitel 3.3.6).

Betreffend die spezialisierte Langzeitpflege gilt, dass sofern die beantragten Bettenzahlen innerhalb der kantonalen Planungsbandbreiten der Planungsperiode 2027–2030 liegen, die Anträge genehmigt werden. Sofern die beantragten Betten über der Obergrenze der kantonalen Planungsbandbreite liegen, kommt es zu einem Auswahlverfahren durch die Gesundheitsdirektion. Dabei wird geprüft, welche Pflegeheime die leistungsspezifischen Anforderungen bestmöglich erfüllen. Die Gesundheitsdirektion hört hierzu betroffene und beteiligte Verbände und Institutionen an (bei IFEG-Institutionen insb. das Kantonale Sozialamt).

### 4.3 Evaluationsverfahren: Anforderungen und Kriterien

In § 6 Abs. 1 E-VO Pflegeplanung werden die Anforderungen in den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit allgemein definiert. In Regionen mit einer prognostizierten Überversorgung ist unter den antragstellenden Pflegeheimen eine Auswahl zu treffen (§ 7 E-VO Pflegeplanung). Bei der Auswahl ist einerseits zu berücksichtigen, mit welchen Pflegeheimen die Zielsetzungen gemäss § 4 Abs. 1 (Sicherstellung der bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden, wirtschaftlich tragbaren und langfristigen Pflegeversorgung) bestmöglich erreicht werden kann (§ 7 Abs. 1 lit. b E-VO Pflegeplanung) und welche Pflegeheime die Anforderungen gemäss § 6 bestmöglich erfüllen (§ 7 Abs. 1 lit. c E-VO Pflegeplanung). Die Direktion führt diese Auswahlkriterien weiter aus und präzisiert sie (§ 7 Abs. 3 E-VO Pflegeplanung). In diesem Kontext wurden weitere Kriterien bei Überversorgung definiert. Zu all diesen Aspekten müssen die antragstellenden Pflegeheime Angaben und Unterlagen einreichen. Diese Themenbereiche werden daher nachfolgend kurz beschrieben (vgl. Kapitel 4.3.1.–4.3.3). An Pflegeheime mit einem Angebot der spezialisierten Langzeitpflege und der AÜP werden weitergehende, sogenannte leistungsspezifische Anforderungen gestellt (vgl. Kapitel 4.3.4).

Die sich aus den kantonalen und eidgenössischen Gesetzen und Verordnungen – beispielsweise dem kantonalen Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (GesG, LS 810.1), dem kantonalen Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 (LS 813.13), dem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe vom 30. September 2016 (Gesundheitsberufegesetz, GesBG, SR 811.21), dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz, MedBG, SR 811.11), dem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG, SR 812.21), dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951 (Betäubungsmittelgesetz, BetmG, SR 812.121) und dem Bundesgesetz über den Datenschutz vom 25. September 2020 (Datenschutzgesetz, DSG, SR 235.1) – ergebenden Vorschriften einschliesslich aller Ausführungsvorschriften sind ohnehin von allen Pflegeheimen jederzeit vollumfänglich einzuhalten und werden daher nicht explizit abgefragt.

#### 4.3.1 Qualität

Die bundesrechtlichen Bestimmungen (Art. 39 Abs. 2 KVG, Art. 58b Abs. 4 KVV und Art. 58d Abs. 2 KVV) zur Spitalplanung gelten sinngemäss für Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 KVG). Gemäss diesen Bestimmungen sind die Kantone verpflichtet, bei der Vergabe der Leistungsaufträge respektive bei der Aufnahme von Pflegeheimen auf die Pflegeheimliste unter anderem den Nachweis der notwendigen Qualität der Leistungserbringung zu überprüfen. Art. 58d Abs. 2 KVV legt die Anforderungen fest, die ein Pflegeheim für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste im Mindesten erfüllen muss.

Die **gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung des Kantons Zürich** deckt wichtige und bundesrechtliche Anforderungen der Struktur- und Prozessqualität ab (Art. 58d Abs. 2 KVV).<sup>2</sup> Die gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung ist somit die Grundlage für die Aufnahme auf die Zürcher Pflegeheimliste (vgl. § 6 Abs. 1 lit. a E-VO Pflegeplanung). Im Rahmen des Antragsverfahrens sollen alle Pflegeheime bestätigen, dass sie die entsprechenden Bewilligungsanforderungen nach wie vor erfüllen oder ab dem 1. Januar 2027 erfüllen werden. Damit soll sichergestellt werden, dass sich alle Pflegeheime – gerade auch solche, deren Verfügung betreffend Betriebsbewilligung mehrere Jahre zurückliegt – mit den aktuellen Vorgaben für eine Betriebsbewilligung auseinandergesetzt haben.

Gemäss Art. 58d Abs. 2 Bst. b KVV müssen Pflegeheime über ein geeignetes **Qualitätsmanagementsystem** verfügen. Diese Anforderung wird in § 6 Abs. 1 lit. c E-VO Pflegeplanung präzisiert. Pflegeheime haben die Qualitätsentwicklung mittels eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) sicherzustellen. Bei der Ausgestaltung des Qualitätsmanagementsystems können sich die Pflegeheime beispielsweise an gängigen Zertifizierungen aus dem Langzeitbereich orientieren (bspw. ISO 9001, Qualivista, SanaCERT oder Swiss Care Excellence Certificate [SCEC]). Zentral ist, dass die Pflegeheime sich regelmässig und systematisch mit Daten und Hinweisen betreffend mögliche Qualitätsverbesserungen

<sup>2</sup> Vgl. Merkblatt Betriebsbewilligung Alters- und Pflegeheim des Kantons Zürich: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe/bewilligungen/betriebsbewilligung.html>

auseinandersetzen, entsprechende Massnahmen ergreifen und die Qualität so stetig weiterentwickeln. Mit «geeignet» ist gemeint, dass das Qualitätsmanagementsystem insbesondere der Leistungserbringung und der Komplexität der Leistungserbringung angepasst sein soll. Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems haben die Pflegeheime insbesondere die Medizinischen Qualitätsindikatoren (MQI) des BAG, welche jährlich erhoben werden, zu verwenden.<sup>3</sup> Es steht den Pflegeheimen frei, darüber hinaus beispielsweise auch bereits heute betriebsintern vorliegende Daten (namentlich Zufriedenheitsbefragungen von Bewohnenden oder Mitarbeitenden) zu verwenden. Es ist ausserdem nicht ausgeschlossen, dass der Kanton Zürich Daten zur Qualitätsmessung künftig einheitlich erhebt und diese zur Qualitätsmessung im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems verbindlich erklärt (vgl. § 6 Abs. 2 E-VO Pflegeplanung). Aufgrund der grossen Anzahl Pflegeheimen im Kanton Zürich sowie ihrer Heterogenität (Betriebsgrösse, Angebot usw.) soll im Langzeitbereich vorerst kein kantonal einheitlicher und begleiteter KVP etabliert werden, sondern für die Pflegeheime auf die betriebliche Eigenverantwortung abgestellt werden. Gleichwohl müssen die Pflegeheime im Rahmen des Antragsverfahrens konzeptuell nachweisen, dass ab dem 1. Januar 2027 diese Anforderung wie oben beschrieben erfüllt wird.

Die **leistungsspezifischen Anforderungen** für die spezialisierte Langzeitpflege sowie die AÜP sind ebenfalls als Qualitätskriterien zu verstehen (§ 6 Abs. 1 lit. d E-VO Pflegeplanung). Diese werden in Kapitel 4.3.4 genauer erläutert und betreffen nur jene Pflegeheime, die spezialisierte Langzeitpflege oder AÜP anbieten.

Die Gesundheitsdirektion behält sich vor, während des Evaluationsverfahrens gestützt auf § 23 des Pflegegesetzes bei Bedarf weitere Daten und Unterlagen einzufordern. Zudem kann die Gesundheitsdirektion nach Festsetzung der Pflegeheimliste 2027 die Einhaltung der Anforderungen kontrollieren, zum Beispiel mittels Inspektionen (vgl. Kapitel 5.4).

#### 4.3.2 Wirtschaftlichkeit

Die Pflegeheimbettenplanung der Kantone soll gemäss Art. 58d Abs. 1 KVV die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in angemessener Weise berücksichtigen. Im Langzeitbereich gibt es analog zum Spitalbereich keine bundesweiten Grundsätze oder Empfehlungen zur Versorgungsplanung.<sup>4</sup> Im Zuge des Projekts Pflegeheimbettenplanung wurde daher in Abstimmung mit den Gemeinde- und Leistungserbringerverbänden ein Kennzahlensystem erarbeitet, welches die Wirtschaftlichkeit abdeckt. Dieses wird nachfolgend beschrieben.

Die Gesundheitsdirektion bewertet die Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime anhand von Kriterien zur **Kosteneffizienz** und zur **wirtschaftlichen Stabilität** (§ 6 Abs. 1 lit. h und i E-VO Pflegeplanung). Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die Pflegeheime mit kantonalem Leistungsauftrag einen sorgsamem Umgang mit öffentlichen Geldern und OKP-Prämien pflegen und dass sie finanziell den Versorgungsauftrag auch mittelfristig sicherstellen können. Zukünftig werden diese Wirtschaftlichkeitskriterien voraussichtlich als Anhang zur Pflegeheimliste publiziert.

Die Bewertung der Wirtschaftlichkeit erfolgt pro Pflegeheimstandort. Betrachtet werden die Daten aus den Jahren 2022, 2023 und 2024. Bei geplanten Projekten oder kürzlich eröffneten Pflegeheimen sind zudem Plandaten einzureichen (vgl. Kapitel 4.1). Ein Kriterium gilt als erfüllt, wenn der festgelegte Richtwert in zwei der drei betrachteten Jahre erreicht ist. Die exakten Datenquellen sind in Anhang 6.12 aufgeführt. Das Jahr 2022 kann zwar noch als Ausläuferjahr der Covid-19-Pandemie betrachtet werden, allerdings waren alle Pflegeheime gleichermassen betroffen, was Betriebsvergleiche auch in diesem Jahr erlaubt.

**Primäre Kriterien:** Primäre Evaluationskriterien sind Kriterien, die bei allen Pflegeheimen angewendet werden (vgl. Abbildung 26). Erstens sind dies die Pflegekosten pro Minute (analog Normdefizitberechnung; Datengrundlage SOMED) sowie zweitens das Gesamtergebnis der Pflegeheime. Die Pflegekosten pro Minute werden anhand eines Betriebsvergleichs (Benchmarkings) ausgewertet und erlauben eine Aussage zur Kosteneffizienz. Dabei wird geprüft, ob die Pflegekosten pro Minute innerhalb des 90. Perzentils liegen. Beim Gesamtergebnis des Pflegeheims wird geprüft, ob dieses positiv ist. Im Antragsverfahren wird abgefragt, ob allfällige Ausgleichszahlungen der Trägerschaft (bspw. Gemeinde, Pflegeheimgruppe) oder anderweitige Defizitdeckungen vorhanden sind. Diese Aspekte fliessen in die Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität ein. Im Rahmen des Antragsverfahrens müssen die Erfolgsrechnung, die Bilanz und der Revisionsbericht der betrachteten Jahre eingereicht werden. Weist eine Pflegeheimgruppe mit mehreren Standorten nur konsolidierte Werte über die gesamte Gruppe aus, sind diese im Rahmen des Antragsverfahrens pro Standort auszuweisen. Zum Beispiel müssen Pflegeheimgruppen für Standorte ohne eigene Erfolgsrechnung eine Profitcenter-Rechnung pro Standort einreichen. Bei geplanten Projekten oder kürzlich eröffneten Pflegeheimen ist zudem der Businessplan einzureichen (vgl. Kapitel 4.1). Dieser soll Bettenanzahl,

<sup>3</sup> Vgl. Medizinische Qualitätsindikatoren des BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen/medizinische-qualitaetsindikatoren.html>

<sup>4</sup> Vgl. bspw. die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung: <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-der-gdk-zur-spitalplanung>

Leistungserbringung, Kosten und Erträge über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren ab Inbetriebnahme aufzeigen.

Ein Pflegeheim wird als wirtschaftlich eingestuft, wenn es beide primären Evaluationskriterien erfüllt. Falls eines oder beide primären Kriterien nicht erfüllt sind, werden sekundäre Kriterien herangezogen, um eine umfassendere Bewertung vornehmen zu können und die Gründe für die Nichterfüllung der primären Kriterien zu analysieren.

**Abbildung 26: Primäre Kriterien**

Kriterium	Richtwert
Pflegekosten pro Minute 2022–2024	in mind. 2 Jahren $\leq$ 90. Perzentil im Benchmarking gewichtet nach Anzahl erbrachter Pflegeminuten (analog Normdefizitberechnung)
Jährliches Gesamtergebnis = Jahresergebnisse 2022–2024	in mind. zwei Jahren $\geq$ Fr. 0

Quelle: Eigene Darstellung.

**Sekundäre Kriterien:** Zu den sekundären Evaluationskriterien gehören die Gesamtkosten abzüglich der Pflegekosten pro Tag, die Bettenauslastung (Datengrundlage SOMED), die Ausbildungsleistungen sowie die Erbringung von spezialisierter Langzeitpflege (vgl. Abbildung 27). Die Gesamtkosten abzüglich der Pflegekosten pro Tag sollten im Benchmarking innerhalb des 90. Perzentils liegen und die Bettenauslastung soll über 90% betragen. Des Weiteren wird geprüft, ob überdurchschnittliche Ausbildungsleistungen sowie spezialisierte Langzeitpflege erbracht wurden (vgl. Definition der spezialisierten Langzeitpflege in Kapitel 2.3). Mit diesen beiden Kriterien können nicht erreichte primäre und sekundäre Richtwerte gegebenenfalls teilweise erklärt werden. Als Pflegeheime mit überdurchschnittlichen Ausbildungsleistungen gelten jene, die sowohl die Ausbildungs-Sollwerte für Pflegefachpersonen HF/FH als auch für Fachpersonen Gesundheit und Betreuung (FaGe/FaBe) im Rahmen der Ausbildungsverpflichtung erfüllt haben. Ein Pflegeheim wird als wirtschaftlich angesehen, wenn die Nichterfüllung der primären Kriterien durch die sekundären Kriterien sachlich begründet werden kann (bspw. durch überdurchschnittliche Ausbildungsleistungen). Diese Bewertung erfolgt durch die Gesundheitsdirektion.

