

Pflegereport 2024



Inhalt

1	Das Wichtigste in Kürze	3
2	Reformvorschläge von santésuisse.....	4
3	Einleitung.....	5
4	Leistungskategorien in der Langzeitpflege.....	6
5	Datengrundlagen und Datenqualität.....	7
6	Kosten für Pflege, Betreuung und Hotellerie	8
7	Entwicklung der Vergütung der Pflegekosten	10
8	Finanzierung der Pflege	11
8.1	Einführung der neuen Pflegefinanzierung.....	11
8.2	OKP-Beiträge.....	12
8.3	Pflegebedarfserfassungsinstrumente in Pflegeheimen.....	14
8.4	Entwicklung der OKP-Beiträge	16
8.5	Entwicklung Prämienbelastung.....	17
9	Einflussfaktoren der vergüteten Pflegeleistungen	18
10	Nachfrage nach Pflege	19
10.1	Struktur der Klientinnen und Klienten	19
10.2	Entwicklung Pflegebedarf.....	20
10.3	Verteilung OKP-Beiträge	22
11	Angebot an Pflege.....	22
11.1	Anbieter von Pflege.....	23
11.2	Pflegepersonal	24
12	Trends in der Pflege	26
12.1	Ambulantisierung.....	26
13	Quellen	30
14	Anhang 1	31
15	Anhang 2	32

1 Das Wichtigste in Kürze

Pflegekosten auf Rekordniveau

Die Pflegekosten belasten das Gesundheitswesen immer stärker. Bis im Jahr 2022 sind die Ausgaben auf 6,5 Milliarden Franken gestiegen. Immer grösser und teurer wird das Angebot im Spitex-Bereich, wo die Zahl der Leistungserbringer von 2011 bis 2022 um 92 Prozent zugenommen hat. Handlungsbedarf sieht santésuisse auch bei der Ermittlung des Pflegebedarfs. Besonders in der Westschweiz kommt die Pflege die Prämienzahler teuer zu stehen. Patientinnen und Patienten werden dort generell höher eingestuft als in anderen Kantonen, da mit drei verschiedenen Erfassungssystemen gearbeitet wird.

Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 haben die Pflegeleistungen in der Schweiz massiv zugenommen. Bis im Jahr 2022 stiegen die Kosten in Pflegeheimen um 42 Prozent auf rund 4,5 Milliarden Franken, bei der Pflege zu Hause sogar um 124 Prozent auf rund 2 Milliarden Franken. Den grössten Teil der Kosten bezahlen die Krankenversicherer über die OKP: Fast 3,4 Milliarden Franken waren es im Jahr 2022 – und damit 41 Prozent mehr als 2011. Der Rest ging zulasten der Kantone (2,4 Milliarden Franken) sowie der Patientinnen und Patienten (752 Millionen Franken). Mit der Umsetzung der Pflegeinitiative sowie der Einführung der Einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) droht der nächste Kostenschub. Gefordert sind daher griffige Sparmassnahmen von Bund, Politik sowie den weiteren Akteuren des Gesundheitswesens.

Deutlicher Trend: Immer mehr Pflege zu Hause statt im Heim

Stark ausgebaut wurde das Angebot im Bereich Pflege zu Hause. Im Jahr 2011 waren erst 1410 Leistungserbringer registriert, bis 2022 stieg diese Zahl auf 2708 (Plus 92 Prozent). Dagegen ging die Zahl der Pflegeheime im selben Zeitraum leicht zurück (von 1585 auf 1485 Anbieter). Gleichzeitig werden die Klientinnen und Klienten immer älter. Über die Hälfte der OKP-Leistungen in Pflegeheimen nehmen inzwischen Personen im Alter von über 85 Jahren in Anspruch. Im Bereich Pflege zu Hause fallen mehr als die Hälfte der Pflegebeiträge bei Personen im Alter von über 80 Jahren an.

Pflegebedarf ungleich erfasst: Patienten in Westschweiz werden höher eingestuft

Um den Pflegebedarf von Patientinnen und Patienten ermitteln zu können, setzen die Pflegeheime auf drei Pflegebedarfs-Erfassungssysteme. Die Pflegeheime der Deutschschweizer Kantone sowie der Kantone Wallis, Freiburg und Tessin vertrauen auf BESA oder RAI-RUG, die Kantone Waadt, Neuenburg, Genf und Jura auf Plaisir. Auswertungen von santésuisse zeigen: Jene Kantone, die mit Plaisir arbeiten, erreichen bei Patienten im Schnitt eine deutlich höhere Pflegebedarfsstufe, womit die OKP noch stärker belastet wird. Für santésuisse eine unhaltbare Situation. Es ist nicht einzusehen, warum Personen mit objektiv gleichem Pflegebedarf in einigen Kantonen deutlich mehr Zeit beanspruchen (und vergütet erhalten) als in anderen.

Vergleich mit Ausland zeigt: Schweiz steht bei Pflegepersonal sehr gut da

In kaum einem anderen Land arbeiten so viele Personen in der Pflege wie in der Schweiz: Werden diplomierte Pflegefachpersonen und Fachleute Gesundheit und Betreuung zusammen betrachtet, liegt die Schweiz im internationalen Vergleich an zweiter Stelle hinter Norwegen – mit 17,0 Pflegefachpersonen pro 1000 Einwohner. Der vielzitierte Mangel an Pflegepersonal lässt sich auch dann nicht festhalten, wenn der Faktor Teilzeitarbeit mit einbezogen wird. Auch dann ist die Schweiz im internationalen Vergleich weit vorne mit dabei. Wichtig auch: Gemessen an Vollzeitäquivalenten ist das Pflegepersonal in Pflegeheimen seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung nahezu stabil geblieben. Im Bereich Pflege zu Hause stieg die Zahl hingegen stark an, insgesamt um 37 Prozent.

2 Reformvorschläge von santésuisse

Dringende Massnahmen für die Pflege

- Alle Akteure müssen dafür sorgen, dass die finanzielle Belastung für die Grundversicherung nicht noch weiter steigt. Für eine sachgerechte Tarifierung ist es wichtig, die Datengrundlage im Hinblick auf die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) zu verbessern.
- Die Pflegeheim-Planung soll überregional und überkantonal erfolgen. Bevor neue Bettenkapazitäten geschaffen werden, müssen die Kantone ihre Koordinationspflicht erfüllen und prüfen, ob tatsächlich Bedarf besteht.
- In stationären Einrichtungen muss der Pflegebedarf einheitlich erfasst werden. Es darf nicht sein, dass ein Pflegebedarfssystem verwendet wird, das offensichtlich einen zu hohen Pflegebedarf ermittelt. Zudem dürften Personen nicht aufgrund ihres Wohnortes unterschiedlich eingestuft werden. Die drei Pflegebedarfs-Erfassungsinstrumente sind nun endlich zu harmonisieren.
- Es braucht eine Diskussion zu Möglichkeiten, Finanzierung und Leitplanken der Angehörigenpflege, um den starken Kostenanstieg zu dämpfen. Generell ist zu überdenken, ob bzw. in welchem Rahmen Angehörigenpflege über die Grundversicherung finanziert werden soll.
- Die Datenlage in der ambulanten Pflege muss dringend verbessert werden. Ähnlich wie bei Pflegeheimen muss eine Kostenrechnung vorliegen, die zeigt, wie hoch der Pflege- und Betreuungsaufwand je nach Leistungsbereich effektiv ist.

3 Einleitung

Die Langzeitpflege beschäftigt die Öffentlichkeit, die Politik und die Medien. Denn jeder und jede ist einmal darauf angewiesen, die richtige Pflege am richtigen Ort zu erhalten. Diese Leistungen sind der Bevölkerung besonders wichtig, was beispielsweise dazu führte, dass die Pflegeinitiative von Volk und Ständen angenommen wurde. Sie führt dazu, dass das selbständig tätige Pflegepersonal Leistungen direkt – ohne ärztliche Anordnung – zu lasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) abrechnet. Dass dies auch auf der Kostenseite zu Buche schlägt, ist offensichtlich. Ein weiterer Kostentreiber ist die Pflege von Angehörigen, die von immer mehr Spitexbetrieben angeboten werden. Oft spezialisieren sich solche Firmen auf diese Angebote und liefern gleich ein Erwerbsmodell mit, mit dem die Angehörigen bei ihnen angestellt werden. Ein Teil der Abgeltungen für die Pflege kommt diesen Angehörigen zu Gute. Schliesslich hat das Parlament Ende 2023 entschieden, die Pflege künftig nach einem einheitlichen Vergütungsteiler zu finanzieren. Dies sind beispielhaft Entscheide und Entwicklungen in der Langzeitpflege, die sich direkt auf die Kosten in der Grundversicherung und damit auch auf die Prämien auswirken.

Der vorliegende Pflegereport soll es den Leserinnen und Lesern ermöglichen, sich rasch einen Überblick über die Situation in der Langzeitpflege zu verschaffen. Grundlage dafür bilden Studien, Zahlen und Fakten des Bundesamtes für Statistik, des Bundesamtes für Gesundheit, des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, der Krankenversicherer und Kantone. Die Qualität dieser Daten ist sehr unterschiedlich und in vielen Bereichen nicht vollständig verfügbar.

4 Leistungskategorien in der Langzeitpflege

In der Pflege wird grundsätzlich zwischen temporär anfallender Pflege in den Spitälern und der Langzeitpflege unterschieden. Die Langzeitpflege wird stationär im Pflegeheim oder ambulant durch die Spitex oder Pflegefachpersonen zu Hause erbracht.

Abbildung 1 enthält eine Übersicht über die verschiedenen anfallenden Leistungen im Pflegeheim und in der Pflege zu Hause. Abzugrenzen von der eigentlichen Pflege, die im Gesetz über die Krankenpflegeversicherung definiert ist (KVG-pflichtige Pflege), ist die Betreuung, die Hotellerie sowie die Haushaltführung und -hilfe.

Abbildung 1: Übersicht Leistungskategorien im Pflegeheim und zu Hause



Quelle: Darstellung santésuisse.

Die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen sind gesetzlich definiert, folgende Massnahmen sind von den Kostenträgern gemäss KVG zu übernehmen (Art. 7 Abs. 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV):

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination
- Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (z.B. Messung von Vitalzeichen, Einführung von Sonden und Kathetern, Verabreichung von Medikamenten usw.)
- Massnahmen der Grundpflege (z.B. Kompressionsstrümpfe anlegen, Bewegungsübungen, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, Hilfe beim Essen und Trinken usw.)

Die Kostenträger finanzieren Pflegeleistungen, für die eine ärztliche Anordnung und ein ausgewiesener Pflegebedarf vorliegen. Die Pflegeleistungen werden entweder im Pflegeheim¹, zu Hause durch die Spitex² oder durch selbständig tätige Pflegefachpersonen³ erbracht. Als Folge der Annahme der Pflegeinitiative ist das Vorliegen einer ärztlichen Anordnung künftig keine Voraussetzung mehr dafür, dass die Kostenträger die Pflegeleistungen

1 Gemäss kantonaler Pflegeheimliste

2 KVG anerkannte Spitex-Organisationen

3 KVG anerkannte Pflegefachpersonen

übernehmen. Neu kann die Spitex oder die selbständig tätige Pflegefachperson die Pflegeleistungen direkt – also ohne ärztliche Anordnung – abrechnen.

Für die Pflegeheime relevant sind zudem die sogenannten Nebenleistungen, die Patientinnen und Patienten im Pflegeheim oder zu Hause in Anspruch nehmen, die aber nicht zur KVG-pflichtigen Pflege zählen. Diese Nebenleistungen werden ebenfalls von den Kostenträgern übernommen, sofern die Bedingungen gemäss KVG erfüllt sind.

Zu solchen Nebenleistungen gehören zunächst ärztliche oder therapeutische Behandlungen. Diese Leistungen werden in der Regel über separate Tarife und über die jeweils zuständigen Leistungserbringer wie Ärzte oder Physiotherapeuten verrechnet. Gemäss Rechtsprechung⁴ besteht aber auch die Möglichkeit, dass Pflegeheime diese medizinischen Nebenleistungen selber erbringen und abrechnen.

Ebenfalls zu den Nebenleistungen zählen neu bestimmte Produktkategorien der Mittel- und Gegenstände. Mittel- und Gegenstände, die während eines Pflegeheimaufenthalts oder von der Pflege zu Hause angewandt werden, können seit 1. Oktober 2021 von den Pflegeheimen und der Pflege zu Hause unter bestimmten Voraussetzungen mit einem separaten Tarif⁵ verrechnet werden (Art. 25a Abs. 1 KVG).