**Abbildung 27: Sekundäre Kriterien**

Kriterium	Richtwert
(Gesamtkosten–Pflegekosten) pro Tag 2022–2024	in mind. 2 Jahren $\leq$ 90. Perzentil im Benchmarking gewichtet nach Anzahl erbrachter Pflergetage
Bettenauslastung 2022–2024	in mind. 2 Jahren $>$ 90%
Ausbildungsleistungen Pflegefachpersonen HF/FH und FaGe/FaBe 2022–2024	in mind. 2 Jahren Erfüllung der Sollwerte für Pflegefachpersonen HF/FH und FaGe/FaBe
Spezialisierte Langzeitpflege 2022–2024	bestehen in mind. 2 Jahren Angebote der spezialisierten Langzeitpflege

Quelle: Eigene Darstellung.

Falls die Bewertung auch nach Berücksichtigung der sekundären Kriterien unklar ist, wird der Antragsteller schriftlich zur Stellungnahme aufgefordert. Die Gesundheitsdirektion verweist in der Aufforderung zur Stellungnahme auf die betrachteten Kriterien und erläutert, warum die Gesamtbeurteilung nicht als wirtschaftlich angesehen wird. Der Antragsteller hat in einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit, weitere Unterlagen (Statistiken, Berichte usw.) einzureichen. Die Gesundheitsdirektion kann bei Bedarf gestützt auf § 23 des Pflegegesetzes ebenfalls weitere Unterlagen bei den Antragstellern und den Standortgemeinden (bspw. Defizitbeiträge) anfordern. Erweist sich die vom Pflegeheim eingereichte Stellungnahme als begründet, kann das Pflegeheim trotz Nichterfüllung der genannten Kriterien im Auswahlverfahren berücksichtigt werden. Bleibt die Gesamtbeurteilung zur Wirtschaftlichkeit ungenügend, folgen die Prozessschritte gemäss dem allgemeinen Evaluationsverfahren (vgl. Kapitel 4.2).

Einzelne Wirtschaftlichkeitskriterien können auch in der Auswahlphase bei Versorgungsregionen mit prognostizierter Überversorgung vergleichend herangezogen werden, um zwischen Pflegeheimen eine Auswahl treffen zu können (§7 Abs. 1 E-VO Pflegeplanung). Es sind dies insbesondere die Pflegekosten pro Minute, die Gesamtkosten abzüglich der Pflegekosten pro Tag und die Bettenauslastung.

#### **4.3.3 Weitere Auswahlkriterien bei prognostizierter Überversorgung**

Werden in einer Versorgungsregion mehr Pflegebetten beantragt, als der prognostizierte Bedarf im Zuge der regionalen Planungsbandbreite vorsieht, besteht eine prognostizierte Überversorgung. Neben einzelnen Wirtschaftlichkeitskriterien werden weitere Kriterien für eine vergleichende Ansicht der Pflegeheime herangezogen. Diese weiteren Auswahlkriterien bei prognostizierter Überversorgung zeigen auf, welches Pflegeheim in welchem Masse zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Gemeinden beiträgt (vgl. §7 Abs. 1 E-VO Pflegeplanung) und werden daher im Antragsverfahren abgefragt. Nachfolgend werden diese Kriterien sowie ihre Anwendung zusammenfassend beschrieben. Die einzelnen Kriterien sind in Anhang 6.13 aufgeführt. Zukünftig werden sie voraussichtlich als Anhang zur Pflegeheimliste publiziert. Die Überprüfung dieser Kriterien erfolgt durch die Analyse von SOMED-Daten oder abgefragte Angaben im Antragsverfahren.

- **Leistungsangebot** (Kriterien): Verteilung Pflegestufen des Pflegeheims/Aufnahme von EL-Bezügerinnen und -Bezügern: Gemeinden müssen die Pflegeversorgung über alle Pflegestufen hinweg und für die gesamte Bevölkerung sicherstellen. Diese Kriterien können daher in den Entscheid einer Versorgungsregion, welches Pflegeheim für die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags wichtig ist, einfließen.
- **Spezialisierte Langzeitpflege:** Sobald ein Pflegeheim ein Angebot der spezialisierten Langzeitpflege betreibt, ist die Relevanz für die regionale und kantonale Bevölkerung verstärkt gegeben. Dieser Aspekt wirkt sich auf die Relevanz des gesamten Pflegeheims aus, da spezialisierte Langzeitpflege oft nicht isoliert angeboten werden kann.

#### **4.3.4 Leistungsspezifische Anforderungen: Spezialisierte Langzeitpflege und AÜP**

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, werden künftig die Angebote der spezialisierten Langzeitpflege und der AÜP separat geplant. Um die entsprechenden Pflegeheime zu identifizieren und einen einheitlichen Mindeststandard zu gewährleisten, werden pro Angebot leistungsspezifische Anforderungen durch die Gesundheitsdirektion festgelegt (gestützt auf §6 Abs. 1 lit. d E-VO Pflegeplanung). Diese sind in Ergänzung zu den zuvor erläuterten Anforderungen und Kriterien zu erfüllen. Die leistungsspezifischen Anforderungen sind im Anhang aufgeführt und betreffen insbesondere weitergehende Anforderungen betreffend konzeptionelle Vorgaben, Infrastruktur, Personal und Fortbildung (vgl. Anhang 6.14–6.18). Bei der Erarbeitung der leistungsspezifischen Anforderungen wurden unter anderem spezialisierte Pflegeheime und die Leistungserbringerverbände einbezogen.





# 5

## Ausblick

**5.1 Nächste Schritte im Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027**

**5.2 Übergangsphase von bestehender zu zukünftiger Praxis**

**5.3 Zürcher Pflegeheimliste: Zukünftige Praxis**

**5.4 Periodische Überprüfung der Planungsgrundlagen**

## 5. Ausblick

Nachfolgend werden die nächsten Schritte und Erläuterungen rund um das Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027 beschrieben (vgl. Kapitel 5.1–5.2). Anschliessend wird die zukünftige Praxis der Zürcher Pflegeheimliste ab 2027 (vgl. Kapitel 5.3–5.4) erläutert.

### 5.1 Nächste Schritte im Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027

Der vorliegende provisorische Versorgungsbericht wird bis März 2025 in die öffentliche Vernehmlassung gegeben. Anschliessend folgt die Auswertung der Vernehmlassung durch die Gesundheitsdirektion. Allfällige Anpassungen sowie die offenen Punkte aus der Bedarfsprognose des Obsan (Kurzzeitaufenthalte und AÜP) münden in der Veröffentlichung des definitiven Versorgungsberichts, voraussichtlich im Sommer 2025. Sobald die neue E-VO Pflegeplanung in Kraft getreten ist, wird das zweimonatige Antragsverfahren durchgeführt. Dies wird voraussichtlich im Herbst 2025 sein. Die nachfolgende Evaluation der Pflegeheime durch die Gesundheitsdirektion und gegebenenfalls durch die Versorgungsregionen führen zur Erstellung des provisorischen Strukturberichts und zur provisorischen Pflegeheimliste 2027. Diese beiden Ergebnisse werden voraussichtlich im Frühling 2026 in die öffentliche Vernehmlassung gegeben. Nach abgeschlossener und ausgewerteter Vernehmlassung und Erstellung des definitiven Strukturberichts legt die Gesundheitsdirektion dem Regierungsrat einen Antrag zur Festsetzung der definitiven Pflegeheimliste 2027 per 1. Januar 2027 vor. Weitere Details zum Projektzeitplan sind in Kapitel 1.3.4 aufgeführt. Aktuelle Informationen zum Projekt werden jeweils zu gegebener Zeit auf der Webseite der Gesundheitsdirektion ([zh.ch/pflegeheimbettenplanung](http://zh.ch/pflegeheimbettenplanung)) publiziert.

### 5.2 Übergangsphase von heutiger zu zukünftiger Praxis

Bis zum 1. Dezember 2026 gelten alle bisherigen Prozesse einschliesslich der Praxis, dass mit einer erteilten Betriebsbewilligung eine Aufnahme auf die aktuelle Zürcher Pflegeheimliste erfolgt. Die letztmalige Aufnahme auf die aktuelle Zürcher Pflegeheimliste kann somit per 1. Dezember 2026 erfolgen. Voraussichtlich im Herbst 2026 verfügt der Regierungsrat die neue Zürcher Pflegeheimliste 2027 per 1. Januar 2027. Diese löst damit die aktuelle Zürcher Pflegeheimliste (in Kraft bis 31. Dezember 2026) ab. Ab dem 1. Januar 2027 gelten die neuen Planungsgrundsätze und -prozesse, welche sich aus dem Projekt Pflegeheimbettenplanung 2027 ergeben. Vorbehalten bleiben ausserordentliche Anpassungen am Projektzeitplan.

### 5.3 Zürcher Pflegeheimliste: Zukünftige Praxis

Die bisherige Praxis der Zürcher Pflegeheimliste ist in Kapitel 1 beschrieben. Diese wird sich mit der Festsetzung der Pflegeheimliste 2027 ändern. Das folgende Kapitel erläutert die Grundzüge der zukünftigen Praxis.

#### 5.3.1 Änderungen der Pflegeheimliste ab 2027

Nachdem die Pflegeheimliste 2027 in Kraft getreten ist, müssen Pflegeheime alle Änderungsvorhaben, welche die Pflegeheimliste betreffen, bei der Gesundheitsdirektion zur Bewilligung einreichen. Konkret sind dies Anträge für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste (bestehende Pflegeheime ohne Listenplatz, Neubauprojekte) sowie Erhöhungen oder Reduktionen der Bettenzahl von Pflegeheimen auf der Pflegeheimliste. Gemäss § 8 Abs. 2 E-VO Pflegeplanung ist vorgesehen, dass die Gesundheitsdirektion ermächtigt wird, die Pflegeheimliste sowie deren Anhänge nach der erstmaligen Festsetzung durch den Regierungsrat zu aktualisieren und insbesondere um jene Institutionen zu ergänzen, welche die Anforderungen gemäss §§ 6 und 7 E-VO Pflegeplanung erfüllen, und um jene Institutionen zu bereinigen, welche die Anforderungen nicht mehr erfüllen. Dies umfasst auch die Anpassung der Pflegeheimliste bei geringfügigeren Änderungen, beispielsweise Erhöhung oder Reduktion der Bettenzahl, Änderung der verantwortlichen Personen oder Adressänderungen. Pflegeheime respektive deren Trägerschaften können Entscheide der Gesundheitsdirektion betreffend die Pflegeheimbettenplanung gestützt auf Art. 53 in Verbindung mit Art. 39 KVG mit Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht anfechten.<sup>1</sup>

Für einen Antrag zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste oder zur Erhöhung der Bettenzahl müssen die Anforderungen der Pflegeheimbettenplanung erfüllt sein. Die Gesundheitsdirektion prüft dies entsprechend und leitet die Anträge danach zur Stellungnahme an die Gemeinden der betroffenen Versorgungsregion weiter, in der das (zukünftige) Pflegeheim seinen Standort hat. Diese überprüfen, inwiefern die beantragten Bettenmutationen innerhalb der aktuellen regionalen Planungsbandbreite liegen und berücksichtigen allenfalls weitere Kriterien, um die Bedarfsgerechtigkeit für die Versorgungsregion einordnen zu können. Die betroffene Versorgungsregion gibt sodann eine Empfehlung zur Aufnahme respektive

<sup>1</sup> Vgl. BGE 134 V 45 E. 1.3; Martin Zobl, in: Gabor P. Blechta, Philomena Colatrella, Hubert Rüedi, Daniel Staffelbach (Hrsg.), Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2020, Art. 53 KVG N. 10; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2. Aufl. 2016, N. 862.

Nicht-Aufnahme des Pflegeheims auf die Pflegeheimliste oder zur Anpassung der Bettenzahl an die Gesundheitsdirektion ab. Sofern für ein geplantes Pflegeheim ein positiver Entscheid durch die Gesundheitsdirektion vorliegt, wird die beantragte Bettenzahl auf der Pflegeheimliste für drei Jahre reserviert (vgl. nachfolgendes Kapitel).

Bei einem Antrag zur Reduktion der Anzahl Pflegeheimbetten wird dieser zur Information der entsprechenden Versorgungsregion weitergeleitet. Die Gesundheitsdirektion aktualisiert die Pflegeheimliste entsprechend. Die Information an die jeweilige Versorgungsregion ist wichtig, damit diese stets ein aktuelles Bild zum Versorgungsangebot hat und einer allfälligen Unterversorgung entgegenwirken kann.

Der beschriebene Prozess verdeutlicht, dass den Gemeinden, insbesondere in Form der Versorgungsregionen, weiterhin eine massgebliche Rolle bei der Steuerung der zukünftigen Pflegeheimbetten zukommt. Es ist zu betonen, dass während des gesamten Prozesses ein enger Austausch zwischen der Gesundheitsdirektion und den Versorgungsregionen stattfindet und die Versorgungsregionen jeweils frühzeitig über die getroffenen Entscheide informiert werden.

### **5.3.2 Reservierung von Bettenkapazitäten**

In der neuen Praxis betreffend die Zürcher Pflegeheimliste ist die Aufnahme von neuen Pflegeheimen oder eine Erhöhung der Bettenzahl durch bestehende Pflegeheime kein einfacher Verwaltungsakt mehr. Durch den Einbezug des prognostizierten Bedarfs sowie die Prüfung von Anforderungen erfolgt die Aufnahme auf die Pflegeheimliste nicht mehr automatisch. Dies führt zu einer gewissen Planungsunsicherheit bei Investoren in Neu- oder Ausbauprojekte.

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, kann einem Pflegeheim bei Erweiterungs- oder Neubauprojekten die Aufnahme auf die Pflegeheimliste mit einer bestimmten Bettenzahl provisorisch und unter der Bedingung, dass dereinst die Betriebsbewilligung erteilt wird, zugesichert werden. Der Baubeginn hat innert der drei darauffolgenden Jahre zu erfolgen. Danach verfällt die provisorische Reservierung der Bettenzahl, sofern nichts anderes beschlossen wird (vgl. §9 Abs. 1 E-VO Pflegeplanung). Voraussetzung ist, dass das Planungsprojekt fundiert dargelegt wird (u.a. nachvollziehbarer Businessplan, baurechtliche Grundlagen, Grob-Betriebskonzept). Das befristet reservierte Bettenangebot wird der Versorgungsregion ab dem Zeitpunkt der provisorischen Aufnahme der reservierten Betten auf die Pflegeheimliste angerechnet.

Das Pflegeheim hat die Direktion jährlich unaufgefordert über den Projektstand und den Projektverlauf zu informieren (§9 Abs. 2 E-VO Pflegeplanung). Bestehen Anzeichen, dass ein geplantes Erweiterungs- oder Neubauprojekt nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung realisiert wird oder unterbleibt die Information über den Projektstand und den Projektverlauf, trifft die Direktion geeignete Massnahmen, beispielsweise den Widerruf der Zusicherung der Bettenzahl (§9 Abs. 3 E-VO Pflegeplanung).

Eine zeitliche Befristung der reservierten Betten ist sinnvoll, da so keine Bettenkapazitäten auf Vorrat und gegebenenfalls zulasten anderer, rascher realisierter Projekte beantragt werden. Aus dieser Dreijahresregelung ergibt sich, dass im Rahmen des Antragsverfahrens für die Pflegeheimliste 2027 auch jene Planungsprojekte mit geplanter Inbetriebnahme bis Ende 2029 aufgefordert sind, einen Antrag zu stellen (vgl. Kapitel 4.1).

## **5.4 Periodische Überprüfung der Planungsgrundlagen**

Grundsätzlich sind Leistungsaufträge auf die Geltungsdauer der Pflegeheimliste befristet (§ 10 Abs. 1 E-VO Pflegeplanung). Um eine bedarfsgerechte Planung sicherzustellen, wird die Direktion in regelmässigen Abständen neue Bedarfsprognosen erstellen beziehungsweise erstellen lassen und die Versorgungssituation überprüfen (vgl. Art. 39 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 1 Bst. d KVG und Art. 58a Abs. 2 KVV sowie § 5 Abs. 1 E-VO Pflegeplanung). Wie in Kapitel 3.3.6 ausführlich dargelegt, überprüft die Direktion die Planungsgrundlagen (namentlich die Bedarfsprognosen, die Szenarien sowie weitere Annahmen) erstmals im Jahr 2030 und anschliessend alle fünf Jahre. Gestützt darauf werden die regionalen Planungsbandbreiten aktualisiert. Allerdings zieht nicht jede Aktualisierung der Bandbreiten eine umfassende Neuplanung einschliesslich Durchführung aller Planungsschritte (d. h. Antrags- und Evaluationsverfahren) sowie eine Neufestsetzung der Pflegeheimliste nach sich. Vielmehr ist vorgesehen, dass die Pflegeheimliste nur bei grundlegenden Änderungen – beispielsweise bei massgeblichen Änderungen in der Pflegefinanzierung mit Einfluss auf die Versorgungsplanung, bei wesentlichen Änderungen der Versorgungsstruktur oder der Bevölkerungsstruktur – umfassend überarbeitet wird.

Muss die Pflegeheimliste umfassend überarbeitet werden, kann dies zur Beendigung des Leistungsauftrags führen. Um für die Gemeinden und Leistungserbringer Rechts- und Planungssicherheit zu schaffen, kann jedoch festgehalten werden, dass die Gesundheitsdirektion derzeit von einer Mindestdauer der Pflegeheimliste von zehn Jahren ausgeht. Je nach Entwicklung des Gesundheitswesens kann aber schon früher eine umfassende Revision der Pflegeheimbettenplanung oder – was derzeit wahrscheinlicher erscheint – ein weiteres Zuwarten angezeigt sein.

Das Listenpflegeheim hat die einwandfreie Erfüllung des Leistungsauftrags und der für die angebotenen Pflegeleistungen geltenden Anforderungen sowohl im Zeitpunkt der Antragstellung als auch fortlaufend sicherzustellen. Das Listenpflegeheim hat die einwandfreie Erfüllung des Leistungsauftrags auf entsprechende Aufforderung der Direktion nachzuweisen (§ 11 Abs. 1 E-VO Pflegeplanung). Die Gesundheitsdirektion ist befugt, die Erfüllung der Leistungsaufträge und die Einhaltung der Anforderungen, Auflagen und Bedingungen jederzeit zu überprüfen. Die Direktion kann gestützt auf § 23 des Pflegegesetzes betriebs- und patientenbezogene Daten und Unterlagen bei den Pflegeheimen einsehen, erheben und bearbeiten und insbesondere Daten zur Überprüfung der Kostenentwicklung, der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungen erheben.





# 6

## Anhang

## 6. Anhang

### 6.1 **Beilage zum gemeinsamen Informationsschreiben der Gesundheitsdirektion Zürich, GPV Zürich und GeKoZH vom 13. Februar 2024 an die Zürcher Gemeinden (Zeitangaben entsprechend veraltet):**

#### **Rolle der Versorgungsregionen im Rahmen der Pflegeheimbettenplanung und nach der Festsetzung der Pflegeheimliste 2027**

##### **Ausgangslage**

Das Amt für Gesundheit (AFG) startete im Oktober 2023 das Projekt «Pflegeheimbettenplanung» unter Einbezug des Verbandes der Gemeindepräsidenten des Kantons Zürich (GPV) und der Gesundheitskonferenz Kanton Zürich (GeKoZH). Das Projekt umfasst die Erarbeitung von Planungsgrundlagen, die in Form eines Versorgungsberichts in die Vernehmlassung gegeben werden und danach als Grundlage für das Antragsverfahren für einen Platz auf der Pflegeheimliste 2027 dienen. Nach einem Evaluationsverfahren der eingegangenen Anträge sowie der Vernehmlassung des Strukturberichts wird die neue Pflegeheimliste 2027 vom Regierungsrat festgesetzt.

Die Planungsgrundlagen umfassen eine Bedarfsprognose, die Erarbeitung des Evaluationskonzepts einschliesslich der Evaluationskriterien sowie die Bildung von Versorgungsregionen. Die Versorgungsregionen dienen in erster Linie dazu, die Planung der allgemeinen Pflegeheimbetten in funktionalen Räumen zu organisieren. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, welche die Versorgungsregionen nach ihrer Bildung übernehmen sollen, werden in diesem Dokument genauer beschrieben (ab Phase 2).

##### **Phase I (1.11.2023–31.5.2024): Bildung Versorgungsregionen**

Für die neue Obsan-Bedarfsprognose für die Pflegeheimbettenplanung 2027 sollen sämtliche Gemeinden Teil einer sinnvollen Versorgungsregion sein.

Mit der Aufgabe der Zuteilung von Gemeinden zu Versorgungsregionen wurden **Projektgruppen aus den Bezirken**, bestehend aus Vertretungen des GPV und der GeKoZH und weiteren Fachpersonen aus den Gemeinden, beauftragt. Der Auftrag besteht darin, dem GPV bis zum 29. Februar 2024 die gebildeten Versorgungsregionen zu melden. Danach werden die Vorschläge aus den Bezirken bei den Gemeinden in eine Vernehmlassung gegeben. Für die definitive Bildung der Versorgungsregionen werden Gespräche unter der Leitung des GPV und des AFG, allenfalls unterstützt durch Fachpersonen der GeKoZH und weiteren, mit den Projektgruppen oder auch mit Gemeinden geführt, bei denen es noch Unklarheiten gibt oder Entscheide noch nicht gefällt werden konnten. Die definitive Bildung der Versorgungsregionen ist voraussichtlich am 31. Mai 2024 abgeschlossen.

##### **Nach Bildung der Versorgungsregionen (ab 1.3.2024)**

Um die in Phase 2 und 3 aufgelisteten Aufgaben effektiv umsetzen zu können, sollen sich die Versorgungsregionen in einer Struktur organisieren, die spätestens ab Sommer 2024 als Ansprechpartner für das AFG zur Verfügung steht und von den Gemeinden der Versorgungsregionen als Vertretung akzeptiert ist. Es ist aber festzuhalten, dass die letzte Entscheidungskompetenz beim AFG und beim Regierungsrat liegt. Das bedeutet, dass die zu bildende Organisationsstruktur keine anfechtbaren Entscheidungen treffen wird, jedoch in der Lage sein muss, gegenüber dem AFG durch Mehrheiten abgestützte und akzeptierte Empfehlungen abzugeben. Die Organisation, Form, Art und Zusammenarbeit der zu bildenden Struktur wird vom AFG nicht vorgegeben und kann von den Projektverantwortlichen in den Versorgungsregionen selbst gewählt werden. Allenfalls kann der GPV oder auch die GeKoZH Hilfestellungen zu verschiedenen Organisations- und Zusammenarbeitsformen zwischen mehreren Gemeinden zur Verfügung stellen.

##### **Vorbereitende Aufgabe für Phasen 2 und 3 (ab 1.3.2024)**

- Bildung einer Organisationsstruktur pro Versorgungsregion:
  - Leitung oder Ansprechstelle definieren
  - Grösse der Struktur definieren (Vertreterinnen und Vertreter der Gemeindeexekutiven sowie der GeKoZH müssen vertreten sein)
  - keine Rechtsform notwendig, sondern Organisationsstruktur im Sinne eines Begleitgremiums
  - Organisationsstruktur muss Gemeinden der Region vertreten und von ihnen akzeptiert sein
  - Prozesse in Region festlegen (Vernehmlassungen, Rücksprachen mit Gemeinden und Leistungserbringern, Entscheidungsfindung)

## **Phase 2 (1.6.2024–31.8.2026): Ansprechpartner für AFG während Projekt Pflegeheimbettenplanung**

Um bestimmte Schritte und Entscheidungen im Verlauf des Projekts «Pflegeheimbettenplanung» umzusetzen, ist die Zusammenarbeit und das Feedback der Versorgungsregionen für das AFG erforderlich. Erstens wird das AFG die Daten der Obsan-Bedarfsprognose plausibilisieren und sinnvolle Bandbreiten des Pflegebettenbedarfs für die Versorgungsregionen festlegen. Die Versorgungsregionen können dann gegebenenfalls im Rahmen einer Vernehmlassung eine Anpassung der versorgungspolitischen Szenarien basierend auf lokalen Gegebenheiten empfehlen. Diese Empfehlung wird – wenn sachlich und nachvollziehbar begründet – vom AFG übernommen. Zweitens wird das AFG die Versorgungsregionen zu Gesprächen einladen, falls Unklarheiten oder relevante Änderungen bei der Auswertung der Vernehmlassung sowohl des Versorgungs- als auch des Strukturberichts auftreten. Drittens nehmen die Versorgungsregionen eine zentrale Rolle bei der Auswahl von Pflegeheimen in Regionen mit Überangebot ein. Das AFG wird die Anträge der Pflegeheime auf die definierten Kriterien prüfen. Wenn sämtliche Mindestkriterien erfüllt sind, qualifizieren sich diese Pflegeheime für die Pflegeheimliste. In Regionen mit Überangebot soll die Versorgungsregion – im Rahmen der vom AFG vorgegebenen Rahmenbedingungen – aus der Liste mit qualifizierten Pflegeheimen entweder auswählen und dem AFG eine entsprechende Empfehlung abgeben, oder dem AFG einen Plan vorlegen, wie die Bettenkapazitäten in einer angemessenen Übergangsfrist abgebaut werden sollen.

### **Aufgaben**

- Ansprechpartner für das AFG während des Projekts «Pflegeheimbettenplanung» sein

### **Kompetenzen**

- Empfehlung für Festlegung der Bandbreiten aussprechen
- Empfehlung für Lösung bei Überangebot aussprechen (Auswahl Pflegeheime und/oder Reduktion der Bettenkapazitäten innerhalb Übergangsfrist → im Rahmen der vom AFG vorgegebenen Rahmenbedingungen)
- nicht die Kompetenz, Entscheidungen betreffend Pflegeheimbettenplanung zu treffen und durchzusetzen (liegt beim Kanton)

### **Verantwortlichkeiten**

- Vertretung der Anliegen sämtlicher Gemeinden in der Versorgungsregion
- gut begründete und sich in den vom AFG vorgegebenen Rahmenbedingungen bewegendende Empfehlungen an das AFG geben (in Rücksprache mit Gemeinden und Leistungserbringern)

## **Phase 3 (ab 1.1.2027): Ansprechpartner für AFG nach Festsetzung Pflegeheimliste**

Nach der Festsetzung der Pflegeheimliste stellt sich die Frage, wie mit Anträgen für neue Pflegeheime oder für Bettenzahlerhöhungen und -reduktionen verfahren wird. Der Prozess sieht vor, dass das Pflegeheim einen offiziellen Antrag für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste oder für eine Bettenzahlmutation an das AFG stellt. Dieses wird den Antrag formell prüfen und zeitnah der Versorgungsregion zur Vernehmlassung weiterleiten. Die Versorgungsregion wird den Antrag auf Bedarfsgerechtigkeit und allenfalls weitere Kriterien prüfen. Darauf gestützt wird die Versorgungsregion dem AFG eine Empfehlung über Aufnahme oder Nichtaufnahme auf die Pflegeheimliste zurückgeben. Das AFG wird basierend auf dieser Empfehlung einen provisorischen Entscheid über den Listenplatz treffen (vorbehältlich Betriebsbewilligung). Die Versorgungsregion wird anschliessend Kapazitäten reservieren. Sobald die definitive Betriebsbewilligung vorliegt, werden die Pflegeheimliste vom AFG und die Kapazitäten bei den Versorgungsregionen aktualisiert.

### **Aufgaben**

- Ansprechpartner für AFG bei oben genanntem Prozess sein

### **Kompetenzen**

- Empfehlung für Aufnahme/Nichtaufnahme Pflegeheim oder Bettenmutationen auf Pflegeheimliste aussprechen
- Pflegeheimbettenplanung innerhalb Versorgungsregion im Rahmen der periodisch durchgeführten Bedarfsprognosen

### **Verantwortlichkeiten**

- Vertretung der Anliegen sämtlicher Gemeinden in der Versorgungsregion
- gut begründete und sich in den vom AFG vorgegebenen Rahmenbedingungen bewegendende Empfehlungen an das AFG geben (in Rücksprache mit Gemeinden und allenfalls Leistungserbringern)

### **Fazit AKV Versorgungsregionen**

Zunächst erfolgt die Neubildung der Versorgungsregionen durch Projektgruppen in den Bezirken. In der zweiten und dritten Phase, während und nach Abschluss des Projekts «Pflegeheimbettenplanung», sollen die Versorgungsregionen als offizielle Ansprechpartner für das AFG dienen, fundierte Empfehlungen zu den genannten Themen abgeben und die Anliegen aller Gemeinden der Versorgungsregionen vertreten können. Für diese Aufgaben müssen so bald wie möglich geeignete Organisationsstrukturen gebildet werden.