Betreuungsleistungen in den Pflegeheimen und der Pflege zu Hause gehören nicht zu den versicherten Leistungen nach KVG. Auch die Hotellerieleistung in den Pflegeheimen oder die Haushaltführung und -hilfe der Pflege zu Hause zählen nicht zu den Leistungen nach KVG.

5 Datengrundlagen und Datenqualität

Die Daten, welche den Auswertungen des vorliegenden Berichts zugrunde liegen, stammen von unterschiedlichen Institutionen. Sowohl das Bundesamt für Statistik (BFS), das Bundesamt für Gesundheit (BAG), das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN), die Krankenversicherer als auch die Kantone verfügen über Daten zur KVG-pflichtigen Pflege, zur Betreuung oder zur Hotellerie.

In Anhang 2 werden diese Institutionen und die in diesem Bericht verwendeten Statistiken aufgeführt sowie die Datenschwächen beschrieben.

- Aufgrund der neuen Pflegefinanzierung ist die Aussagekraft der Daten insbesondere im Einführungsjahr 2011 beschränkt. So wurden die von Krankenversicherern, Kantonen und Patienten geleisteten Pfl egetaxen noch zu ungenau erfasst, wodurch die Finanzierungsanteile der Kostenträger nur mit grosser Vorsicht zu interpretieren sind.
- Festzustellen ist auch, dass die statistische Datensituation bei den Pflegeheimen etwas besser ist als diejenige der Pflege zu Hause. Für die Pflege zu Hause fehlen beispielsweise differenzierte Informationen zu den Gestehungskosten der Pflege.
- Zudem führen Abgrenzungsprobleme zwischen nicht KVG-pflichten Betreuungsleistungen und KVG-pflichtigen Pflegeleistungen zu einer fehlerhaften Datenerfassung durch die Institutionen und damit zu Unsicherheiten in Bezug auf das Leistungsvolumen der KVG-pflichten Pflege.

4 BVGE 2015/52 vom 2. Juli 2015

5 Höchstvergütungsbetrag Pflege (HVB Pflege)

- Zuletzt zeigt ein Vergleich der verschiedenen Datenquellen, dass diese teilweise nicht deckungsgleich sind. So weichen die vom BFS in der Somed und Spitex-Statistik ausgewiesenen Pflegeleistungen der Krankenversicherer stark von den Angaben im Datenpool von SASIS ab.

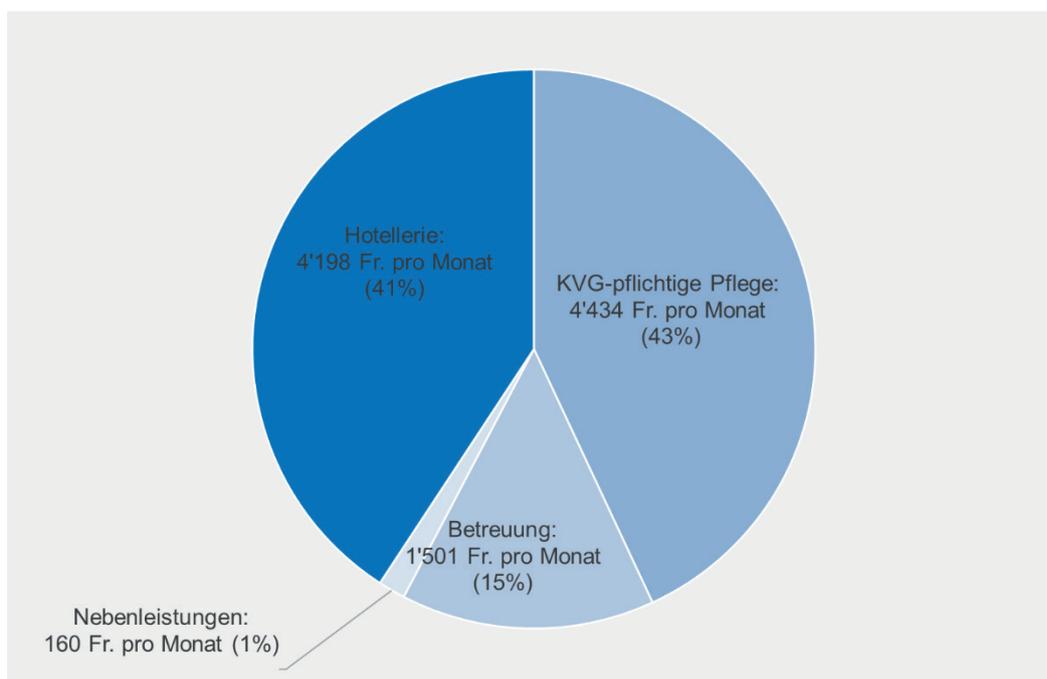
Obwohl also zahlreiche Datenquellen für Informationen zur KVG-pflichtigen Pflege, Betreuung und Hotellerie zur Verfügung stehen, ist die Datenverfügbarkeit lückenhaft und die Datenqualität in vielen Bereichen mangelhaft.

6 Kosten für Pflege, Betreuung und Hotellerie

Werden Leistungen in den Pflegeheimen und in der Pflege zu Hause bereitgestellt, entstehen bei den Leistungserbringern Gestehungskosten⁶.

Die Abbildung 2 stellt die monatlichen Gestehungskosten nach Leistungskategorie im Pflegeheim dar. In der KVG-pflichtigen Pflege (43%) und in der Hotellerie (41%) entfallen die höchsten monatlichen Kosten. Die Betreuungskosten belaufen sich auf 15 Prozent. Vernachlässigbar klein ist der Kostenanteil von Nebenleistungen⁷ (1%).

Abbildung 2: Monatliche Gestehungskosten pro Patientin oder Patient im Pflegeheim nach Leistungskategorie 2022 (30 Aufenthaltstage)



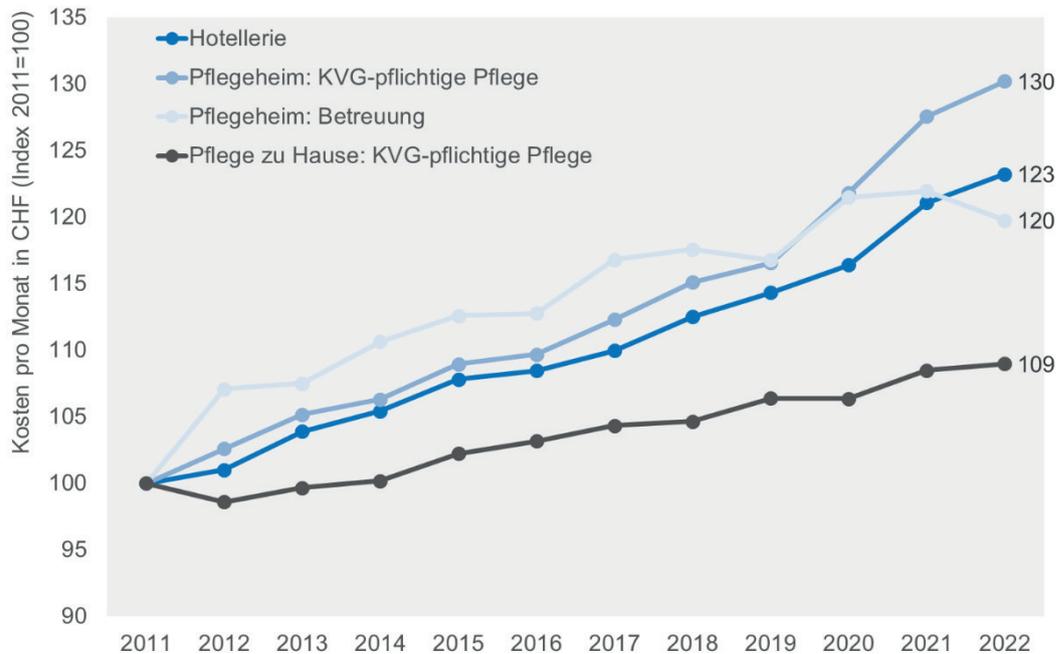
Quelle: BFS – Somed.

⁶ Mit Gestehungskosten sind die «Betriebskosten» (z.B. Personalkosten) der Pflegeheime und der Pflege zu Hause gemeint, welche bei der Pflege, Betreuung, der Hotellerie sowie bei der Haushaltführung und –hilfe entstehen.

⁷ Bei den Nebenleistungen handelt es sich um Kosten von medizinischen Nebenleistungen, die durch Therapien, Ärzte, Medikamente und Mittel- und Gegenstände entstehen. Gemäss BVGE 2015/52 vom 2. Juli 2015 dürfen medizinische Nebenleistungen von Pflegeheimen selbst erbracht und abgerechnet werden.

Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der monatlichen Gesteungskosten aufgeschlüsselt nach Leistungskategorie⁸. Am stärksten sind seit 2011 die KVG-pflichtigen Pflegekosten im Pflegeheim gewachsen (+30%). Ein geringeres Wachstum ist hingegen bei den KVG-pflichtigen Pflegekosten im Bereich der Pflege zu Hause zu beobachten (+9%). Die Hotelleriekosten (+23%) und die Betreuungskosten im Pflegeheim (+20%) haben sich ähnlich entwickelt.

Abbildung 3: Entwicklung der monatlichen Kosten im Pflegeheim nach Leistungskategorie sowie der monatlichen Erträge der Pflege zu Hause



Quelle: BFS – Somed. Anmerkungen: 1) Bei den Pflegeheimen handelt es sich um die Entwicklung der monatlichen Kosten eines Patienten oder einer Patientin bei 30 Aufenthaltstagen. 2) Bei der Pflege zu Hause handelt es sich um eine Annäherung an die Kosten, da die Erträge nach Leistungskategorie in der Spitex-Statistik nicht erfasst werden. Dargestellt wird die Entwicklung des monatlichen Ertrags aus der Langzeitpflege der Pflege zu Hause bei einer Patientin oder einem Patienten mit einer Pflegestunde pro Woche (Infras, 2018).

Bei den Pflegeheimen sind die Kosten, die in den verschiedenen Leistungskategorien anfallen, bekannt und werden erfasst. Für die Pflege zu Hause wird im Gegensatz zur Pflege in Pflegeheimen keine öffentlich verfügbare Kostenrechnung erstellt, die den effektiven Aufwand nach Leistungskategorien aufzeigt. Daher können die Kosten der Pflege zu Hause nicht aufgeschlüsselt nach den Leistungskategorien aufgezeigt werden.

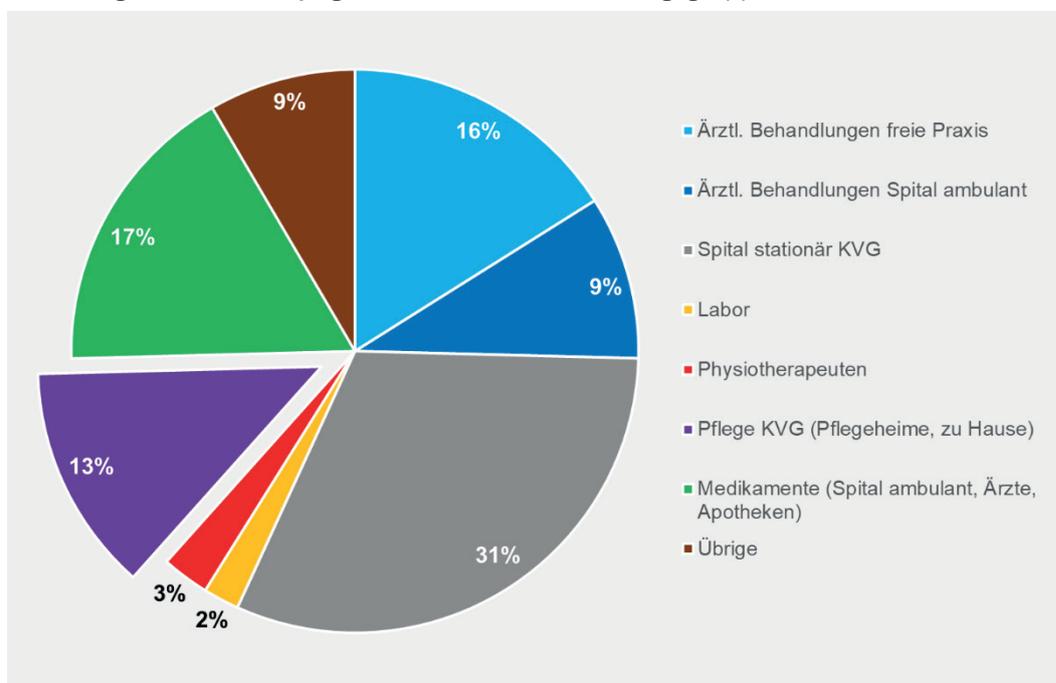
Der vorliegende Bericht geht in erster Linie auf die KVG-pflichtige Pflege (fortfolgend Pflege) im Pflegeheim und in der Pflege zu Hause ein. Wo es die Datenlage erlaubt und wo als Ergänzung sinnvoll, wird auch auf Themen der Betreuung und Hotellerie eingegangen.