### **Zusammenarbeit Versorgungsregionen und AFG in Zukunft**

Ausgehend von oben stehenden Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten wird es zu einem regelmässigen Austausch zwischen den Versorgungsregionen und dem AFG kommen. Sobald die Versorgungsregionen gebildet und die Ansprechpersonen definiert sind, wird das AFG die Verantwortlichen zu einem ersten Austausch einladen, um die hier beschriebenen Themen und die zukünftige Zusammenarbeit zu besprechen. Zudem soll in Zukunft einmal jährlich ein Austausch mit allen Verantwortlichen der Versorgungsregionen und dem AFG stattfinden. Dieses Gefäss soll für Themen rund um die Pflegeheimbettenplanung genutzt werden, beispielsweise wenn eine neue Bedarfsprognose erstellt wurde. Die Treffen können auch für den Austausch unter den Versorgungsregionen zu aktuellen Projekten, Ideen und Herausforderungen genutzt werden. Weitere Informationen dazu folgen im ersten Treffen mit den Verantwortlichen aus den Regionen.

### **AKV Kanton**

Nachfolgend sind die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten des Kantons im Zusammenhang mit der Pflegeheimbettenplanung beschrieben:

#### **Aufgaben**

- Erarbeiten Planungsgrundlagen für die Pflegeheimbettenplanung in Zusammenarbeit mit Gemeinden/Versorgungsregionen
- Evaluation der eingehenden Anträge
- Erarbeiten Pflegeheimliste in Zusammenarbeit mit Versorgungsregionen
- periodische Durchführung respektive Auftrag Bedarfsprognose
- regelmässige Information zu relevanten Änderungen in der Pflegeversorgung an die Versorgungsregionen

#### **Kompetenzen**

- Festsetzung der Pflegeheimliste
- Entscheid über Anträge für Aufnahme auf die Pflegeheimliste/Bettenzahlmutationen
- Festlegen der Versorgungsregionen für die Bedarfsprognose und Festlegung der Bandbreiten (sofern sich Gemeinden nicht einigen können)

#### **Verantwortlichkeiten**

- Bedarfsgerechte Pflegeheimversorgung über den ganzen Kanton
- Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime sind überprüft

## 6.2 Zuteilung der Gemeinden zu den Versorgungsregionen

Bezirk	Name Versorgungsregion	Gemeinden
Affoltern	«Affoltern»	alle Gemeinden des Bezirks
Andelfingen	«Weinland»	alle Gemeinden des Bezirks
Bülach	«Bülach Nord»	Bachenbülach, Bülach, Eglisau, Embrach, Freienstein-Teufen, Glattfelden, Hochfelden, Höri, Hüntwangen, Lufingen, Oberembrach, Rafz, Rorbas, Wasterkingen, Wil, Winkel
	«Bülach Südost»	Wallisellen, Dietlikon und die Gemeinde Wangen-Brüttisellen (Bezirk Uster)
	«Bülach Südwest»	Bassersdorf, Kloten, Nürensdorf, Opfikon
Dielsdorf	«Dielsdorf»	alle Gemeinden des Bezirks
Dietikon	«Dietikon»	alle Gemeinden des Bezirks
Hinwil	«Hinwil»	alle Gemeinden des Bezirks und die Gemeinde Bauma (Bezirk Pfäffikon)
Horgen	«Horgen»	alle Gemeinden des Bezirks
Meilen	«Unterer Zürichsee»	Küsnacht, Zollikon, Zumikon
	«Mittlerer Zürichsee»	Erlenbach, Herrliberg, Meilen, Uetikon am See
	«Oberer Zürichsee»	Hombrechtikon, Männedorf, Oetwil am See, Stäfa
Pfäffikon	«Pfäffikon Nord»	Illnau-Effretikon, Lindau
	«Pfäffikon Süd»	Fehraltorf, Hittnau, Pfäffikon, Russikon, Weisslingen
Uster	«Uster»	alle Gemeinden des Bezirks (ohne Wangen-Brüttisellen)
Winterthur	«Stadt Winterthur»	Stadt Winterthur
	«Winterthur-Land»	alle Gemeinden des Bezirks (ohne Stadt Winterthur) und die Gemeinden Wila und Wildberg (Bezirk Pfäffikon)
Zürich	«Stadt Zürich»	Stadt Zürich

Quelle: Eigene Darstellung.

### 6.3 Verteilung der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppe und Versorgungsregionen, 2022

Altersgruppe	Affoltern		Weinland		Bülach Nord		Bülach Südost		Bülach Südwest		Dielsdorf	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<65	46272	81,5	25664	79,7	13186	50,0	27552	83,0	50653	84,7	77370	83,3
65-79	7910	13,9	4781	14,9	9842	37,3	4009	12,1	6455	10,8	11618	12,5
80+	2601	4,6	1750	5,4	3344	12,7	1637	4,9	2679	4,5	3904	4,2
<b>Total (0-99+)</b>	<b>56783</b>	<b>100</b>	<b>32195</b>	<b>100</b>	<b>26372</b>	<b>100</b>	<b>33198</b>	<b>100</b>	<b>59787</b>	<b>100</b>	<b>92892</b>	<b>100</b>
65-79	7910	75,3	4781	73,2	9842	74,6	4009	71,0	6455	70,7	11618	74,8
80+	2601	24,7	1750	26,8	3344	25,4	1637	29,0	2679	29,3	3904	25,2
<b>Total (65+)</b>	<b>10511</b>	<b>100</b>	<b>6531</b>	<b>100</b>	<b>13186</b>	<b>100</b>	<b>5646</b>	<b>100</b>	<b>9134</b>	<b>100</b>	<b>15522</b>	<b>100</b>

Altersgruppe	Dietikon		Hinwil		Horgen		Unterer Zürichsee		Mittlerer Zürichsee		Oberer Zürichsee	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<65	79887	83,1	83931	80,7	25400	50,0	26246	78,9	26455	79,0	31521	78,4
65-79	11105	11,5	14721	14,1	17443	34,3	4740	14,2	4740	14,2	6061	15,1
80+	5176	5,4	5385	5,2	7957	15,7	2283	6,9	2283	6,8	2626	6,5
<b>Total (0-99+)</b>	<b>96168</b>	<b>100</b>	<b>104037</b>	<b>100</b>	<b>50800</b>	<b>100</b>	<b>33269</b>	<b>100</b>	<b>33478</b>	<b>100</b>	<b>40208</b>	<b>100</b>
65-79	11105	68,2	14721	73,2	17443	68,7	4823	62,9	4740	67,5	6061	69,8
80+	5176	31,8	5385	26,8	7957	31,3	2842	37,1	2283	32,5	2626	30,2
<b>Total (65+)</b>	<b>16281</b>	<b>100</b>	<b>20106</b>	<b>100</b>	<b>25400</b>	<b>100</b>	<b>7665</b>	<b>100</b>	<b>7023</b>	<b>100</b>	<b>8687</b>	<b>100</b>

Altersgruppe	Pfäffikon Nord		Pfäffikon Süd		Uster		Stadt Winterthur		Winterthur-Land		Stadt Zürich	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<65	18754	80,6	24662	79,9	105889	81,8	97428	83,6	50562	80,4	365332	85,6
65-79	3156	13,6	4687	15,2	16566	12,8	13245	11,4	8993	14,3	41463	9,7
80+	1369	5,9	1505	4,9	6929	5,4	5937	5,1	3369	5,4	20095	4,7
<b>Total (0-99+)</b>	<b>23279</b>	<b>100</b>	<b>30854</b>	<b>100</b>	<b>129384</b>	<b>100</b>	<b>116610</b>	<b>100</b>	<b>62924</b>	<b>100</b>	<b>426890</b>	<b>100</b>
65-79	3156	69,7	4687	75,7	16566	70,5	13245	69,0	8993	72,7	41463	67,4
80+	1369	30,3	1505	24,3	6929	29,5	5937	31,0	3369	27,3	20095	32,6
<b>Total (65+)</b>	<b>4525</b>	<b>100</b>	<b>6192</b>	<b>100</b>	<b>23495</b>	<b>100</b>	<b>19182</b>	<b>100</b>	<b>12362</b>	<b>100</b>	<b>61558</b>	<b>100</b>

Quelle: BFS – STATPOP/Auswertung Obsan; Grafik: Eigene Darstellung.

## 6.4 Prozentuale Bevölkerungsentwicklung 2022–2030 und 2022–2045, nach Altersgruppe und Versorgungsregion

Versorgungsregion	Δ 2022–2030			Δ 2022–2045		
	65–79	80+	65+	65–79	80+	65+
Affoltern	+13,2%	+48,7%	+22,0%	+29,8%	+125,6%	+53,5%
Weinland	+20,5%	+32,9%	+23,8%	+24,8%	+112,3%	+48,2%
Bülach Nord	+14,5%	+43,1%	+21,7%	+27,7%	+117,0%	+50,3%
Bülach Südost	+10,1%	+24,7%	+14,3%	+35,7%	+77,1%	+47,7%
Bülach Südwest	+15,8%	+24,2%	+18,3%	+46,6%	+82,7%	+57,1%
Dielsdorf	+18,1%	+42,6%	+24,3%	+31,9%	+126,1%	+55,6%
Dietikon	+13,4%	+15,3%	+14,0%	+36,7%	+59,9%	+44,1%
Hinwil	+18,6%	+38,3%	+23,9%	+28,0%	+122,1%	+53,2%
Horgen	+8,3%	+23,1%	+12,9%	+28,2%	+65,5%	+39,9%
Unterer Zürichsee	+3,6%	+5,0%	+4,1%	+22,7%	+24,9%	+23,5%
Mittlerer Zürichsee	+15,9%	+18,7%	+16,8%	+27,7%	+67,4%	+40,6%
Oberer Zürichsee	+11,7%	+29,4%	+17,1%	+20,7%	+79,4%	+38,4%
Pfäffikon Nord	+2,9%	+24,7%	+9,5%	+21,2%	+55,7%	+31,6%
Pfäffikon Süd	+13,5%	+49,7%	+22,3%	+19,7%	+135,6%	+47,8%
Uster	+12,2%	+31,1%	+17,8%	+39,1%	+85,6%	+52,8%
Stadt Winterthur	+19,5%	+19,9%	+19,6%	+39,7%	+84,7%	+53,7%
Winterthur-Land	+18,4%	+30,5%	+21,7%	+29,2%	+105,1%	+49,9%
Stadt Zürich	+11,5%	+8,3%	+10,5%	+35,6%	+50,7%	+40,5%
<b>Kanton Zürich</b>	<b>+13,6%</b>	<b>+23,5%</b>	<b>+16,6%</b>	<b>+32,3%</b>	<b>+78,9%</b>	<b>+46,2%</b>

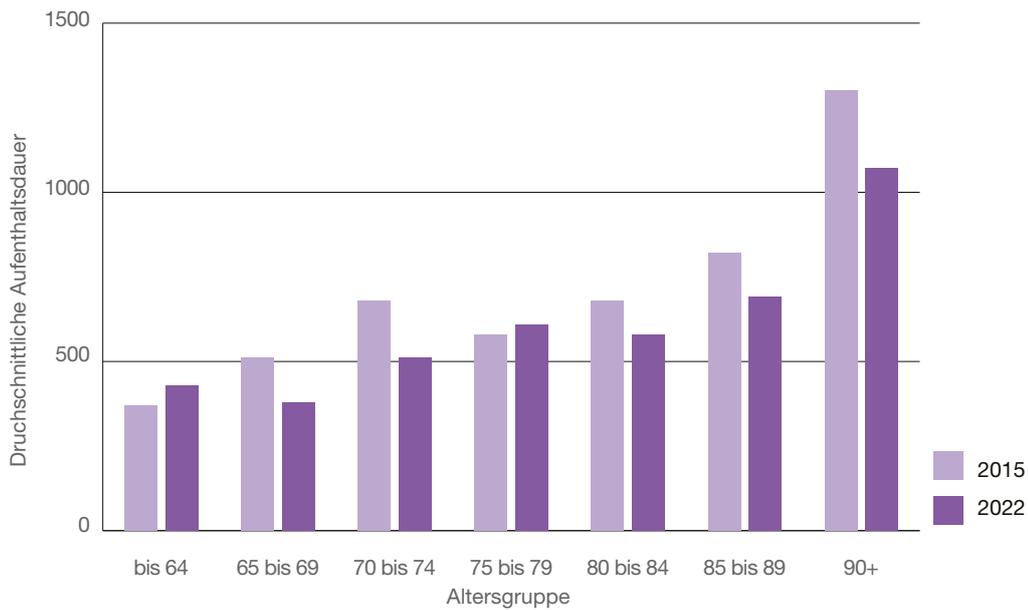
Quelle: BFS – STATPOP; Kanton Zürich – Szenario «Trend ZH 2023» der regionalisierten Bevölkerungsprognosen/Auswertung Obsan; Grafik: Eigene Darstellung, angelehnt an Obsan 2024.

## 6.5 Liste der aus der Bedarfsentwicklungsstudie ausgeschlossenen Pflegeheime

IFEG-Institutionen
EPI WohnWerk
Wohnzentrum Frankental
IWAZ – Schweizerisches Wohn- und Alterszentrum für Mobilitätsbehinderte
Stiftung Schloss Turbenthal
Stiftung Wagerenhof
Mathilde Escher Stiftung
Vivazzo Stiftung
Spezialisierte Palliative Care
Kompetenzzentrum für palliative Pflege und Medizin Lighthouse Zürich AG
Spezialisierte Psychiatriepflege
Quartier-Altersheim Aussersihl
Pflegeheim Sonnhalde
Pflegezentrum Bauma
Alters- und Pflegeheim Tabor AG
Fachspital für Sozialmedizin und Abhängigkeitserkrankungen – Pflegestation Sunegarte
Wohnheim Häuptli

**Anmerkung:** Die hiernach erwähnten Pflegeheime wurden unter Annahme als spezialisierte Pflegeheime ausgewählt. Daraus leitet sich kein Anspruch zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste als spezialisiertes Pflegeheim durch den Kanton Zürich ab. Eine allfällige Aufnahme auf die Pflegeheimliste erfolgt erst nach einem erfolgreichen Evaluationsverfahren und durch die Festsetzung der neuen Pflegeheimliste durch den Regierungsrat.  
Quelle: Obsan 2024; Grafik: Eigene Darstellung.

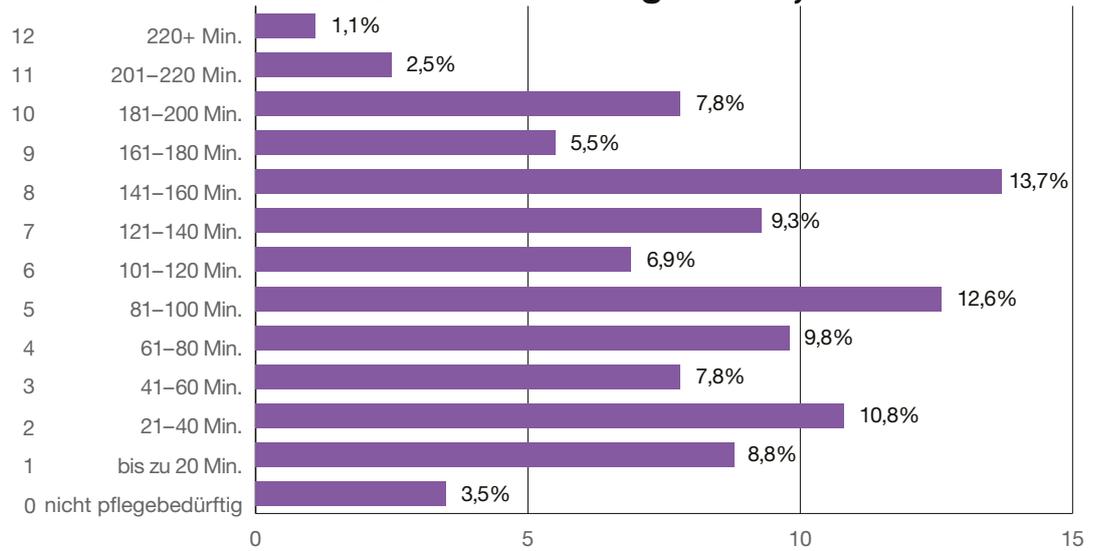
## 6.6 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen in Zürcher Pflegeheimen nach Altersgruppe (Langzeitaufenthalte)



**Anmerkung:** Die hier dargestellten Aufenthaltsdauern schliessen alle in den entsprechenden Jahren ausgetretenen Bewohnenden ein. Ausgeschlossen wurden jene Pflegeheime, welche für die Bedarfsentwicklungsstudie als potenzielle Angebote der spezialisierten Langzeitpflege ebenfalls ausgeschlossen wurden (vgl. Kapitel 3.3.1).

Quelle: SOMED-Statistiken 2015–2022 (Bundesamt für Statistik); Grafik: Eigene Darstellung.

## 6.7 Verteilung der Zürcherinnen und Zürcher ab Alter 65 Jahre nach Pflegestufen, 2022



**Anmerkung:** Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitaufenthalten des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).  
Quelle: BFS – SOMED; Grafik: Eigene Darstellung.

## 6.8 Versorgungspolitische Szenarien zur Bestimmung der Unter- und Obergrenze der regionalen Planungsbandbreiten für die Planungsperiode 2027–2030

	Szenario Untergrenze Planungsbandbreite	Szenario Obergrenze Planungsbandbreite	Begründung
<b>Affoltern</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Rückfragen der Versorgungsregion bei den Spitex-Organisationen haben ergeben, dass genügend Fachpersonal mit entsprechender Ausbildung zur Verfügung steht, um diese Pflegestufen ambulant zu behandeln (tw. auch noch höhere Pflegestufen). Es entspricht dem politischen Willen, dem Wunsch der älteren Menschen Rechnung zu tragen, dass sie möglichst lange zu Hause bleiben können. Ein solches Szenario berücksichtigt einerseits die Bedürfnisse der Bevölkerung und ist andererseits auch volkswirtschaftlich zu verfolgen. Die Versorgungsregion hat dazu eine aktuelle Studie erstellen lassen, in welcher klare Handlungsfelder und Massnahmen betreffend Ambulantisierung aufgezeigt werden, welche unter anderem durch die Gemeinden angegangen werden sollen.
<b>Weinland</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Die Versorgungsregion ist seit 2023 an intensiven Projektarbeiten betreffend ein langfristiges Versorgungskonzept für die ältere Bevölkerung im Weinland. Verschiedene Herausforderungen wurden identifiziert und Massnahmen festgelegt. Die Umsetzung dieser Massnahmen ist seit 2023 im Gange (Projektorganisation, aber auch konkrete Massnahmen betreffend Versorgung). Im Versorgungskonzept nehmen die integrierte Versorgung sowie das selbstbestimmte Altern einen wichtigen Platz ein. Neben der stationären Planung wird auch der Bereich der ambulanten und intermediären Angebote geplant. Ausbauten sind vorgesehen. Denkbar wäre auch die Anwendung eines noch stärkeren Ambulantisierungsszenarios (könnte 2030 geprüft werden).
<b>Bülach Nord</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Neben den Effekten der neuen Zusatzleistungsverordnung mit Bedarfsabklärungsstelle soll das Ambulantisierungspotenzial vor allem mit weiteren Bestrebungen in der Versorgungsregion realistisch erreicht werden. Verschiedene Gemeinden haben sich zusammengeschlossen, um die Altersversorgung weiterzuentwickeln und zu koordinieren. Auch sind Investitionen in den Ausbau der ambulanten Versorgung und in alternative Wohnformen zum Pflegeheim geplant oder bereits in der Umsetzung. So wurden und werden in der Region bis in den nächsten fünf Jahren über 100 Alterswohnungen teilweise mit Serviceleistungen realisiert oder sind bereits realisiert worden. Auch teilstationäre Angebote werden laufend den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst und dadurch vermehrt in Anspruch genommen. Die Versorgungsregion Bülach Nord geht sogar davon aus, dass zukünftig noch stärker ambulantisiert werden kann als im gewählten Szenario.
<b>Bülach Südost</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Die Versorgungsregion verfügt bereits heute über ein ausgebautes Reporting zu den Pflegestufen in welchem ersichtlich ist, dass der Case-Mix (=durchschnittliche Pflegestufen) in den letzten Jahren zugenommen hat. Das Szenario P3 wird als denkbares Szenario betrachtet, gleichwohl soll durch die Wahl des Szenario P2 für die Obergrenze dargestellt werden, dass ein erhebliches Potenzial bereits ausgeschöpft ist.

	<b>Szenario Untergrenze Planungsbandbreite</b>	<b>Szenario Obergrenze Planungsbandbreite</b>	<b>Begründung</b>
<b>Bülach Südwest</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Referenzszenario P1 – unveränderte Inanspruchnahme	Die Gemeinden der Versorgungsregion streben einen Ausbau von intermediären Strukturen (Alterswohnen, betreutes Wohnen) und eine Stärkung der ambulanten Dienstleistungen an. Diesbezüglich sind alle Gemeinden miteinander im Kontakt und bilden diese Bestrebungen in Strategiepapieren ab. Gleichwohl soll mit einer etwas grösseren Bandbreite die Unsicherheit betreffend der Bauprojekte für intermediäre Wohnformen abgebildet werden, da diese erst in den Anfängen sind. Inwiefern eine Realisierung dieser Projekte sich bereits in die Ambulantisierung ab 2035 niederschlägt, ist daher schwierig abschätzbar.
<b>Dielsdorf</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Die 22 politischen Gemeinden des Bezirks Dielsdorf bilden unter dem Namen «Zweckverband Gesundheitszentrum Dielsdorf» einen Zweckverband nach den Bestimmungen des Gemeindegesetzes. Die Sicherstellung der Langzeitpflege ist dabei ein wichtiges Thema. Der stationäre Bereich arbeitet bereits heute eng mit der nachversorgenden ambulanten Langzeitversorgung zusammen. Dank eines angestrebten Ausbaus des Spitex-Angebots sowie des Zubaus von Alterswohnungen mit Services soll die Substitution von tiefen Pflegestufen zukünftig weiter gefördert und ermöglicht werden.
<b>Dietikon</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Die Versorgungsregion schätzt eine verstärkte Ambulantisierung nach Rücksprache mit der grössten Spitex-Organisation mit Leistungsauftrag der öffentlichen Hand als realistisch ein. Es gilt, die Entwicklung in den kommenden Jahren weiter zu beobachten, da auch verschiedene Faktoren den Grad der Ambulantisierung beeinflussen. So müssten wegen der steigenden Prävalenz der Demenzerkrankungen zusätzliche Kompetenzen bei der Spitex aufgebaut werden. Weiterzuentwickeln gilt es zudem, das Konzept der pflegenden Angehörigen. Weitere verändernde Rahmenbedingungen ergeben sich durch die Anpassung der Zusatzleistungsverordnung zur Stärkung der Betreuung im Alter sowie Neubauten für die ältere Bevölkerung. Mit dem Szenario P2 als Obergrenze wird der gewissen Unsicherheit dieser sich verändernden Rahmenbedingungen Rechnung getragen.
<b>Hinwil</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Die Versorgungsregion strebt eine verstärkte Ambulantisierung an, um den Bedürfnissen der Bevölkerung besser entsprechen zu können. In den meisten Gemeinden sind die Ambulantisierung und intermediären Angebote wichtige Themen. Da gewisse Projekte noch nicht spruchreif sind, kann mit dem Szenario P2 als Obergrenze einer gewissen Unsicherheit Rechnung getragen werden. Die gewählten Szenarien entsprechen einem Mittelweg und bilden die laufenden Aktivitäten im Sinne der Versorgungsregion ab.
<b>Horgen</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	In der ambulanten Pflegeversorgung besteht für die Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsregion Horgen ein breites Angebot und breites Know-how betreffend ambulante Pflege. Die Spitex-Leistungen im Bereich der Pflege wurden in der Vergangenheit stark ausgebaut. Die Kapazitäten sind ausreichend. Im Spitex-Bereich ist im Bezirk Horgen eine umfassende Abdeckung auch durch die Kooperation mit Spitex Stadt Zürich bezüglich Nachtspitex sowie mit spezialisierten Spitex-Anbietern (Kinderspitex, Palliativ / Onkospitex) gewährleistet. Denkbar wäre auch die Anwendung eines noch stärkeren Ambulantisierungsszenarios (könnte 2030 geprüft werden).
<b>Unterer Zürichsee</b>	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	In allen Gemeinden sind die Ambulantisierung und intermediären Angebote wichtige Themen (bspw. Legislaturprogramm Zollikon, Alterskonzept Zumikon, Gesundheitsnetz Küsnacht AG). Das gewählte Szenario entspricht einem Mittelweg und bildet die laufenden Aktivitäten im Sinne der Versorgungsregion ab.

	<b>Szenario Untergrenze Planungsbandbreite</b>	<b>Szenario Obergrenze Planungsbandbreite</b>	<b>Begründung</b>
<b>Mittlerer Zürichsee</b>	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Die Versorgungsregion erachtet die Ambulantisierung als fortschreitenden Trend, welcher den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Gleichwohl gilt es, die zunehmende Anzahl alleinstehender Personen ohne unterstützendes oder informelles Netzwerk zu berücksichtigen. Es wird daher das Szenario P2 empfohlen.
<b>Oberer Zürichsee</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Die Versorgungsregion geht von einer stärkeren Ambulantisierung aus, da die Spitex-Organisationen zusätzliche Dienstleistungen anbieten werden. Besonders zu erwähnen ist eine angestrebte Nachtspitex.
<b>Pfäffikon Nord</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Referenzszenario P1 – unveränderte Inanspruchnahme	Die Wahl der beiden Szenarien begründet sich darin, dass der Grundsatz zwar in den Alterskonzepten der Gemeinden verankert ist, die Umsetzung der Massnahmen noch Zeit braucht und deren Effekt nicht klar vorausgesagt werden kann. In der Versorgungsregion sind zwei grosse Projekte für intermediäre Angebote geplant, welche die Eintritte in Pflegeheime verzögern können. Die Umsetzung der Projekte braucht aber noch Zeit, da es sich um Bauprojekte handelt. Zudem gilt es hervorzuheben, dass Pfäffikon Nord bereits jetzt einen niedrigen Anteil an Personen mit tiefen Pflegestufen in den Pflegeheimen hat. Eine Ambulantisierung ist daher herausfordernd.
<b>Pfäffikon Süd</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Die Gemeinden der Versorgungsregion haben das selbstbestimmte Leben der älteren Bevölkerung in den entsprechenden Altersleitbildern/-konzepten fest verankert. Sie reagieren so auf das Bedürfnis der älteren Bevölkerung, möglichst lange zu Hause zu bleiben. Die Gemeinden planen daher einen Ausbau der ambulanten Pflege (bspw. Nacht- und Wochenenddienste, Weiterführung Mahlzeiten-dienste, Aufbau Bedarfsabklärungsstelle für Personen mit Zusatzleistungen und Nachbarschaftshilfe).
<b>Uster</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Die Versorgungsregion möchte den Grundsatz «ambulant vor stationär» weiter stärken. Dieser ist in verschiedenen Altersstrategien der Gemeinden verankert oder zumindest in Bearbeitung. Ausserdem sollen gewissen Spitexleistungen (SpitexPlus, Nachtspitex usw.) sowie intermediäre Angebote (u. a. Wohnen mit Service) ausgebaut werden.
<b>Stadt Winterthur</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Neben dem stationären Angebot bestehen vielfältige intermediäre und ambulante Angebote (städtische Spitex, private Spitex-Organisationen sowie weitere Unterstützungsangebote wie Besuchsdienste usw.). Im 2021 publizierten Masterplan Pflegeversorgung wurden verschiedene Massnahmen in Bezug auf die ambulanten und intermediären Angebote festgelegt. Pflegebedürftige Personen sollen so lange wie möglich zu Hause bleiben und dort auf vielfältige Unterstützungsangebote zählen können (z. B. Treffpunkte, Besuchsdienste, Mittagstische usw.). Damit die heute in Winterthur verfügbaren Plätze möglichst lange ausreichen, sollen Personen in tiefen Pflegestufen künftig öfter ambulant gepflegt werden. Ein Teil dieser Massnahmen ist bereits umgesetzt, etwa der Ausbau von städtischen Wohnungen mit Service oder die Schaffung von Unterstützungsangeboten in der Nacht. Ebenso wurde die Gesundheitsberatung daheim als Teil der städtischen Spitex eingeführt. Durch den Ausbau von intermediären und ambulanten Pflege- und Betreuungsangeboten möchte die Stadt Winterthur dazu beitragen, dass Heimeintritte verzögert oder verhindert werden können. Gleichzeitig wird aber festgehalten, dass es nach wie vor Gründe gibt, die dazu führen, dass Klientinnen und Klienten auch mit geringem Pflegebedarf in ein Heim eintreten, wie zum Beispiel bei Hochaltrigkeit oder Einsamkeit. Mittelfristig hält die Versorgungsregion deshalb das Szenario P2 – also eine Abnahme der Pflegetage in den Pflegestufen 0 bis 2 um 40 Prozent – für realistisch.