7 Entwicklung der Vergütung der Pflegekosten

Die Kosten der Pflege werden von der Krankenversicherung, den Kantonen und Gemeinden sowie von den Patientinnen und Patienten getragen⁹. Eine nähere Beschreibung der Finanzierung der Pflegekosten ist im Kapitel 8 zu finden. Um einen Gesamtüberblick über die Bedeutung der von den drei Kostenträgern entschädigten Pflegekosten sowie deren Entwicklung zu gewinnen, wird nachfolgend auf die gesamte, von allen drei Akteuren finanzierte, Pflege eingegangen.

In der Abbildung 4 sind die Anteile der verschiedenen Leistungsgruppen an den gesamten entschädigten Leistungen nach KVG ersichtlich. Der grösste Anteil an den KVG-Leistungen haben die spital-stationären Leistungen (Krankenversicherer und Kanton) mit 31 Prozent. Es folgen die Medikamente (17%) sowie die ärztlichen Behandlungen in freier Praxis (16%). Gleich anschliessend folgt die Pflege, die mit 13 Prozent ebenfalls zu den grössten Leistungsgruppen zählt.

Abbildung 4: Anteil der Pflege und von weiteren Leistungsgruppen zulasten KVG im Jahr 2022

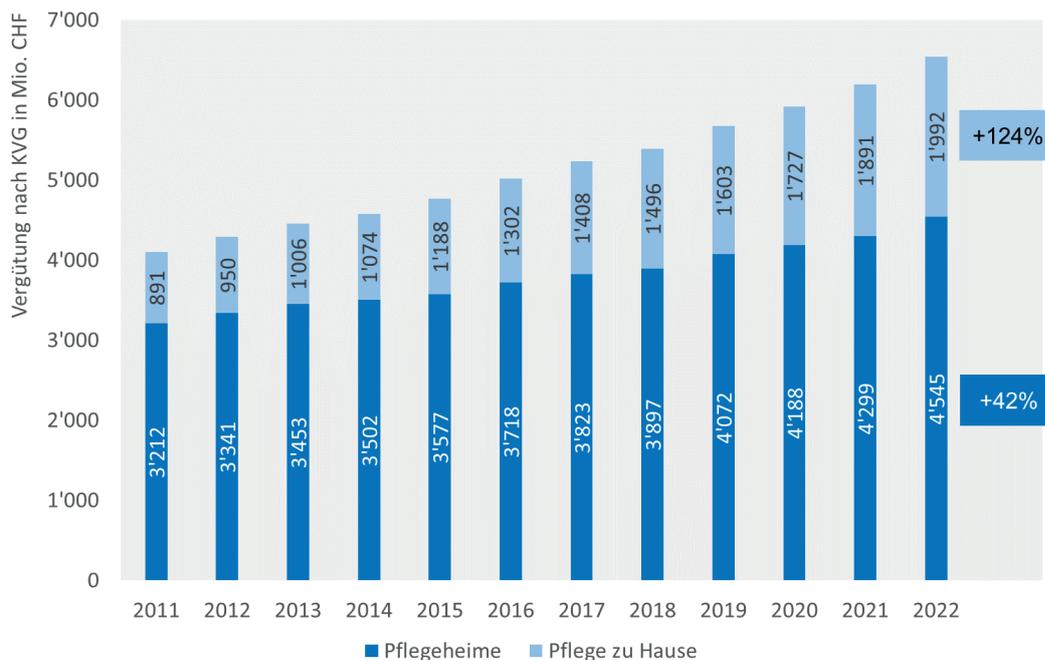


Quelle: BFS – Somed. BFS – Spitex-Statistik. SASIS – Datenpool. Monatsdaten nach Wohnkanton und Geschäftsdatum. Eigene Berechnung und Darstellung santésuisse.

Die Abbildung 5 zeigt die Entwicklung der Pflege seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011. Seit dem Jahr 2011 haben sich die vergüteten Pflegeleistungen im Pflegeheim um 42 Prozent erhöht und betragen im Jahr 2022 rund 4,5 Mia. Franken. Im Vergleich zu den Pflegeheimen ist das Wachstum der Pflege zu Hause stärker. Seit dem Jahr 2011 sind die vergüteten Pflegeleistungen um rund 124 Prozent angestiegen und belaufen sich im Jahr 2022 auf rund 2,0 Mia. Franken.

⁹ Die Pflegekosten werden durch die Krankenversicherung, die öffentliche Hand und von den Patient/innen getragen. Es können Deckungslücken entstehen, falls die Restkostenfinanzierung der Kantone und Gemeinden die Kosten der Pflege nicht vollständig deckt.

Abbildung 5: Entwicklung der Vergütung der Pflegekosten



Quelle: BFS – Somed. BFS – Spitex-Statistik.

8 Finanzierung der Pflege

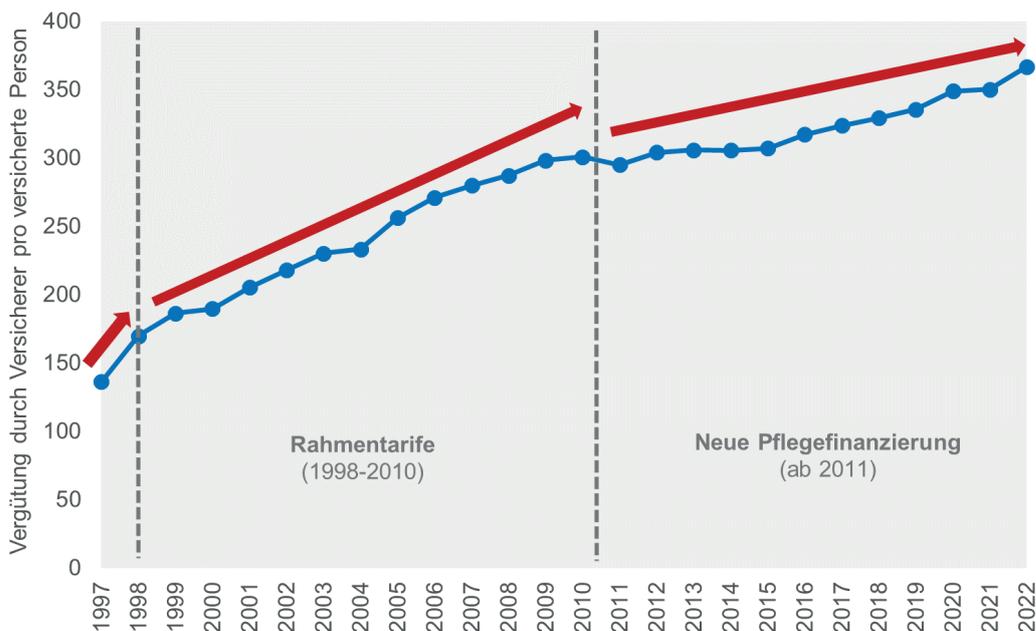
8.1 Einführung der neuen Pflegefinanzierung

Die obligatorische Leistungspflicht der Krankenversicherer bei Pflegeleistungen wurde mit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 eingeführt. Bei Einführung der obligatorischen Leistungspflicht finanzierten die Krankenversicherer die Pflegeleistungen nach dem Vollkostendeckungsprinzip. Dies hatte eine zunehmende Belastung der Krankenpflegeversicherung zur Folge. Eine Entlastung der Krankenversicherer im Bereich der Pflegeleistungen war aufgrund der demografischen Entwicklung nicht absehbar.

Mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 wurde daher u.a. beabsichtigt, die finanzielle Belastung der Krankenpflegeversicherung und der Patienten zu begrenzen (Art. 25a KVG). Mit Einführung der neuen Pflegefinanzierung zahlen die Krankenversicherer nur noch einen Beitrag an die Pflegekosten (fortfolgend: OKP-Beitrag) und decken nicht mehr die vollen Kosten. Die Patienten übernehmen maximal 23.04 Franken (20 Prozent des höchsten Pflegebeitrags)¹⁰. Die Kantone übernehmen die Finanzierung der restlichen Pflegekosten.

¹⁰ Verschiedene Kantone haben den Patientenbeitrag insbesondere bei der Spitex zu ihren eigenen Lasten und im Rahmen ihrer KVG-Kompetenz reduziert.

Abbildung 6: Belastung der Versicherer seit Einführung des KVG



Quelle: BAG – MOKKE. Anmerkungen: 1) Dargestellt wird die Summe der Bruttoleistungen der Spitex und der Pflegeheime. Die Bruttoleistungen der selbständig tätigen Pflegefachpersonen sind im Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung nicht verfügbar. 2) Gezeigt werden die Bruttoleistungen auf Ebene des Leistungserbringers. Somit ist nicht nur die KVG-pflichtige Pflege des Leistungserbringers dargestellt. Sichtbar werden auch die erbrachten Nebenleistungen, die von den Versicherern vergütet werden.

8.2 OKP-Beiträge

Die Höhe des OKP-Beitrags an die Pflege wird durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) gesamtschweizerisch einheitlich geregelt. Im Pflegeheim gibt es 12 Pflegebedarfsstufen, bei denen pro Pflegetag zwischen 9.60 und 115.20 Franken vergütet werden¹¹ (Art. 7a KLV Absatz 3).

Abbildung 7: OKP-Beiträge Pflegeheim

Stufe	Pflegebedarf	OKP-Beitrag pro Pflageitag ab 01.01.2020
1	bis 20 Minuten	09.60 Franken
2	von 21 bis 40 Minuten	19.20 Franken
3	von 41 bis 60 Minuten	28.80 Franken
4	von 61 bis 80 Minuten	38.40 Franken
5	von 81 bis 100 Minuten	48.00 Franken
6	von 101 bis 120 Minuten	57.60 Franken
7	von 121 bis 140 Minuten	67.20 Franken
8	von 141 bis 160 Minuten	76.80 Franken
9	von 161 bis 180 Minuten	86.40 Franken
10	von 181 bis 200 Minuten	96.00 Franken
11	von 201 bis 220 Minuten	105.60 Franken
12	von mehr als 220 Minuten	115.20 Franken

Quelle: Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV.

In der Pflege zu Hause erfolgt die Vergütung der OKP-Beiträge in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten. Es existieren drei verschiedene Stundenansätze, die sich je nach Massnahme unterscheiden¹² (Art. 7a KLV Absätze 1 und 2).

Abbildung 8: OKP-Beiträge Pflege zu Hause

	Massnahme	OKP-Beitrag pro Stunde ab 01.01.2020
1	Abklärung und Beratung	76.90 Franken
2	Untersuchung und Behandlung	63.00 Franken
3	Grundpflege	52.60 Franken

Quelle: Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV.

Die unterschiedlichen Vergütungsansätze führen dazu, dass die OKP-Beiträge bei gleichem Pflegebedarf bei der Pflege zu Hause höher sind. Die Pflege zu Hause führt daher – bei gleichem Pflegebedarf – zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Krankenversicherung als der Aufenthalt im Pflegeheim.

12 Seit 1.1.2020 gelten neue OKP-Beträge je nach Massnahme

Abbildung 9 verdeutlicht die finanziellen Folgen der unterschiedlichen Vergütungsansätze für den OKP-Beitrag.

Abbildung 9: Folgen der unterschiedlichen Vergütungsansätze

Massnahme	Pflegebedarf in Stunden	OKP-Beitrag an Pflege im Pflegeheim	OKP-Beitrag an Pflege zu Hause
Massnahmen-Mix:	1 h	28.80 Franken / Tag	58.15 Franken / Tag
• Abklärung, Beratung und Koordination: 10%	2 h	57.60 Franken / Tag	116.30 Franken / Tag
• Untersuchung und Behandlung: 30%	3 h	86.40 Franken / Tag	174.45 Franken / Tag
• Grundpflege: 60%			

Quelle: Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV. Berechnungen santésuisse. Anmerkung: Berechnungen basieren auf Vergütungsansätzen per 1. Januar 2020.

Im Vergleich mit der Pflege zu Hause können Pflegeheime ihre Ressourcen effizienter einsetzen. Es bestehen keine unproduktiven Anreisewege und die Mitarbeiter können besser entsprechend ihren Kompetenzen – hochqualifiziertes Personal für die Pflege, weniger qualifiziertes für die Betreuung – eingesetzt werden (Avenir Suisse, 2016). Deshalb sind die Ansätze für die Pflege zu Hause auch höher. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten wie auch der Kosten ist festzuhalten, dass die Pflege zu Hause bei kleinem Pflegebedarf sehr sinnvoll ist (vgl. Abschnitt 10.1).

8.3 Pflegebedarfserfassungsinstrumente in Pflegeheimen

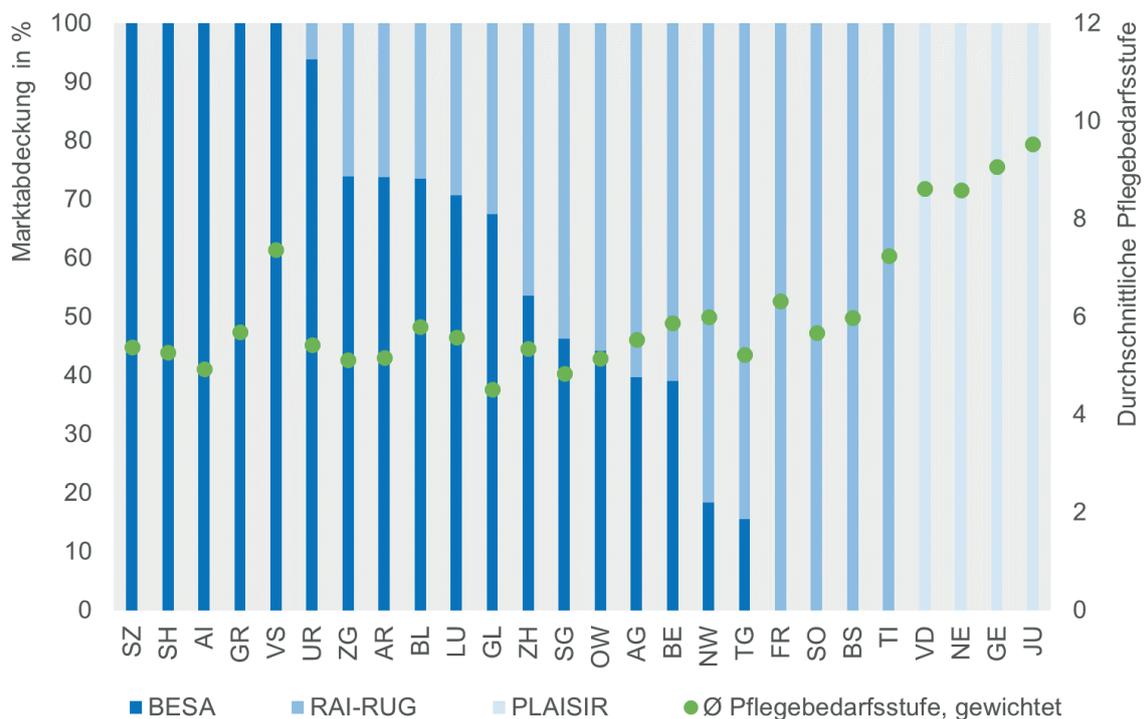
Um die Pflegebedarfsstufe zu ermitteln, kommen in Schweizer Pflegeheimen gleich drei verschiedene Pflegebedarfserfassungssysteme zum Einsatz. Es sind dies:

- Das Resident Assessment Instrument (Bedarfsabklärungs-Instrument für Pflegeheimbewohner) RAI in Kombination mit Ressource Utilisation Groups (Pflegeaufwandgruppen) RUG ergibt RAI-RUG
- Das Bewohnerinnen Erfassungs- und Abrechnungssystem BESA
- Die Planification Informatisée des Soins Infirmier Requis PLAISIR.
- Mit Hilfe dieser Instrumente wird der tägliche Pflegebedarf individuell ermittelt und die Patientinnen und Patienten in eine der zwölf Pflegebedarfsstufen gemäss KLV eingeteilt.

Die Abbildung 10 zeigt die Marktabdeckung der verschiedenen Instrumente in den Kantonen sowie die durchschnittlich erreichte Pflegebedarfsstufe.

Die Pflegeheime der Deutschschweizer Kantone und die Kantone Wallis, Freiburg und Tes-sin setzen BESA und/oder RAI-RUG ein. Die erreichten durchschnittlichen Pflegebedarfsstufen bewegen sich in diesen Kantonen auf einem ähnlichen Niveau zwischen 4,5 und 7,4. Die Westschweizer Kantone Waadt, Neuenburg, Genf und Jura verwenden ausschliesslich das Instrument PLAISIR. Diese Kantone erzielen durchschnittlich eine deutlich höhere Pflegebedarfsstufe als die Kantone, welche die Instrumente BESA und/oder RAI-RUG verwenden.

Abbildung 10: Marktabdeckung Pflegebedarfserfassungsinstrumente und Pflegebedarf nach Kanton 2021, gewichtet nach Pflegetagen



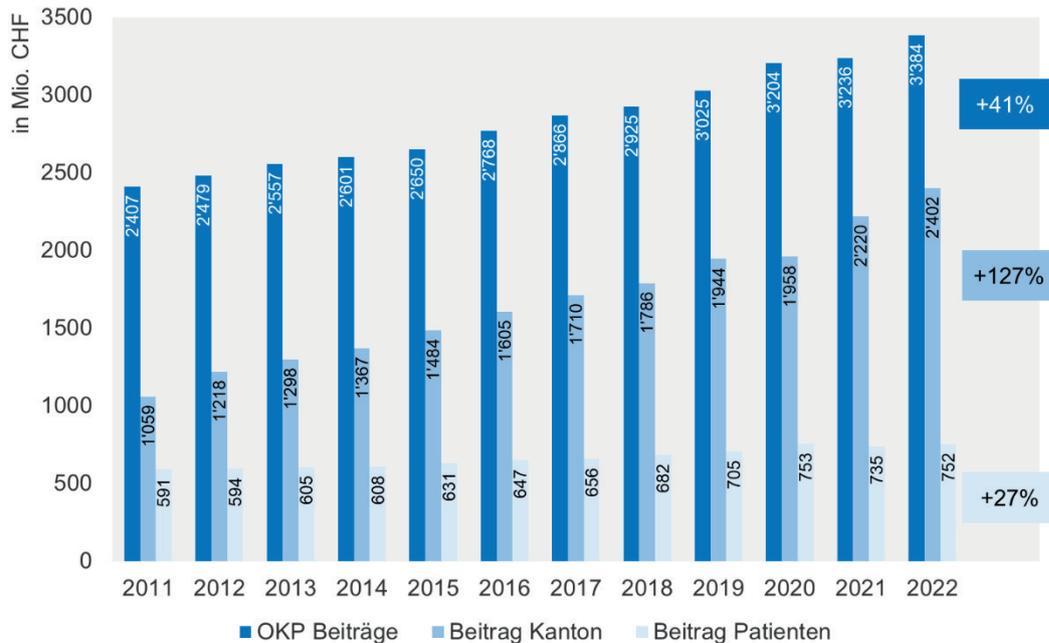
Quelle: BAG – Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime.

Die drei Instrumente verwenden unterschiedliche Methoden, um den Pflegebedarf einer Person zu ermitteln. Diese unterschiedlichen Methoden können dazu führen, dass zwei Personen mit demselben Pflegebedarf je nach Pflegebedarfserfassungsinstrument in eine andere Pflegebedarfsstufe eingeteilt werden.

8.4 Entwicklung der OKP-Beiträge

Die Abbildung 11 stellt die Entwicklung der von den drei Kostenträgern abgegoltene Pflegeleistungen dar. Die Beiträge der Kantone sind stark gewachsen (+1,3 Mia. Fr., +127%). Auch die OKP-Beiträge haben sich erhöht (+1,0 Mia. Fr., +41%). Ein vergleichsweise geringes Wachstum verzeichnen die Beiträge der Patientinnen und Patienten (+0,2 Mia. Fr., +27%).

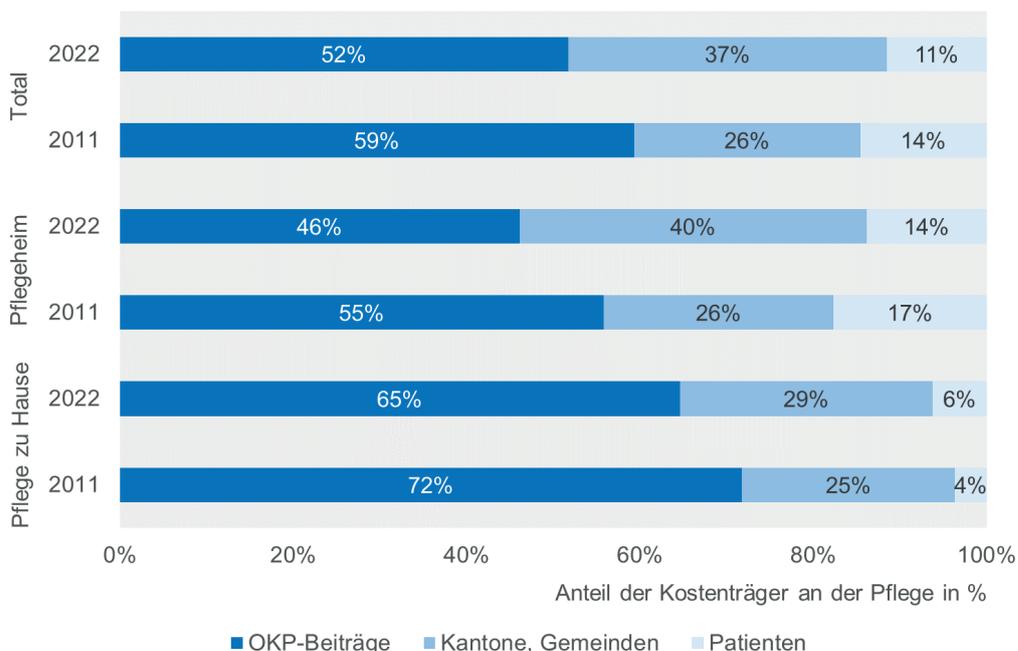
Abbildung 11: Entwicklung der OKP-Beiträge



Quelle: BFS – Somed. BFS – Spitex-Statistik.

Sowohl in der Pflege zu Hause als auch in den Pflegeheimen leisten allerdings die Krankenversicherer den grössten Beitrag an die Pflege (Abbildung 12). Im Pflegeheim beträgt der OKP-Beitrag im Jahr 2022 46 Prozent. In der Pflege zu Hause liegt der Anteil der OKP-Beiträge bei 65 Prozent. Dass sich das Wachstum des OKP-Beitrags stabilisiert, entspricht den Absichten des Gesetzgebers. Ein Ziel der neuen Pflegefinanzierung war die Entlastung der Krankenpflegeversicherung und der Patientinnen und Patienten.

Abbildung 12: Anteil der OKP-Beiträge an die Pflege im Pflegeheim und zu Hause



Quelle: BFS – Somed. BFS – Spitex-Statistik.

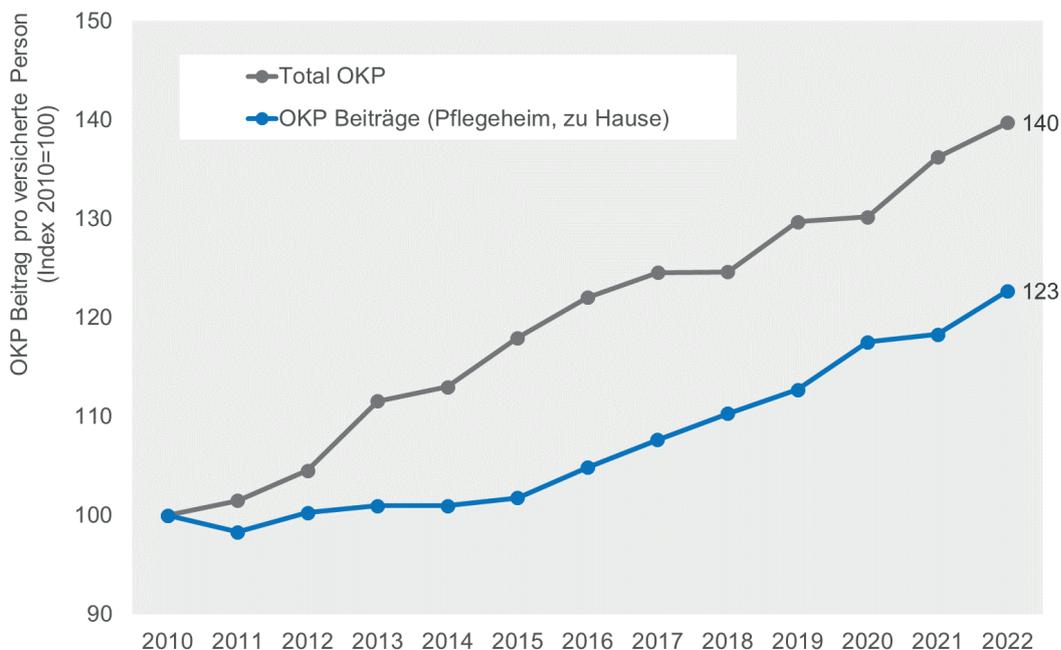
8.5 Entwicklung Prämienbelastung

Mit den Prämien werden u.a. die Ausgaben der Krankenversicherer für Leistungen nach KVG und die Verwaltungskosten der Krankenversicherer gedeckt. Auch die OKP-Beiträge an die Pflege werden über die Prämien finanziert. Das Wachstum der OKP-Beiträge und dessen Auswirkung auf die Prämienbelastung ist daher von grosser Bedeutung.