	<b>Szenario Untergrenze Planungsbandbreite</b>	<b>Szenario Obergrenze Planungsbandbreite</b>	<b>Begründung</b>
<b>Winterthur-Land</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Seit 20 Jahren gibt es in der Versorgungsregion klare Bestrebungen in Bezug auf «ambulant vor stationär». Alle Bewohnerinnen und Bewohner in allen Gemeinden haben Zugang zu einer professionellen Spitex-Organisation. Die grosse Zahl von Neubauwohnungen, die in den letzten Jahren gebaut wurden, sind behindertengerecht erstellt worden, sodass ältere Personen länger zu Hause bleiben können. In mehreren Gemeinden wurden gezielt Alterswohnungen mit zusätzlichem Service gebaut, ein weiteres Projekt ist in Planung.
<b>Stadt Zürich</b>	Szenario P3 – alternative Versorgung (0–3)	Szenario P2 – alternative Versorgung (0–2)	Mit der 2020 publizierten «Altersstrategie 2035» hat die Stadt Zürich den Weg zu einer Diversifizierung des Angebots an Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft und einer Stärkung der ambulanten Versorgung verabschiedet und eine Vielzahl von Massnahmen bereits erfolgreich umgesetzt, weitere Massnahmen gestartet oder in Planung. Im Rahmen der Altersstrategie 2035 wurde eine Neuordnung des stationären Angebots in Angriff genommen, die eigenen Betriebe neu geordnet und ein Bettenabbau um 600 Betten über den Zeitraum von 2020 bis 2035 in die Strategie aufgenommen. Ein Teil des Bettenabbaus ist bereits erfolgt. Damit ist die Versorgungsregion Zürich auf dem Weg, den die Versorgungsszenarien P2 und P3 festhalten. Für die erste Planungsperiode erscheint daher das Versorgungsszenario P2 als obere Grenze und das Versorgungsszenario P3 als untere Grenze als angemessen. Für die nächste Planungsperiode sollen diese Annahmen überprüft werden.

Quelle: Eigene Darstellung.

## 6.9 Pflegeheimbewohnende nach Herkunftsregion/ausserkantonal und Standort der Pflegeheime absolut und in Prozent, 2022

a) in absoluten Zahlen

Langzeitaufenthalte	Standort des Pflegeheims																				Total	
	Kanton Zürich																			Anderer Kanton		Total
	Affoltern	Weinland	Bülach Nord	Bülach Südost	Bülach Südwest	Dielsdorf	Dietikon	Hinwil	Horgen	Unterer Zürichsee	Mittlerer Zürichsee	Oberer Zürichsee	Präffikon Nord	Präffikon Süd	Uster	Stadt Winterthur	Land Winterthur	Stadt Zürich	Anderer Kanton			
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Affoltern	221	1	2	-	-	-	4	7	8	-	1	3	-	-	1	2	1	17	35	303		
Weinland	-	204	5	1	-	-	-	4	1	-	1	1	3	1	-	8	4	1	27	261		
Bülach Nord	-	2	301	1	99	22	-	9	1	0	2	2	1	-	2	5	3	11	13	474		
Bülach Südost	-	-	2	225	2	-	-	3	1	0	4	3	2	0	10	4	-	4	6	266		
Bülach Südwest	1	-	7	2	346	4	0	5	2	0	2	1	1	0	4	0	1	12	11	399		
Dielsdorf	1	-	18	1	6	471	4	7	2	2	6	2	-	2	4	3	0	27	28	584		
Dietikon	17	-	-	1	1	5	635	15	12	3	17	3	1	2	3	0	2	45	57	819		
Hinwil	0	2	-	1	1	3	-	797	1	1	23	35	1	30	23	3	12	8	25	966		
Horgen	2	2	5	0	-	1	-	15	1155	7	19	10	0	-	4	-	2	55	54	1331		
Unterer Zürichsee	-	-	-	1	-	-	-	8	2	309	26	7	-	-	12	1	1	24	11	402		
Mittlerer Zürichsee	1	-	0	-	-	-	1	9	-	29	234	26	-	0	5	-	-	11	10	326		
Oberer Zürichsee	-	2	1	-	-	-	-	10	2	16	46	351	-	1	13	-	1	6	9	458		
Präffikon Nord	-	1	1	3	2	0	-	8	-	-	2	2	126	6	1	2	6	1	6	167		
Präffikon Süd	1	-	-	1	-	1	-	24	-	1	9	5	1	185	10	1	9	2	3	253		
Uster	0	1	4	20	3	3	1	46	3	19	35	15	4	10	731	1	2	56	20	974		
Stadt Winterthur	-	7	2	0	0	1	-	14	1	3	4	7	4	3	3	918	75	6	61	1109		
Winterthur-Land	-	10	7	-	2	2	-	19	-	-	4	2	6	5	5	47	325	2	47	483		
Stadt Zürich	11	3	7	4	1	25	9	51	69	47	44	30	2	1	28	6	7	4487	121	4953		
Anderer Kanton	4	23	11	0	3	16	9	38	30	7	15	27	1	1	8	12	10	39	-	254		
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>258</b>	<b>373</b>	<b>261</b>	<b>466</b>	<b>554</b>	<b>663</b>	<b>1089</b>	<b>1290</b>	<b>444</b>	<b>494</b>	<b>532</b>	<b>153</b>	<b>247</b>	<b>867</b>	<b>1013</b>	<b>461</b>	<b>4814</b>	<b>544</b>	<b>14782</b>		

Herkunft der Bewohnenden

Kanton Zürich

**b) in Prozent**

Langzeitaufenthalte		Standort des Pflegeheims																	Total		
		Kanton Zürich																			
		Affoltern	Weinland	Bülach Nord	Bülach Südost	Bülach Südwest	Dielsdorf	Dietikon	Hinwil	Horgen	Unterer Zürichsee	Mittlerer Zürichsee	Oberer Zürichsee	Präffikon Nord	Präffikon Süd	Uster	Stadt Winterthur	Land Winterthur			
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
Herkunft der Bewohnenden		<b>72,9</b>	0,3	0,7	-	-	-	1,3	2,3	2,6	-	0,3	1,0	-	-	0,3	0,7	0,3	5,6	11,6	100
Kanton Zürich		-	<b>78,2</b>	1,9	0,4	-	-	-	1,5	0,4	-	0,4	0,4	1,1	0,4	-	3,1	1,5	0,4	10,3	100
Weinland		-	0,4	<b>63,5</b>	0,2	20,9	4,6	-	1,9	0,2	0,0	0,4	0,4	0,2	-	0,4	1,1	0,6	2,3	2,7	100
Bülach Nord		-	-	0,8	<b>84,6</b>	0,8	-	-	1,1	0,4	0,0	1,5	1,1	0,8	0,0	3,8	1,5	-	1,5	2,3	100
Bülach Südost		0,3	-	1,8	0,5	<b>86,7</b>	1,0	0,0	1,3	0,5	0,0	0,5	0,3	0,3	0,0	1,0	0,0	0,3	3,0	2,8	100
Bülach Südwest		0,2	-	3,1	0,2	1,0	<b>80,7</b>	0,7	1,2	0,3	0,3	1,0	0,3	-	0,3	0,7	0,5	0,0	4,6	4,8	100
Dielsdorf		2,1	-	-	0,1	0,1	0,6	<b>77,5</b>	1,8	1,5	0,4	2,1	0,4	0,1	0,2	0,4	0,0	0,2	5,5	7,0	100
Dietikon		0,0	0,2	-	0,1	0,1	0,3	-	<b>82,5</b>	0,1	0,1	2,4	3,6	0,1	3,1	2,4	0,3	1,2	0,8	2,6	100
Hinwil		0,2	0,2	0,4	0,0	-	0,1	-	1,1	<b>86,8</b>	0,5	1,4	0,8	0,0	-	0,3	-	0,2	4,1	4,1	100
Horgen		-	-	-	0,2	-	-	-	2,0	0,5	<b>76,9</b>	6,5	1,7	-	-	3,0	0,2	0,2	6,0	2,7	100
Unterer Zürichsee		0,3	-	0,0	-	-	-	0,3	2,8	-	8,9	<b>71,8</b>	8,0	-	0,0	1,5	-	-	3,4	3,1	100
Mittlerer Zürichsee		-	0,4	0,2	-	-	-	-	2,2	0,4	3,5	10,0	<b>76,6</b>	-	0,2	2,8	-	0,2	1,3	2,0	100
Oberer Zürichsee		-	0,6	0,6	1,8	1,2	0,0	-	4,8	-	-	1,2	1,2	<b>75,4</b>	3,6	0,6	1,2	3,6	0,6	3,6	100
Präffikon Nord		0,4	-	-	0,4	-	0,4	-	9,5	-	0,4	3,6	2,0	0,4	<b>73,1</b>	4,0	0,4	3,6	0,8	1,2	100
Präffikon Süd		0,0	0,1	0,4	2,1	0,3	0,3	0,1	4,7	0,3	2,0	3,6	1,5	0,4	1,0	<b>75,1</b>	0,1	0,2	5,7	2,1	100
Uster		-	0,6	0,2	0,0	0,0	0,1	-	1,3	0,1	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,3	<b>82,8</b>	6,8	0,5	5,5	100
Stadt Winterthur		-	2,1	1,4	-	0,4	0,4	-	3,9	-	-	0,8	0,4	1,2	1,0	1,0	9,7	<b>67,3</b>	0,4	9,7	100
Winterthur-Land		0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,5	0,2	1,0	1,4	0,9	0,9	0,6	0,0	0,0	0,6	0,1	0,1	<b>90,6</b>	2,4	100
Stadt Zürich		1,6	9,1	4,3	0,0	1,2	6,3	3,5	15,0	11,8	2,8	5,9	10,6	0,4	0,4	3,1	4,7	3,9	15,4	-	100
Anderer Kanton		<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>2,5</b>	<b>1,8</b>	<b>3,2</b>	<b>3,7</b>	<b>4,5</b>	<b>7,4</b>	<b>8,7</b>	<b>3,0</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>1,0</b>	<b>1,7</b>	<b>5,9</b>	<b>6,9</b>	<b>3,1</b>	<b>32,6</b>	<b>3,7</b>	<b>100</b>

**Anmerkung:** Bewohnende des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).  
 Quelle: BFS – SOMED / Auswertung Obsan; Grafik: Eigene Darstellung, angelehnt an Obsan 2024.

## 6.10 Regionale Planungsbandbreiten für die Jahre 2030, 2035 und 2040

Versorgungsregion	Angebot 2022	2030		2035		2040	
		Untergrenze	Obergrenze	Untergrenze	Obergrenze	Untergrenze	Obergrenze
Affoltern	290	317	328	393	412	459	488
Weinland	286	300	310	355	373	406	432
Bülach Nord	397	443	457	546	573	631	670
Bülach Südost	289	272	289	316	343	356	389
Bülach Südwest	518	516	594	605	706	671	795
Dielsdorf	597	634	656	775	812	889	945
Dietikon	749	708	753	801	864	866	948
Hinwil	1 182	1 252	1 357	1 527	1 684	1 773	1 980
Horgen	1 445	1 407	1 451	1 641	1 716	1 793	1 898
Unterer Zürichsee	518	464	477	501	522	513	541
Mittlerer Zürichsee	418	400	413	468	491	515	547
Oberer Zürichsee	575	620	639	730	763	803	850
Pfäffikon Nord	165	181	203	207	236	219	252
Pfäffikon Süd	286	303	315	384	403	456	485
Uster	952	1 062	1 143	1 260	1 378	1 415	1 566
Stadt Winterthur	1 134	1 019	1 148	1 134	1 242	1 268	1 405
Winterthur-Land	526	528	544	641	672	734	779
Stadt Zürich	5 684	3 963	4 198	4 388	4 713	4 774	5 196
<b>Kanton Zürich</b>	<b>16 011</b>	<b>14 389</b>	<b>15 275</b>	<b>16 672</b>	<b>17 903</b>	<b>18 541</b>	<b>20 166</b>

**Anmerkung:** Seit 2022 hat sich das Bettenangebot bereits verändert; gleichwohl wird das Bettenangebot 2022 dargestellt, da es sich dabei um jene Werte aus dem Zwischenbericht des Obsan sowie der zuvor verwendeten Datengrundlage handelt. Im Gegensatz zum Zwischenbericht des Obsan wurde in dieser Analyse das Pflegeheim Clenia Bergheim in Uetikon am See (Versorgungsregion Mittlerer Zürichsee) ebenfalls ausgeschlossen. Dieses Pflegeheim weist einen hohen Anteil an ausserregionalen und -kantonalen Bewohnenden aus und könnte sich als Anbieter der spezialisierten Psychiatriepflege herausstellen. Ebenfalls ausgeschlossen wurde das Wohnheim Kull (Versorgungsregion Stadt Zürich), welches sich als Anbieter der spezialisierten Psychiatriepflege herausstellen könnte.