Die Abbildung 13 zeigt die Entwicklung der OKP-Beiträge an die Pflege, also die Bruttoleistungen pro versicherte Person für die Pflegeheime und die Pflege zu Hause, im Vergleich zur Entwicklung der gesamten von den Krankenversicherern vergüteten Leistungen.

Die OKP-Beiträge pro versicherte Person an die Pflege sind weniger rasch gewachsen als die Gesamtleistungen, die von den Krankenversicherern übernommen werden. Allerdings ist seit dem Jahr 2015 ein beschleunigtes Wachstum beobachtbar, das unter anderem auf die Anpassung der Vergütungssätze zurückzuführen ist.

Abbildung 13: OKP-Beiträge an die Pflege



Quelle: SASIS – Datenpool. Monatsdaten nach Wohnkanton und Geschäftsjahr. BAG – Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

9 Einflussfaktoren der vergüteten Pflegeleistungen

Wo gepflegt wird, entstehen Kosten. Diese Gestehungskosten werden von den verschiedenen Kostenträgern (Krankenversicherer, Patient und Kantone) gedeckt.

Die Entwicklung der Vergütung durch die drei Parteien hängt indirekt von der Entwicklung der Gestehungskosten und deren Einflussfaktoren wie den Löhnen, den Pflegekapazitäten und der Demografie ab. Es gibt aber auch Faktoren, wie die Pflegebedarfserfassungsinstrumente oder die Vergütungsansätze der OKP-Beiträge, die direkt auf die Höhe der Vergütung einwirken.

In den nachfolgenden Abschnitten werden ausgewählte nachfrage- und angebotsseitige Faktoren erläutert und deren Entwicklung beschrieben.

10 Nachfrage nach Pflege

Ein wesentlicher Einflussfaktor der Pflegeleistungen ist die demografische Entwicklung. Die Schweizer Bevölkerung altert, was verschiedene Statistiken belegen.

Der Anteil der über 64-jährigen ist von 15,3 Prozent im Jahr 1999 auf 19,2 Prozent im Jahr 2022 angestiegen (BFS, 2023). Es steigt aber nicht nur der Anteil der älteren Bevölkerung, die ältere Bevölkerung lebt auch länger. In den letzten 30 Jahren stieg die Lebenserwartung der Männer mit 65 Jahren von 15,3 Jahre (1990) auf 19,8 Jahre (2022) und bei den Frauen von 19,4 Jahre (1990) auf 22,5 Jahre (2022) (BFS, 2023).

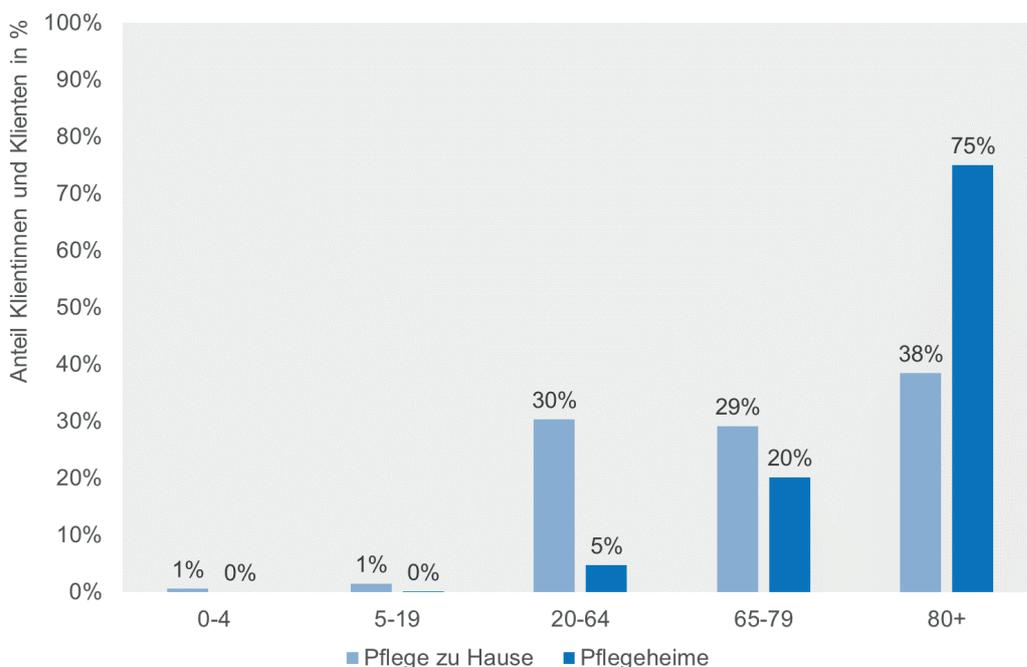
Gleichzeitig werden ältere Menschen später hilfs- und pflegebedürftig. Zwischen 1992 und 2022 reduzierte sich der Anteil der über 64-jährigen mit einem selbst wahrgenommenen schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand von 14,0 Prozent auf 10,8 Prozent (BFS, 2023).

Es ist daher davon auszugehen, dass sich der Pflegebedarf erhöht, jedoch langsamer als dies aufgrund der demografischen Fortschreibung zu erwarten ist.

10.1 Struktur der Klientinnen und Klienten

Pflegeleistungen werden in erster Linie von der älteren Bevölkerung in Anspruch genommen. Bei der Pflege zu Hause sind 70 Prozent der Klientinnen und Klienten über 64 Jahre alt. Bei den Pflegeheimen sind 96 Prozent der Klienten über 64-jährig. Bei Pflegebedürftigkeit zwischen 20 und 64 Jahren wird zuerst die Pflege zu Hause in Anspruch genommen (Abbildung 14).

Abbildung 14: Verteilung der Klientinnen und Klienten nach Alter im Jahr 2022



Quelle: BFS – Somed. BFS – Spitex-Statistik

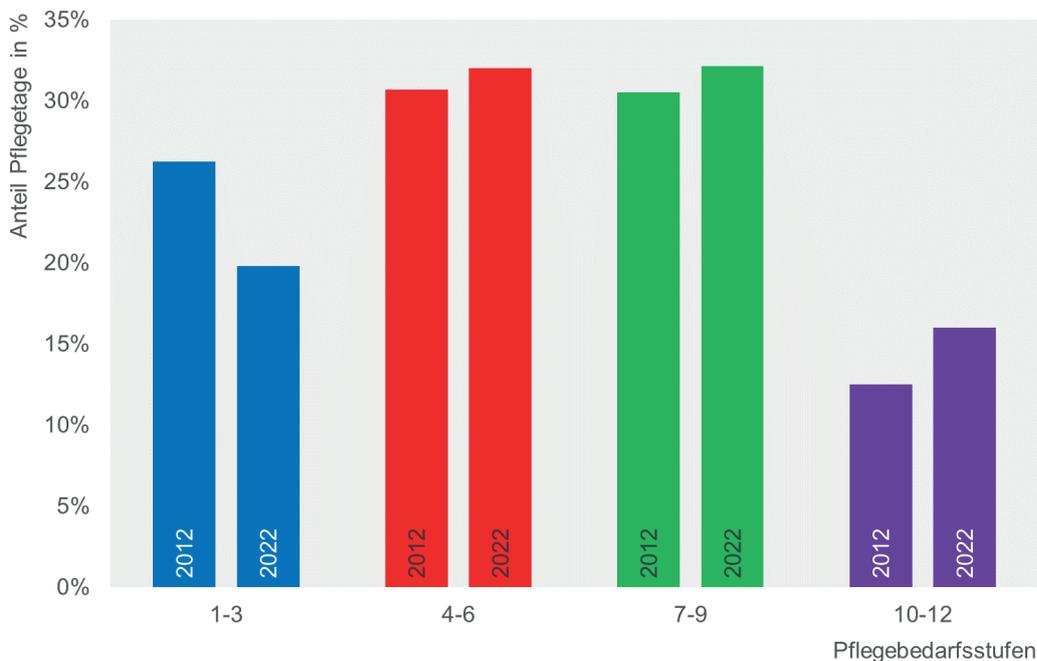
10.2 Entwicklung Pflegebedarf

Die Abbildung 15 zeigt, wie sich der Pflegebedarf in den Pflegeheimen entwickelt hat. Für jede Pflegebedarfsstufe (vgl. Abschnitt 8.2) wird der prozentuale Anteil der Pfl egetage an den Gesamtpfl egetagen¹³ für die Jahre 2012 und 2022 dargestellt.

Der Anteil der Pfl egetage hat sich auf den Pflegebedarfsstufen ein bis drei deutlich reduziert. Währenddessen hat sich der Anteil der Pfl egetage auf den mittleren Pflegebedarfsstufen (4–6 und 7–9) geringfügig und auf den höheren Pflegebedarfsstufen (10–12) deutlich erhöht. Die Daten deuten darauf hin, dass eine Verlagerung von den tieferen Pflegebedarfsstufen zu den höheren Pflegebedarfsstufen stattgefunden hat¹⁴.

Diese Verlagerung könnte einerseits auf ein verändertes Einstufungsverhalten des Pflegeheimpersonals zurückzuführen sein. Falls das Pflegeheim unter grossem wirtschaftlichem Druck steht, besteht der Anreiz, eine Person eher in eine höhere Pflegebedarfsstufe einzuteilen. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass sich die Pflegeintensität in den Pflegeheimen insgesamt erhöht hat. Beispielsweise, weil leichtere Fälle vermehrt ambulant versorgt werden.

Abbildung 15: Pflegebedarf in den Pflegeheimen 2012 und 2022



Quelle: BFS – Somed.

13 Im Jahr 2022 beliefen sich die Gesamtpfl egetage auf rund 32 Mio. Pfl egetage.

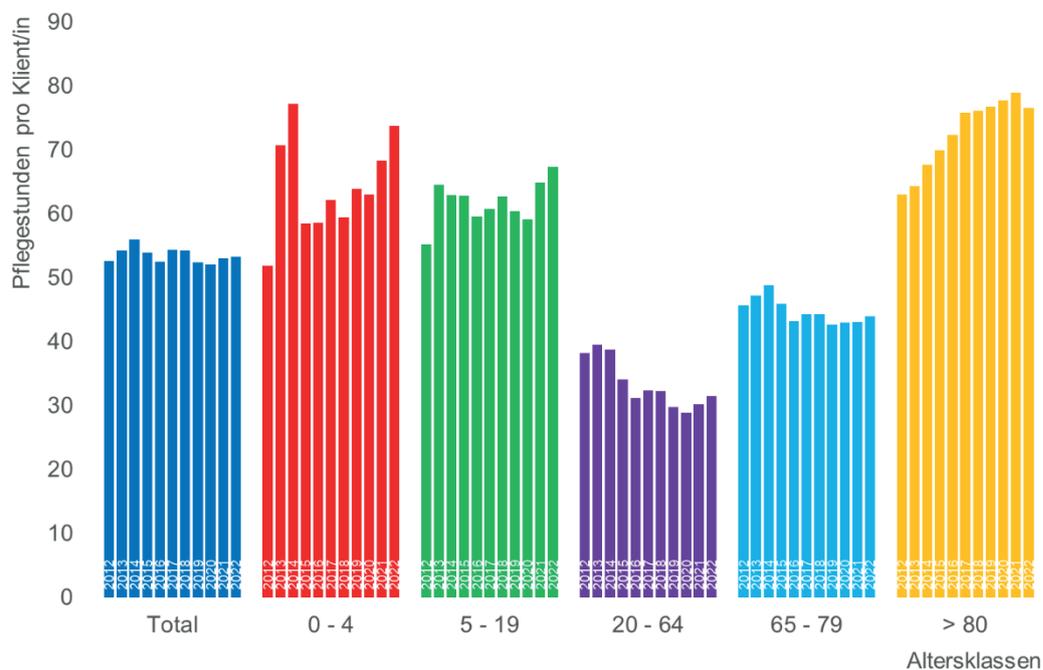
14 Eine Verlagerung kann auch die Folge einer Modifikation der Pflegebedarfserfassungsinstrumente sein. So wurde in den Kantonen Baselstadt, Freiburg und Solothurn während der Betrachtungsperiode eine modifizierte Version des Pflegebedarfserfassungsinstrumentes RAI-RUG eingeführt (RAI Index 2016). Im Kanton Aargau wird RAI Index 2016 erst per 1. Januar 2019 angewendet. Werden die Kantone Baselstadt, Freiburg und Solothurn aus der Analyse ausgeklammert, ist dennoch eine Verlagerung von den tieferen in die mittleren Pflegebedarfsstufen erkennbar.

Die Abbildung 16 zeigt, wie sich der Pflegebedarf in der Pflege zu Hause entwickelt hat. Dargestellt wird die Entwicklung der Pflegestunden pro Klient insgesamt sowie aufgeteilt nach verschiedenen Altersklassen.

Insgesamt bleiben die Pflegestunden seit dem Jahr 2012 bei durchschnittlich 53 Pflegestunden konstant. Gesamthaft ist daher kein Anstieg des Pflegebedarfs in der Pflege zu Hause beobachtbar. Zwischen den Altersklassen sind hingegen Verlagerungen des Pflegebedarfs zu den älteren Klientinnen und Klienten erkennbar. So haben sich die durchschnittlichen Pflegestunden bei den über 80-jährigen seit dem Jahr 2012 stetig erhöht, während sie bei den Altersklassen 20–64 und 65–79 zurückgegangen sind.

Der Pflegebedarf hat sich somit in der Pflege zu Hause insgesamt nicht erhöht, es ist allerdings eine Verlagerung der Pflege zu den jüngeren Klientinnen und Klienten in der Altersklasse 20–64 sichtbar.

Abbildung 16: Pflege zu Hause, Entwicklung Pflegebedarf

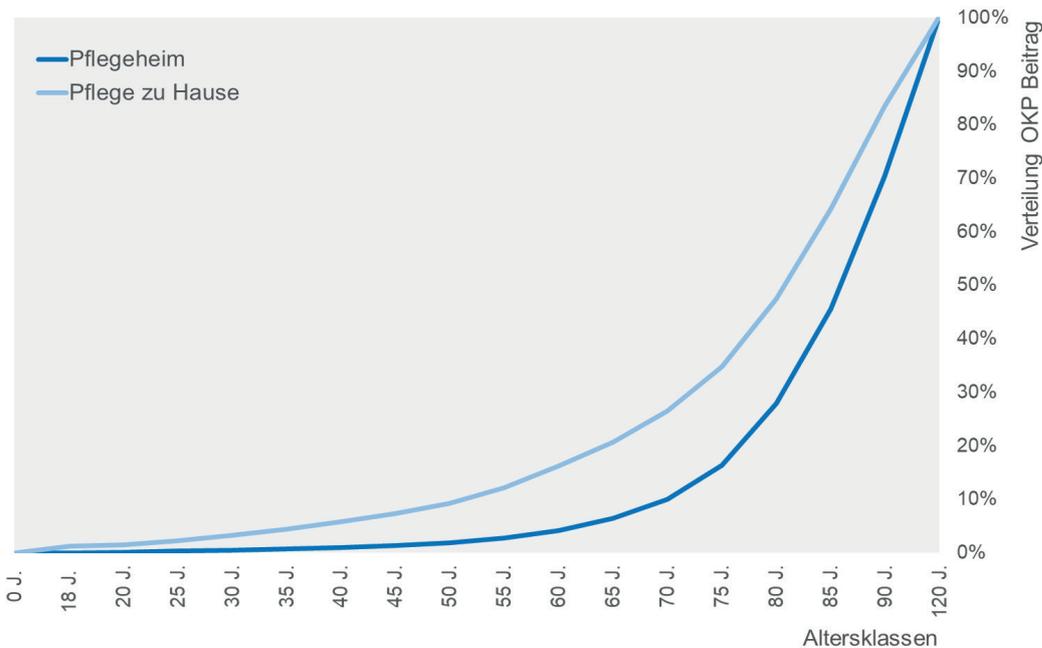


Quelle: BFS – Spitex-Statistik.

10.3 Verteilung OKP-Beiträge

Die Abbildung 17 zeigt die Verteilung der OKP-Beiträge über die Altersklassen im Pflegeheim und in der Pflege zu Hause. Im Pflegeheim werden über die Hälfte der OKP-Beiträge von den über 85-jährigen Versicherten in Anspruch genommen. Bei der Pflege zu Hause werden hingegen über die Hälfte der OKP-Beiträge von Versicherten, die über 80-jährig sind, in Anspruch genommen. Die Pflege zu Hause hat daher etwas jüngere Klientinnen und Klienten als die Pflegeheime.

Abbildung 17: Verteilung der Bruttoleistungen nach Alter 2022



Quelle: SASIS – Datenpool. Monatsdaten nach Wohnkanton und Geschäftsjahr.

11 Angebot an Pflege

Damit Pflegeleistungen angeboten werden können und von den Kostenträgern finanziert werden, sind verschiedene Bedingungen zu erfüllen.

Der Leistungserbringer muss zugelassen sein. Bei den Pflegeheimen ist der Kanton für die Zulassung zuständig. Das KVG verpflichtet die Kantone, eine Pflegeheimplanung mit einer Pflegeheimliste zu erstellen. Zugelassene Pflegeheime, die auf der Liste aufgeführt sind, können ihre Pflegeleistungen mit der Krankenversicherung abrechnen (Art. 39 KVG).

Die Pflege zu Hause kann von der Spitex oder von Pflegefachpersonen erbracht werden. Bei Spitex-Organisationen definiert die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) in Art. 51 Mindestanforderungen, welche für eine Zulassung erfüllt sein müssen. Die Kantone können diese Anforderungen in den kantonalen Gesetzen konkretisieren und erweitern.

Bei den Pflegefachpersonen erfolgt die Zulassung, wenn die Anforderungen gemäss Art. 49 KVV erfüllt sind.

Das Zahlstellenregister der santésuisse-Tochtergesellschaft SASIS AG vergibt eine Zahlstellenregisternummer an die zugelassenen Leistungserbringer und bildet somit ab, welche Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen können.

Zudem muss für Pflegeleistungen, die von einem Pflegeheim oder zu Hause erbracht werden, eine Bedarfsermittlung erfolgen (Art. 8a KLV). Weiter sind notwendige Pflegeleistungen durch einen Arzt anzuordnen (Art. 8 KLV).

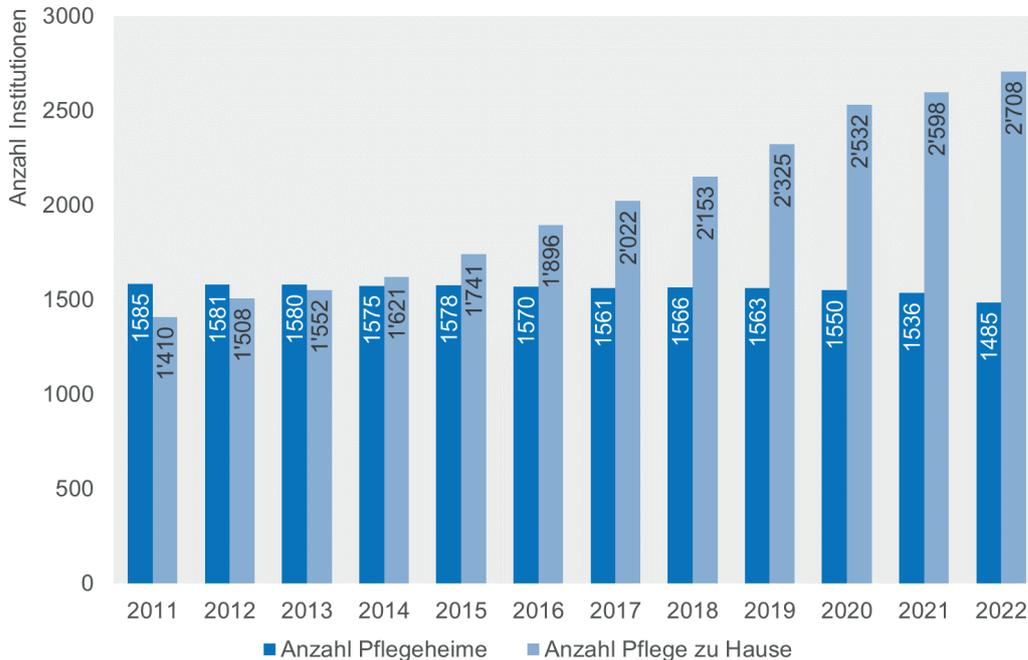
11.1 Anbieter von Pflege

Pflegeleistungen werden von Pflegeheimen, von der Spitex und von den Pflegefachpersonen erbracht. Die Abbildung 18 zeigt die Entwicklung der Anzahl Leistungserbringer in der Pflege.

Die Zahl der Institutionen der Pflege zu Hause nimmt zu und erreichte 2022 rund 2700 Institutionen. Die Zahl der Pflegeheime ist leicht rückgängig und liegt 2022 bei rund 1'500 Institutionen.

Das Angebot an Pflege zu Hause wurde somit in den letzten Jahren ausgebaut, während bei den Pflegeheimen ein leichter Rückgang von 1585 im Jahr 2011 auf 1485 im Jahr 2022 zu beobachten ist.

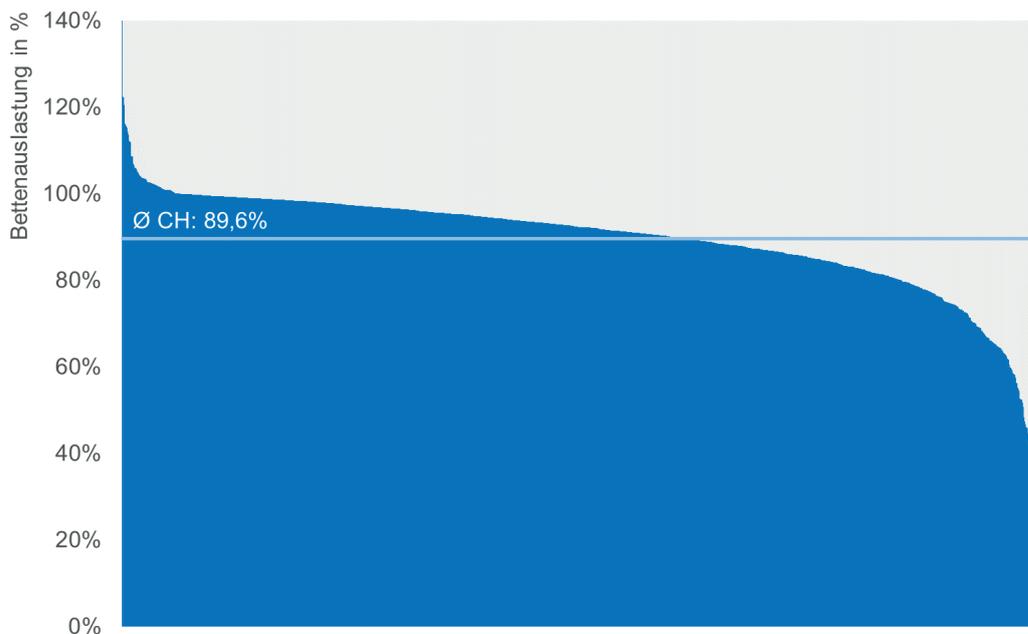
Abbildung 18: Entwicklung Anzahl Leistungserbringer



Quelle: BFS – Somed. BFS – Spitex-Statistik.

In Abbildung 19 wird die Bettenauslastung in den 1527 Pflegeheimen dargestellt, die im Jahr 2021 über Plätze in der Langzeitpflege verfügten. Im Schweizer Durchschnitt beträgt die Bettenauslastung 89,6 Prozent. Bei rund einem Drittel der Pflegeheime liegt die Bettenauslastung unter dem Schweizer Durchschnitt. In 102 Pflegeheimen liegt die Bettenauslastung bei unter 70 Prozent.

Abbildung 19: Bettenauslastung Pflegeheime 2021



1'527 Pflegeheime nach Höhe der Bettenauslastung geordnet

Quelle: BAG – Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime.

11.2 Pflegepersonal

Die Abbildung 20 zeigt die Dichte an Pflegepersonal im internationalen Vergleich¹⁵. Werden die diplomierten Pflegefachpersonen¹⁶ und die Fachleute Gesundheit und Betreuung zusammen betrachtet, liegt die Schweiz mit 17,0 Pflegefachpersonen pro 1000 Einwohner an zweiter Stelle hinter Norwegen. Wird nur das Personal mit tertiärer Ausbildung betrachtet, also die diplomierten Pflegefachpersonen, liegt die Schweiz mit 11,4 Pflegefachpersonen an vierter Stelle.