Quelle: Eigene Darstellung; Daten basierend auf Obsan-Daten 2024 und kantonsspezifischen Faktoren

## 6.11 Anzahl Bewohnende und Pflegetage AÜP je Pflegeheim (vollständige Liste)

Pflegeheim	Standort	Anzahl Bewohnende 2022 mit AÜP	Anzahl fakturierte Pflegetage AÜP 2022
Pflegezentren der Stadt Zürich	8050 Zürich	879	10631
Alterszentren Stadt Winterthur	8400 Winterthur	237	2931
Gesundheitszentrum Dielsdorf	8157 Dielsdorf	155	2048
Tertianum Gartenhof	8408 Wülflingen	102	1214
Tertianum Giessenturm	8600 Dübendorf	99	1210
Heime Uster	8610 Uster	88	1069
Wohn- und Pflegezentrum Blumenrain	8702 Zollikon	77	963
KZU Pflegezentrum Bächli	8303 Bassersdorf	76	933
Pflegezentrum Wildbach	8620 Wetzikon	72	853
Tertianum Residenz Zollikerberg	8125 Zollikerberg	67	835
Pflegezentrum Rosenthal	8636 Wald	53	700
Tertianum Letzipark	8048 Zürich	48	599
Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen	8307 Effretikon	42	527
Tertianum Segeten	8053 Zürich	41	519
Senevita Im Rebberg	8704 Herrliberg	39	500
GerAtrium	8330 Pfäffikon	38	498
Alterszentrum im Geeren – Alters- und Pflegeheim	8472 Seuzach	35	432
Residenz Küsnacht	8700 Küsnacht	34	440
Alterszentrum Gehren	8703 Erlenbach	29	400
Zweckverband Pflege und Betreuung Mittleres Tösstal	8488 Turbenthal	28	371
Senevita Regensberg	8050 Zürich	25	322
Imwil – Alters- und Spitexzentrum Stationär	8600 Dübendorf	25	320
Alters- und Pflegezentrum Herrenbergli	8048 Zürich	25	302
Zentrum Sunnegarte AG	8608 Bubikon	24	292
Senevita – Residenz Nordlicht	8050 Zürich	23	278
Alters- und Gesundheitszentrum Tägerhalde	8700 Küsnacht	23	244
Alterszentrum Lanzeln	8712 Stäfa	22	294
Tertianum Residenz Zürich Enge	8002 Zürich	22	276
Alters- und Pflegeheim Hinwil	8340 Hinwil	22	230
Tertianum Etzelgut	8038 Zürich	21	258
Tertianum Bubenhof	8152 Opfikon	20	240
Tertianum Brunnehof	8610 Uster	18	219
Tertianum zur Heimat	8174 Stadel	17	220
Tertianum am Rietpark	8952 Schlieren	16	176
Stiftung Lichthof – Wohn- und Pflegezentrum	8610 Uster	15	182
Sihlsana AG – Wohn- und Pflegezentren	8134 Adliswil	15	165
Alterszentrum Sophie Guyer	8330 Pfäffikon	13	164
Tertianum Grünegg	8636 Wald	12	122

Pflegeheim	Standort	Anzahl Bewohnende 2022 mit AÜP	Anzahl fakturierte Pflegetage AÜP 2022
Altersheim Im Ris	8134 Adliswil	11	141
Zentrum Rämismühle	8487 Rämismühle	10	140
Convita Bethanien	8044 Zürich	10	114
Tertianum Villa Böcklin	8032 Zürich	9	91
Sonnegg Wohn- und Pflegezentrum	8135 Langnau am Albis	7	92
Alters- und Pflegeheim Eichhölzli	8192 Glattfelden	7	90
Stiftung Alterswohnen in Albisrieden – Geschäftsstelle	8047 Zürich	7	76
Tertianum Im Brühl	8049 Zürich	7	72
Tertianum Etzelblick	8805 Richterswil	6	72
Alters- und Pflegeheim Au	8804 Au	6	61
Alters- und Pflegeheim Birkenrain	8002 Zürich	5	60
Pflegewohnung Bäretswil	8344 Bäretswil	4	56
Tertianum Horgen	8810 Horgen	4	54
Sunnmatt Privates Seniorenzentrum	8708 Männedorf	3	28
Alters- und Pflegeheim Schmiedhof	8003 Zürich	2	24
Pflege und Betreuung – Casa Vivimus	8047 Zürich	2	21
Pflegewohnung Grüningen	8627 Grüningen	2	20
<b>Total</b>		<b>2 699</b>	<b>33 189</b>

Quelle: Bundesamt für Gesundheit. 2024: Kennzahlen Pflegeheime SOMED 2022; Grafik: Eigene Darstellung.

## 6.12 Evaluationsverfahren: Wirtschaftlichkeitskriterien

Nachfolgend werden die Wirtschaftlichkeitskriterien sowie deren Anwendung beschrieben. Die Auflistung zeigt auf, welche Angaben Pflegeheime beim Antragsverfahren machen und/oder welche Dokumente sie einreichen müssen.

1. Das Pflegeheim erbringt seine Leistungen kosteneffizient und ist wirtschaftlich stabil. Ein Pflegeheim wird als wirtschaftlich eingestuft, wenn es beide primären Evaluationskriterien erfüllt (vgl. Tabelle unten). 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.

### Primäre Kriterien

Kriterium	Richtwert für Evaluation	Datenquelle/Formeln
Pflegekosten pro Pflegeminute 2022–2024	in mind. 2 Jahren ≤ 90. Perzentil im Benchmarking gewichtet nach Anzahl erbrachter Pflegeminuten (analog Normdefizitberechnung)	SOMED 2022–2024 Pflegekosten: E1 Kosten APH; Variable 300.04 «Nettokosten II – Nettokosten I zuzüglich Umlagen» Pflegeminuten gemäss Art. 7a KLV: K. Kantonsdaten; Σ Variablen «KLV-Pflegeleistungen» K01, K04, K07, K10, K13, K16, K19, K22, K25, K28, K31, K34
Jährliches Gesamtergebnis = Jahresergebnisse 2022–2024	in mind. zwei Jahren ≥ CHF 0	Erfolgsrechnung/Profitcenter-Rechnung

### Sekundäre Kriterien

Kriterium	Richtwert für Evaluation	Datenquelle/Formeln
Gesamtkosten – Pflegekosten pro Tag 2022–2024	in mind. 2 Jahren ≤ 90. Perzentil im Benchmarking gewichtet nach Anzahl erbrachter Pflagetage	SOMED 2022–2024 Gesamtkosten: E1 Kosten APH; Variable 300.01 «Nettokosten II – Nettokosten I zuzüglich Umlagen» Pflegekosten: E1 Kosten APH; Variable 300.04 «Nettokosten II – Nettokosten I zuzüglich Umlagen» Tage: D. Klienten; Variable D160. Total Anzahl fakturierte Aufenthaltstage
Bettenauslastung 2022–2024	in mind. 2 Jahren >90%	SOMED 2022–2024 Unterbringungstage: D. Klienten; Variable D160. Total Anzahl fakturierte Aufenthaltstage Betten: B. Plätze; Variablen B01. Langzeitaufenthalt + B02. Kurzaufenthalt + B04. Akut- & Übergangspflege
Ausbildungsleistungen Pflegefachpersonen HF/FH und FaGe/FaBe 2022–2024	in mind. 2 Jahren Erfüllung der Sollwerte für Pflegefachpersonen HF/FH und FaGe/FaBe	Sollwerte: Berechnete und publizierte Ausbildungs-Sollwerte Ausbildungsleistungen: SOMED, Variablen K199.03 (Pflegefachpersonen HF/FH), K299.03 (FaGe/FaBe)
Spezialisierte Langzeitpflege 2022–2024	bestehen Angebote der spezialisierten Langzeitpflege in mind. 2 Jahren	Selbstdeklaration im Antragstool

2. Falls das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch nach Berücksichtigung der sekundären Kriterien unklar ist, wird der Antragsteller schriftlich zur Stellungnahme aufgefordert. Der Antragsteller hat die Möglichkeit, weitere Unterlagen (Daten, Berichte usw.) einzureichen. Die Gesundheitsdirektion kann bei Bedarf gestützt auf §23 Pflegegesetz ebenfalls weitere Unterlagen bei den Antragstellern und bei den Standortgemeinden (bspw. Defizitbeiträge) anfordern.
3. Erweist sich die vom Pflegeheim eingereichte Stellungnahme als begründet, kann das Pflegeheim trotz Nichterfüllung der genannten Kriterien im Auswahlverfahren berücksichtigt werden.
4. Weist eine Pflegeheimgruppe mit mehreren Standorten nur konsolidierte Werte über die gesamte Gruppe aus, sind diese im Rahmen des Antragsverfahrens je Standort auszuweisen. Zum Beispiel müssen Pflegeheimgruppen für Standorte ohne eigene Erfolgsrechnung eine Profitcenter-Rechnung pro Standort einreichen.
5. Bei geplanten Projekten oder kürzlich eröffneten Pflegeheimen ist zudem der Businessplan einzureichen. Dieser soll Bettenzahl, Leistungserbringung, Kosten und Erträge über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren ab Inbetriebnahme aufzeigen.

### **6.13 Evaluationsverfahren: Weitere Auswahlkriterien bei prognostizierter Überversorgung**

Der Vergleich von Pflegeheimen anhand dieser weiteren Kriterien soll den Versorgungsregionen helfen, eine begründete Empfehlung zuhanden des AFG abgeben zu können. Folgende Kriterien können als Entscheidungsgrundlage beigezogen werden:

1. Verteilung der Pflegestufen des Pflegeheims über den Zeitraum der Jahre 2022–2024 (Pflegeintensität pro Jahr für die Jahre 2022–2024; Datenquelle: SOMED). Bei neuen Pflegeheimen ist das geplante Angebot über die Pflegestufen hinweg konzeptionell darzulegen.
2. Angebot an spezialisierten Langzeitbetten des Pflegeheims (Datenquelle: Angabe im Antragsverfahren bzgl. spezialisierter Langzeitbetten und entsprechende Aufnahme der spezialisierten Langzeitbetten auf die Pflegeheimliste).
3. Aufnahme von Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen durch das Pflegeheim (Datenquelle: Angabe im Antragsverfahren).

## **6.14 Leistungsspezifische Anforderungen – IFEG-Institutionen**

Die Gesundheitsdirektion kann Institutionen gemäss Bundesgesetz über Institutionen zur Förderung der Eingliederung invalider Personen (sog. IFEG-Institutionen), die im Pflegebereich tätig sind und die erforderlichen Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen erfüllen (gesamtes Heim oder Teile davon, wie bspw. eine Pflegestation oder eine Wohngruppe), auf die Zürcher Pflegeheimliste aufnehmen.

Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern dieser Heime handelt es sich um Menschen im Erwachsenenalter mit Behinderung, die stationär behandlungs- und pflegebedürftig sind.

IFEG-Institutionen, welche auf die Zürcher Pflegeheimliste aufgenommen werden wollen, müssen entweder über eine Betriebsbewilligung gemäss §25 des Gesetzes über den selbstbestimmten Leistungsbezug durch Menschen mit Behinderung (SLBG; LS 831.5) oder über eine solche gemäss §9 lit. c des Sozialhilfegesetzes (SHG; LS 851.1) verfügen. In Bezug auf die Pflegeabteilung haben sie die gesundheitspolizeilichen Vorgaben für Pflegeinstitutionen zur Erteilung einer Betriebsbewilligung zu erfüllen (vgl. Merkblatt Betriebsbewilligung für eine Pflegeinstitution [Alters- und Pflegeheim, Pflegeheim, Pflegewohnung] Zulassung für Pflege- und IFEG-Institutionen; es ist jeweils das aktuell gültige Merkblatt zu verwenden).

Bei baulichen Anpassungen der IFEG-Institution bzw. der Pflegeabteilung besteht die Möglichkeit, die Abteilung Bewilligungen & Aufsicht des Amts für Gesundheit hinzuzuziehen, um zu klären, ob das Projekt den Vorgaben für eine geplante Aufnahme auf die Pflegeheimliste grundsätzlich entsprechen würde.

## 6.15 Leistungsspezifische Anforderungen – Somatische Komplexpflge

### 1. Konzeptionelle Vorgaben

- In einem schriftlichen Konzept zur somatischen Komplexpflge sind die nachfolgenden Anforderungskriterien und deren konkrete Adressierung durch das Pflegeheim beschrieben.
- Die zuweisenden Institutionen sowie die Schnittstellenprozesse zu diesen sind definiert (Aufnahmeprozesse, Informationsflüsse usw.).
- Es besteht mindestens eine schriftliche Kooperationsvereinbarung für konsiliare Beratung mit einem akutsomatischen Spital mit entsprechendem Behandlungsangebot.

### 2. Infrastruktur

- Eine versorgungsgerechte Infrastruktur für die Bewohnenden ist sichergestellt. Die Zimmer und die medizintechnische Ausstattung gewährleisten eine einwandfreie Pflege und Betreuung von Schwerstpflegebedürftigen.
- Multifunktionsräume für Besprechungen im multiprofessionellen Team, therapeutische und soziale Aktivitäten stehen zur Verfügung.
- Den einzelnen Bewohnenden steht ein auf ihre individuelle Möglichkeit angepasstes Rufsystem (z. B. Mundbedienung) zur Verfügung.
- Die apparative Infrastruktur ist je nach Pflegebedarf respektive -komplexität der Bewohnenden vorhanden oder kann situativ beschafft oder gemietet werden. Darunter fallen beispielsweise die Gasversorgung, Beatmungsgeräte und Kommunikationsgeräte. Im Konzept bezeichnet sind die Grundausstattung sowie die Prozesse zur Wartung jener Geräte sowie die Sicherstellung der Patientensicherheit im Falle eines Ausfalles (Strom, technischer Defekt usw.).

### 3. Personal

- Die somatische Komplexpflge wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus dem Pflege- und Therapieteam, dem Arztdienst und einer fallführenden Person erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.
- Es findet regelmässig ein enger fachübergreifender Austausch innerhalb des interprofessionellen Behandlungsteams statt.
- Das interprofessionelle Behandlungsteam wird durch eine Ärztin oder einen Arzt mit relevanter Berufserfahrung oder Weiterbildung in Intensivmedizin sichergestellt.
- Mindestens 40 % des Stellenplans für die somatische Komplexpflge und pflegerische Betreuung müssen durch diplomierte Pflegefachpersonen (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome) abgedeckt sein.
- Pflegefachpersonen, die für die Pflege und Betreuung der Bewohnenden mit komplexer Pflegesituation verantwortlich sind, verfügen über die entsprechenden Fachkompetenzen, wie Blasen- und Darm-Management, Haut- und Wundmanagement, Bewegung/Kinästhetik, Atmung. Das Pflegeheim weist in einem Konzept aus, welche relevanten Ausbildungen, Fort- und Weiterbildungen bei Bewerbungen berücksichtigt und während der Anstellung gefördert werden.
- Die 24-stündige Präsenz oder Erreichbarkeit innert nützlicher Frist (i.d.R. max. 20 Minuten) einer diplomierten Pflegefachperson (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome), die über obengenannte Fachkompetenzen verfügen, ist gewährleistet.
- Eine Pflegefachperson mit Weiterbildung in Wundmanagement steht bei Bedarf zur Verfügung.
- Es besteht ein medizinterapeutisches Mindestangebot (bspw. Physiotherapie, Ergotherapie). Die entsprechenden Fachpersonen nehmen an interprofessionellen Fallbesprechungen und Rapporten teil.
- Mit dem Eintritt oder kurz danach werden die Behandlungsziele falls möglich gemeinsam mit den Bewohnenden und bei Bedarf unter Einbezug von Angehörigen festgelegt.