Bei internationalen Vergleichen auf Basis der OECD-Daten stehen keine Vollzeitäquivalente zur Verfügung. Im Pflegebereich ist Teilzeitarbeit in der Schweiz weit verbreitet, daher sind Vergleiche zum Pflegepersonal mit der nötigen Vorsicht zu interpretieren. Für eine bessere Einschätzung der Aussagekraft errechnet das BFS für das Datenjahr 2016 einmalig anhand eines Eurostat-Datensatzes zum Gesundheitspersonal das Verhältnis zwischen den Variablen «Vollzeitäquivalenten» und «Beschäftigte» für verschiedene Länder. Das Verhältnis wird nur für den Spitalbereich errechnet und nur für die diplomierten Pflegefachpersonen. Dennoch erlaubt der Wert eine bessere Einordnung, wo die Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern gemessen in Vollzeitäquivalenten steht.

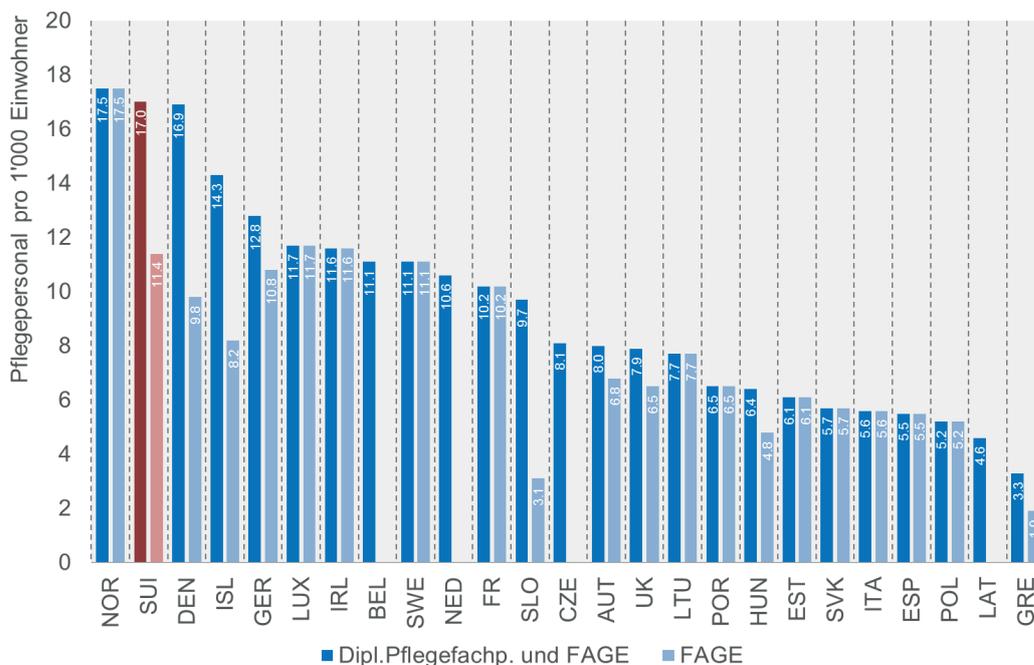
Für die Schweiz und Deutschland ergibt sich ein Wert von 0,76 Vollzeitäquivalenten pro beschäftigte diplomierte Pflegefachkraft. In vielen anderen Ländern liegt der Wert höher als in der Schweiz und Deutschland. In Irland liegt das Verhältnis bei 0,86, in Norwegen bei 0,89 und in den osteuropäischen Ländern liegt er jeweils über 0,95 (BFS, 2019).

Werden die Angaben zum Pflegepersonal mit diesen Werten skaliert, schwingt die Schweiz im internationalen Vergleich immer noch oben aus.

¹⁵ Betrachtet wird das gesamte Pflegepersonal, also auch die Pflegenden in den Spitälern. Eine Differenzierung nach Spitäler, Pflegeheimen und Pflege zu Hause ist mit den zur Verfügung stehenden Daten auf internationaler Ebene nicht möglich.

¹⁶ Eine Tabelle zu den Definitionen des Pflegepersonals in den BFS-Statistiken sind in Anhang 1 zu finden.

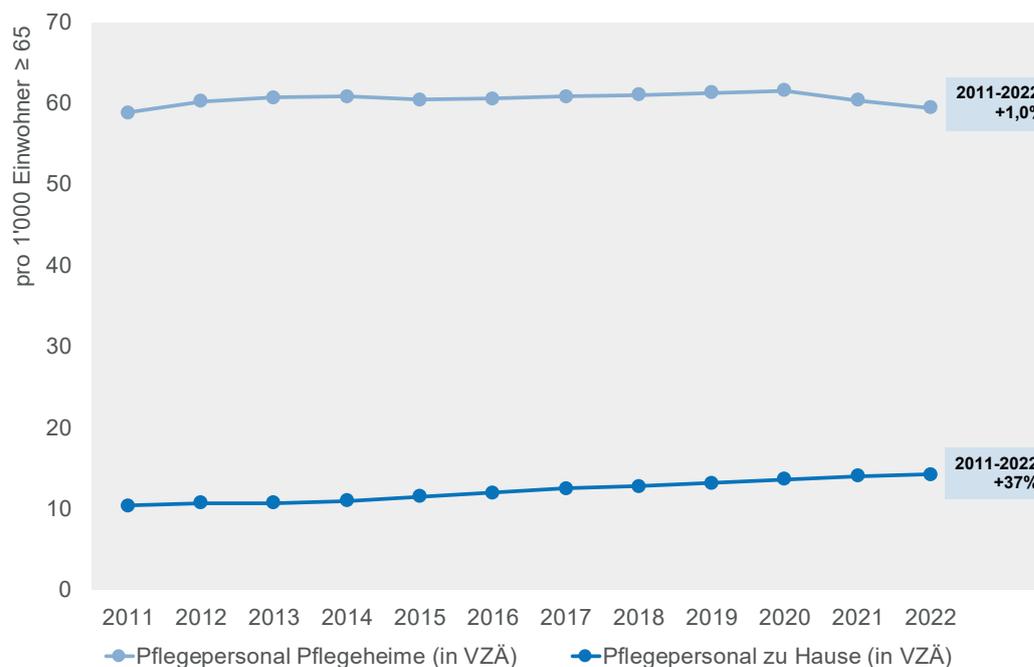
Abbildung 20: Pflegepersonal im internationalen Vergleich



Quelle: BFS – Pflegepersonal: Die Schweiz im internationalen Vergleich, Datenjahr 2016 oder das aktuellste zur Verfügung stehende Datenjahr.

In Abbildung 21 wird die Entwicklung des Pflegepersonals in der Schweiz in den Pflegeheimen und in der Pflege zu Hause gemessen in Vollzeitäquivalenten dargestellt. Das Pflegepersonal pro 1000 Einwohner über 64 Jahren ist in den Pflegeheimen nahezu stabil geblieben. Das Pflegepersonal in der Pflege zu Hause hat demgegenüber ein starkes Wachstum erfahren. Seit dem Jahr 2011 ist das Pflegepersonal um rund 37% angestiegen.

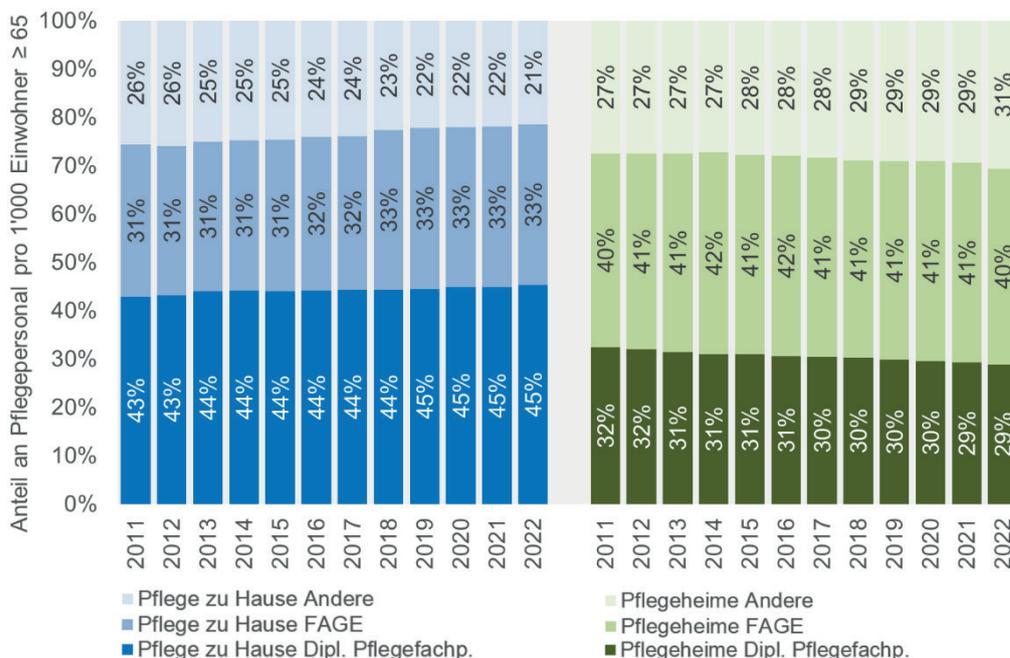
Abbildung 21: Entwicklung Pflegepersonal in der Schweiz



Quelle: Obsan. Anmerkung: Unter Pflegepersonal zu Hause ist Personal mit Status gemeinnützige/ öffentlich-rechtliche, privat-erwerbswirtschaftliche Pflege sowie selbständige Pflegefachpersonen zusammengefasst.

In Abbildung 22 wird die Entwicklung des Ausbildungsniveaus in der Pflege zu Hause und in den Pflegeheimen dargestellt. Der Anteil an diplomierten Pflegefachpersonen liegt in der Pflege zu Hause im Jahr 2022 bei 45 Prozent. Dieser Anteil hat sich seit 2011 leicht erhöht. Der Anteil an diplomierten Pflegefachpersonen ist in den Pflegeheimen im Jahr 2022 mit 29 Prozent tiefer als in der Pflege zu Hause. Dieser Anteil hat sich seit dem Jahr 2011 leicht reduziert. In der Pflege zu Hause hat das Pflegepersonal somit in der Regel einen höheren Qualifikationsgrad.

Abbildung 22: Entwicklung Ausbildungsniveau des Pflegepersonals



Quelle: Obsan.

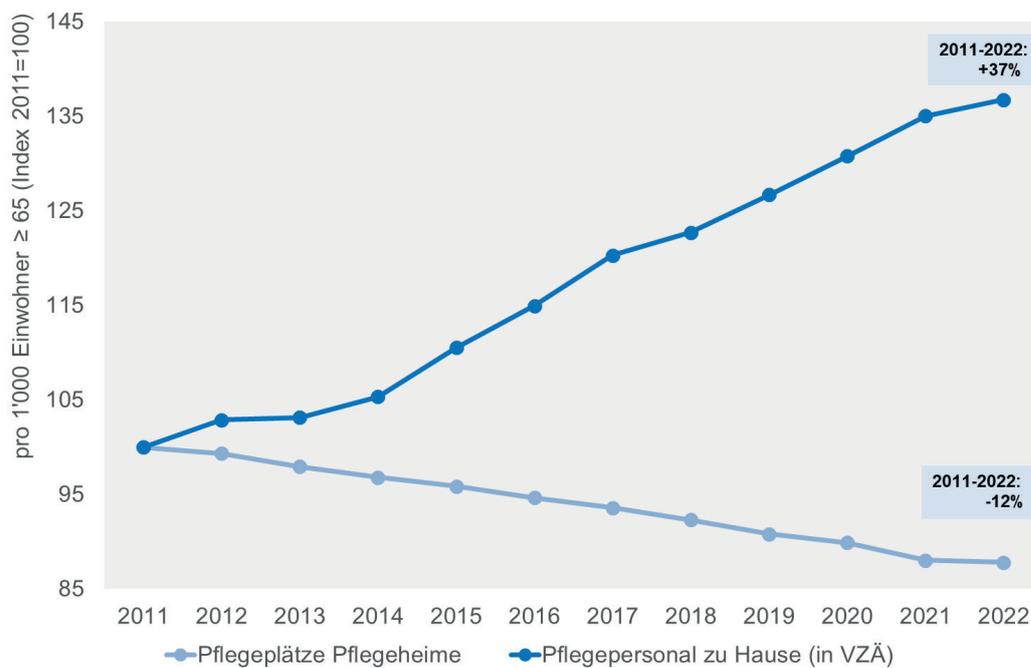
12 Trends in der Pflege

In der Pflege gibt es derzeit verschiedene Entwicklungen, welche die OKP-Beiträge beeinflussen. Auf zwei Trends mit einer nennenswerten Auswirkung wird in diesem Abschnitt eingegangen.