### 4. Fortbildungsverpflichtung

Regelmässige Weiterbildungen der diplomierten Pflegefachperson (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome) zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen sind sichergestellt. Der Nachweis eines fachspezifischen Konzepts zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal muss vorgelegt werden.

## **6.16 Leistungsspezifische Anforderungen – 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* (vgl. <https://www.qualitepalliative.ch/de/zertifizierung/kriterien/spezialisierte-stationaere-palliative-care>) zertifiziert oder befindet sich in einem laufenden Zertifizierungsprozess oder erfüllt die entsprechenden Zertifizierungskriterien gleichwohl (Strukturkriterien für die stationäre Langzeitpflege in Palliative Care, Stand Juni 2024, Kapitel 3.1 und 3.2).

## 6.17 Leistungsspezifische Anforderungen – Spezialisierte Psychiatriepflege

### 1. Konzeptionelle Vorgaben

- In einem schriftlichen Konzept zur spezialisierten Psychiatriepflege sind die nachfolgenden Anforderungskriterien und deren Adressierung durch das Pflegeheim beschrieben.
- Die Schnittstellenprozesse zu zuweisenden und nachgelagerten Institutionen (z. B. psychiatrische Akutkliniken, Psychiatriespitex, Sozialdienste Gemeinden, Justizvollzug) sind definiert (Aufnahmeprozesse, Informationsflüsse, Notfallkonzept usw.).
- Im schriftlichen Konzept zur spezialisierten Psychiatriepflege werden das Behandlungskonzept (einschliesslich Tagesgestaltung), Massnahmen zur Suizidprävention, der Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen, Massnahmen zur Gewaltprävention und zum Umgang mit Gewaltereignissen im Pflegeheim schriftlich beschrieben. Die entsprechenden konzeptionellen Vorgaben sind in der Institution implementiert.

### 2. Infrastruktur

- Die Unterbringung von Bewohnenden erfolgt wenn immer möglich in Einbettzimmern, höchstens in Zweibettzimmern.
- Multifunktionsräume für Besprechungen im multiprofessionellen Team, therapeutische und soziale Aktivitäten stehen zur Verfügung.
- Das Pflegeheim verfügt über ein angemessenes Sicherheitskonzept.

### 3. Personal

- Die spezialisierte Psychiatriepflege wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus dem Pflege- und Therapieteam, dem fachärztlichen Dienst und einer fallführenden Person erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.
- Es findet regelmässig ein enger fachübergreifender Austausch innerhalb des interprofessionellen Behandlungsteams statt.
- 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 Liasionsdienst sichergestellt.
- Pro 15 bewilligte Betten der spezialisierten Psychiatriepflege muss eine diplomierte Pflegefachperson (HF/FH) über eine anerkannte fachspezifische Weiterbildung in psychiatrischer Pflege verfügen (bspw. CAS, NDK, DAS). Zusätzlich ist eine Stellvertretung zu bezeichnen, die über vergleichbare Qualifikationen verfügt oder bereit ist, diese innerhalb des ersten Anstellungsjahres zu erlangen.
- Die 24-stündige Präsenz oder Erreichbarkeit innert nützlicher Frist (i.d.R. max. 20 Minuten) der Pflegefachpersonen, die über oben genannte Fachkompetenzen verfügen, ist gewährleistet.
- Es finden regelmässig Fall- und Team-Supervisionen durch eine externe Fachperson statt (mit Facharztstitel Psychiatrie oder eidg. Anerkennung Psychotherapie).
- Das spezialisierte Pflegeheim verfügt über einen Sozialdienst.

### 4. Fortbildungsverpflichtung

- Regelmässige Weiterbildungen der diplomierten Pflegefachperson (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome) zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen sind sichergestellt. Der Nachweis eines fachspezifischen Konzepts zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal muss vorgelegt werden.

## **6.18 Leistungsspezifische Anforderungen – Akut- und Übergangspflege**

### **1. Konzeptionelle Vorgaben**

- In einem schriftlichen Konzept zur AÜP sind die nachfolgenden Anforderungskriterien und deren Adressierung durch das Pflegeheim beschrieben.
- Die Organisation im Pflegeheim sowie die Schnittstellen zwischen den zuweisenden Stellen und den verantwortlichen Stellen im Pflegeheim sind so definiert und ausgerichtet, dass eine flexible und rasche Aufnahme von Spitalpatientinnen und -patienten innerhalb von 48 Stunden möglich ist.

### **2. Infrastruktur**

- Die Leistungen der AÜP werden auf einer designierten Abteilung oder klar zugewiesenen Betten für AÜP erbracht.

### **3. Personal**

- Die AÜP wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus dem Pflege- und Therapieteam, dem Arztdienst und einer fallführenden Person erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.
- Das interprofessionelle Behandlungsteam wird durch eine Ärztin oder einen Arzt geleitet und diese respektive dieser klärt die aktuelle Situation innert dreier Tage nach Eintritt ab. Dabei werden die Behandlungsziele gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten sowie bei Bedarf unter Einbezug von Angehörigen festgelegt.
- An den Werktagen findet täglich mindestens ein Therapieangebot statt (med. Therapien: z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Gruppentherapie). An den Wochenenden werden täglich Pflegetrainings durchgeführt.
- Die Fallführung vom Eintritt bis zum Austritt beziehungsweise bis zur Verlegung übernimmt die fallführende Person. Diese
  - 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 (z. B. 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 (z. B. Überweisungsberichte von Pflege und Arztdienst) und Therapieergebnissen des Behandlungsteams.

### **4. Fortbildungsverpflichtung**

- Regelmässige Weiterbildungen der diplomierten Pflegefachperson (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome) zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen sind sichergestellt. Der Nachweis eines fachspezifischen Konzepts zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal muss vorgelegt werden.





# 7

## **Glossar und Verzeichnisse**

**7.1 Glossar und Abkürzungsverzeichnis**

**7.2 Abbildungsverzeichnis**

# 7. Glossar und Verzeichnisse

## 7.1 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung/Stichwörter/Symbole	Bezeichnung/Erläuterung
Abs.	Absatz
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
Art.	Artikel
ARTISET Zürich	Branchenverband der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf im Kanton Zürich
ASPS	Association Spitex privée Suisse
AÜP	Akut- und Übergangspflege
BFS	Bundesamt für Statistik
bspw.	beispielsweise
Bst.	Buchstabe(n)
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heisst
EL	Ergänzungsleistungen
E-VO Pflegeplanung	Entwurf der Verordnung über die Planung der stationären Pflegeversorgung
f.	folgend(e)
ff.	fortfolgend(e)
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
GeKoZH	Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich
GesG	Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (LS 810.1)
ggf.	gegebenenfalls
GPV	Verband der Gemeindepräsidien des Kantons Zürich
i.d.R.	in der Regel
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, welche für die Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt wird.
IFEG	Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen
Indikation	Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für die Patientin oder den Patienten) sinnvoll ist
inkl.	inklusive
IV	Invalidenversicherung
Kantonaler Leistungsauftrag	Die Aufnahme auf die Pflegeheimliste stellt einen kantonalen Leistungsauftrag dar und ermöglicht den Leistungserbringern die Abrechnung ihrer Leistungen zulasten der OKP. Pflegeheime, die nicht auf der Pflegeheimliste geführt werden, haben somit keine Berechtigung zur Abrechnung ihrer Leistungen zulasten der OKP und können auch keine Restkosten gemäss § 9 Abs. 4 oder § 15f. des Pflegegesetzes mit den Wohnsitzgemeinden der Bewohnenden abrechnen. An den Finanzierungsgrundsätzen gemäss Pflegegesetz ändert sich durch die Aufnahme auf die Pflegeheimliste nichts.
KLV	Krankenpflegeleistungs-Verordnung vom 29. September 1995 (SR 832.112.31)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)

Abkürzung/Stichwörter/Symbole	Bezeichnung/Erläuterung
Leistungsvereinbarung	Im Kanton Zürich haben die Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre Pflegeversorgung zu sorgen. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen (mittels Leistungsvereinbarung) von Dritten betriebene Pflegeheime (§ 5 Abs. 1 Pflegegesetz). Eine Leistungsvereinbarung gilt auf kommunaler Ebene und ist vom kantonalen Leistungsauftrag abzugrenzen.
lit.	Litera
VZK (NZZP)	Netzwerk Zürcher Pflegezentren VZK (Verband Zürcher Krankenhäuser)
Nr.	Nummer
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Perzentil	Während bei einem Durchschnittswert alle Werte berücksichtigt werden und somit wenige Extremwerte den Durchschnitt erheblich anheben können, wird bei Perzentilen die Verteilung in 100 gleich grosse Teile unterteilt. Das 25. Perzentil gibt an, dass 25% aller Fälle der Verteilung unterhalb dieses Werts liegen.
Pflegetage	Die Pflegetage beziehen sich auf die erbrachten beziehungsweise beanspruchten Pflegetage innerhalb eines Datenjahres, ungeachtet des Ein- und Austritts der Patientin oder des Patienten.
RRB	Regierungsratsbeschluss
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
senesuisse	Zusammenschluss wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen der Schweiz
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres.
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
Versorgungsregion	Um eine für alle Regionen im Kanton Zürich bedarfsgerechte stationäre Pflegeversorgung sicherzustellen, erfolgt die Planung der Pflegeheimbetten in funktionalen Räumen, den sogenannten Versorgungsregionen.
vgl.	vergleiche
VKL	Verordnung vom 3. Juli 2007 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104)
z. B.	zum Beispiel
ZH	Zürich
Zürcher Wohnbevölkerung	Der Begriff «Zürcher Wohnbevölkerung» steht dafür, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb des Kantons Zürich berücksichtigt sind. Demzufolge wird der Bedarf beziehungsweise die Nachfrage anhand der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner, deren zivilstandsmässiger Wohnort im Kanton Zürich ist, ausgewiesen; unabhängig davon, in welchem Pflegeheim (inner- oder ausserkantonal) die Bewohnenden wohnhaft sind. Die im Kanton Zürich wohnhaften ausserkantonalen Pflegeheimbewohnenden berücksichtigt dieser Begriff nicht.
%	Prozent
§	Paragraf
>, ≥	grösser als ..., grösser oder gleich
<, ≤	kleiner als ..., kleiner oder gleich

## 7.2 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Schematische Übersicht der Finanzierung von Leistungen eines Pflegeheims	<b>11</b>
<b>Abbildung 2:</b> OKP-Beiträge Pflegeleistungen pro Tag	<b>12</b>
<b>Abbildung 3:</b> AÜP-Tarife für Pflegeleistungen im Kanton Zürich	<b>13</b>
<b>Abbildung 4:</b> Etappen des Projekts Pflegeheimbettenplanung 2027	<b>15</b>
<b>Abbildung 5:</b> 18 Versorgungsregionen	<b>21</b>
<b>Abbildung 6:</b> Beispiel der neuen Zürcher Pflegeheimliste 2027	<b>23</b>
<b>Abbildung 7:</b> Konzeptualisierung der Angebote der spezialisierten Langzeitpflege	<b>25</b>
<b>Abbildung 8:</b> Betriebene Betten im Kanton Zürich 2022	<b>32</b>
<b>Abbildung 9:</b> Vergleich der Wohnbevölkerung ab Alter 65 Jahre 2013 vs. 2022, nach Altersgruppen	<b>33</b>
<b>Abbildung 10:</b> Verteilung der Zürcher Wohnbevölkerung, nach Altersgruppe, 2022	<b>34</b>
<b>Abbildung 11:</b> Bevölkerungsentwicklung ab Alter 65 Jahre im Kanton Zürich, nach Altersgruppe, 2022–2045	<b>35</b>
<b>Abbildung 12:</b> Betriebene Langzeitbetten im Kanton Zürich 2022: mit und ohne potenzielle spezialisierte Pflegeheime	<b>36</b>
<b>Abbildung 13:</b> Bettenbestand Langzeit 2015 vs. 2022	<b>37</b>
<b>Abbildung 14:</b> Inanspruchnahmerate von Pflegebetten der Zürcher Bevölkerung ab Alter 65 Jahre im Jahr 2022	<b>38</b>
<b>Abbildung 15:</b> Entwicklung der Inanspruchnahmerate der Pflegebetten der Bevölkerung schweizweit und Kanton Zürich ab Alter 65 Jahre und ab Alter 80 Jahre, 2012–2022	<b>39</b>
<b>Abbildung 16:</b> Entwicklung des Anteils der nicht oder leicht pflegebedürftigen Bewohnenden ab Alter 65 Jahre in Pflegeheimen (max. 40 Min. Pflege pro Tag)	<b>42</b>
<b>Abbildung 17:</b> Durchschnittliche Wanderungssaldi prozentual nach Versorgungsregion	<b>43</b>
<b>Abbildung 18:</b> Anzahl Pflegebetten und kumulierte, regionale Planungsbandbreiten für den Kanton Zürich, 2030–2040	<b>44</b>
<b>Abbildung 19:</b> Schematische Darstellung des zukünftigen Planungsmechanismus	<b>45</b>
<b>Abbildung 20:</b> Regionale Planungsbandbreiten der allgemeinen Langzeitpflege für die Planungsperiode 2027–2030	<b>46</b>
<b>Abbildung 21:</b> Kennzahlen der IFEG-Institutionen mit Pflegebetten	<b>48</b>
<b>Abbildung 22:</b> Kantonale Planungsbandbreiten der spezialisierten Langzeitpflege für die Planungsperiode 2027–2030	<b>49</b>
<b>Abbildung 23:</b> Anzahl Bewohnende und Pflagetage AÜP pro Pflegeheim	<b>50</b>
<b>Abbildung 24:</b> Schematische Darstellung der unterschiedlichen Antragstypen	<b>54</b>
<b>Abbildung 25:</b> Übersicht Evaluationsprozess	<b>55</b>
<b>Abbildung 26:</b> Primäre Kriterien	<b>59</b>
<b>Abbildung 27:</b> Sekundäre Kriterien	<b>59</b>