12.1 Ambulantisierung

Die Datenlage weist darauf hin, dass das Prinzip «Ambulant vor stationär» in den vergangenen Jahren umgesetzt wurde und eine Verlagerung von der Pflege in den Pflegeheimen zur Pflege zu Hause stattgefunden hat. Diese Verlagerungstendenz ist in Abbildung 23 ersichtlich. Während das zur Verfügung stehende Pflegepersonal in der Pflege zu Hause seit 2011 um 37 Prozent gewachsen ist, haben sich die Pflegeplätze in den Pflegeheimen in der gleichen Zeitperiode um 12 Prozent verringert.

Abbildung 23: Verlagerung von den Pflegeheimen in die Pflege zu Hause



Quelle: BFS – Somed. BFS – Spitex-Statistik. Eigenen Berechnungen.

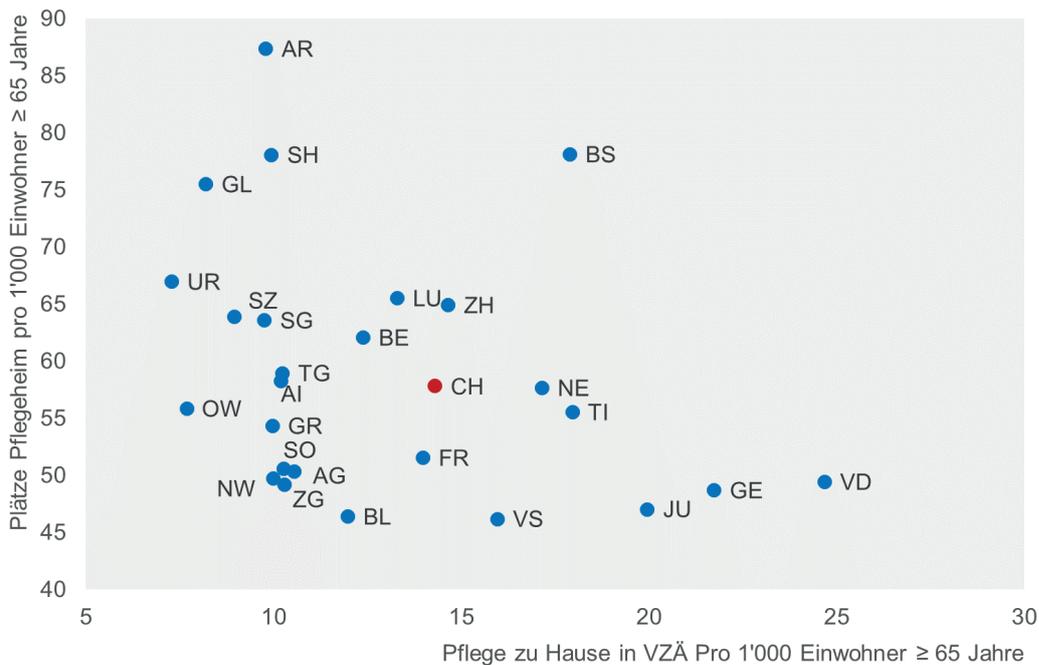
Zudem ist aus den Daten ersichtlich, dass ein grosses Angebot an Pflege zu Hause in der Regel mit einem geringeren Bettenangebot in den Pflegeheimen einhergeht. In Abbildung 24 wird dieser Zusammenhang verdeutlicht.

Aber der Ausbau der Pflege zu Hause führt nicht zwangsläufig zu einer Reduktion der Plätze in den Pflegeheimen. Kantone, die viel Pflegepersonal pro Einwohner über 64 ausweisen, benötigen teilweise gleichviel oder gar mehr Pflegeheimbetten pro Einwohner als andere mit deutlich weniger Pflegepersonal bei der Pflege zu Hause.

So ist Basel-Stadt ein auffälliger Kanton, da er sowohl eine vergleichsweise hohe Dichte an Pflegepersonal als auch eine hohe Bettendichte hat.

Ganz anders sieht es in den Westschweizer Kantonen aus, wo die Pflege zu Hause eine bedeutende Rolle spielt und gefördert wurde. In den Westschweizer Kantonen Waadt, Jura und Genf ist die Dichte an Pflegepersonal vergleichsweise hoch, im Gegenzug ist die Bettendichte niedrig.

Abbildung 24: Verhältnis Pflege zu Hause und Pflegeheimplätze in den Kantonen im Jahr 2022



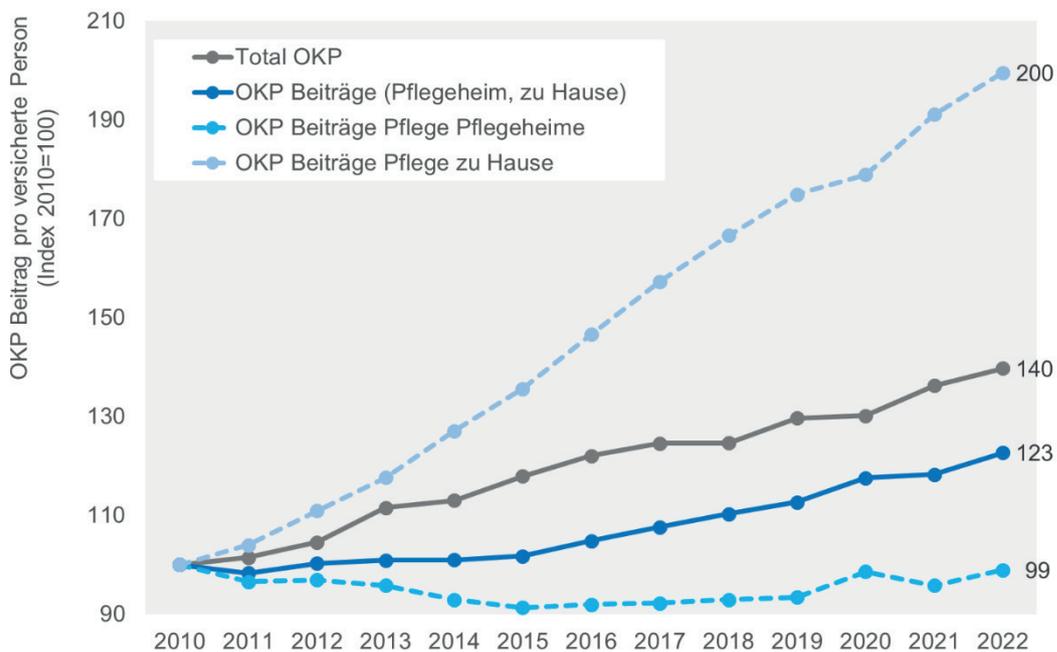
Quelle: BFS – Somed. BFS – Spitex-Statistik. Eigene Berechnungen.

Diese Verlagerung von den Pflegeheimen in die Pflege zu Hause hat auch Auswirkungen auf die OKP-Beiträge der Krankenversicherer und damit auf die Prämien der Versicherten. Insgesamt sind die OKP-Beiträge in der Pflege seit 2010 um 23 Prozent gewachsen (vgl. Abbildung 25). Im Vergleich zum Wachstum der Gesamtleistungen sind die OKP-Beiträge pro versicherte Person aber langsamer gewachsen.

Obschon das Wachstum der OKP-Beiträge im Vergleich zum Wachstum der gesamten von den Krankenversicherern vergüteten Leistungen gering erscheint, muss die Entwicklung der OKP-Beiträge in der Pflege dennoch aufmerksam beobachtet werden. Dies, weil insbesondere in der Pflege zu Hause das Wachstum besonders stark ist. Die OKP-Beiträge pro versicherte Person haben sich für die Pflege zu Hause seit 2010 um 100 Prozent erhöht. Im selben Zeitraum haben sich die OKP-Beiträge für die Pflegeheime um 1 Prozent reduziert.

Diese unterschiedliche Entwicklung ist auf die Verlagerung von Pflegefällen von den Pflegeheimen in die Pflege zu Hause zurückzuführen. Zudem wird das Wachstum der OKP-Beiträge in der Pflege zu Hause aufgrund der höheren Vergütungsansätze verstärkt (vgl. Abschnitt 8.2).

Abbildung 25: OKP-Beiträge an Pflegeheime und Pflege zu Hause



Quelle: SASIS – Datenpool. Monatsdaten nach Wohnkanton und Geschäftsjahr. BAG – Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Weil die Verlagerung auch eine Auswirkung auf die Prämien hat, ist es besonders wichtig zu erkennen, dass das Prinzip «Ambulant vor stationär» in der Gesamtkostensicht zu kurz greift¹⁷. Denn je nach Situation übersteigen die Kosten der Pflege zu Hause die Pflegekosten in einem Pflegeheim. Dies hat eine Studie von BASS (2011) im Auftrag der Spitex Schweiz anhand von Simulationen gezeigt. In der Studie wurden für die Kantone Zürich, Bern und Waadt die Gesamtkosten im Pflegeheim mit den Gesamtkosten der Pflege zu Hause verglichen.

Die Autoren konnten zeigen, dass die Pflege zu Hause bezüglich der Gesamtkosten bei alleinstehenden Personen einen Kostenvorteil bei Fällen von leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit und Komplexität hat. Die Pflegeheime hingegen bei Fällen von mittlerer bis höherer Komplexität. Als Richtwert übersteigen die Kosten bereits ab 60 bis 120 Minuten Pflegebedarf die Kosten in einem Pflegeheim.

Dieser Richtwert ist abhängig vom Kanton und kann daher kantonal variieren. So wird der Kanton Graubünden eher einen Wert am unteren Ende dieses Richtbandes aufweisen, weil die Gesamtkosten höher sind aufgrund der weiteren Anfahrtswege der Pflege zu Hause. Im Kanton GR lohnt sich somit ein Eintritt ins Pflegeheim aus Gesamtkostensicht bereits bei vergleichsweise geringem Pflegebedarf.

17 Die Gesamtkosten enthalten neben den Pflegekosten auch die Mietkosten und die Ausgaben für den Lebensbedarf und für persönliche Auslagen.

13 Quellen

Avenir Suisse (2016). Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe.

BASS (2011). Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie.

BFS (2019). Pflegepersonal: die Schweiz im internationalen Vergleich. Ergebnisse und Methodik.

BFS (2022). Struktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Kanton. Tabelle T 01.02.03.04.

BFS (2022). Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Lebenserwartung. T 13.07.01.04.

BFS (2019). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand. Tabelle je-d-14.03.01.01.

BFS (2023). Struktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Kantonen. T 01.02.03.04

BFS (2023). Lebenserwartung nach Alter (Männer), 1981–2022. Tabelle su-d-01.04.02.03.02.

BFS (2023). Lebenserwartung nach Alter (Frauen), 1981–2022. su-d-01.04.02.03.03.

BFS (2023). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand.

Infras (2017). Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Obsan (2023). Dichte des Pflegepersonals im Spitexbereich. Datentabelle. Online abgerufen am 27.11.2023 unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/pflegepersonal-spitex-bereich>.

Obsan (2023). Dichte des Pflegepersonals im Pflegeheimbereich. Datentabelle. Online abgerufen am 27.11.2023 unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/pflegepersonal-pflegeheime>.

santésuisse (2019). Kostenentwicklung der Pflege. Eine Schätzung der Umsetzung der Anliegen der Initianten. Online abgerufen am 21.08.2019 unter <https://www.santesuisse.ch/tarife-leistungen/pflegefinanzierung/kostenentwicklung>.

Volksinitiative für eine starke Pflege (2018). Die Forderungen. Online abgerufen am 21.08.2019 unter <http://www.pflegeinitiative.ch/#forderungen>.

14 Anhang 1

	Alters- und Pflegeheime	Hilfe und Pflege zu Hause
	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause
Diplomierte Pflegefachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Weiterbildung • Dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann FH, HF, DN II • Pflegefachfrau/Pflegefachmann DN I 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonen Fachhochschulbildung (FH) • Pflegefachpersonen Höhere Berufsbildung (HF) • Pflegefachpersonen Nachsekundäre Stufe II
Fachleute Gesundheit und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenpfleger/-in FA-SRK/-PKP • Fachangestellte Gesundheit, FaGe mit eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ) • Medizinische/-r Praxisassistent/-in (EFZ) • Pflegeassistent/-in mit Fähigkeitsausweis (FA) • Fachfrau/Fachmann Betreuung FaBe • Assistent/-in Gesundheit und Soziales EBA 	<ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Grundbildung im Bereich Pflege/Betreuung
Pflegehelfer/innen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegehelfer/-in SRK-Kurs • Pflegepraktikant/-in • Betreuungsberufe mit eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ) • Übrige therapeutische und betreuende Ausbildungen • Andere Ausbildungen • Person ohne Ausbildungsabschluss 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegepersonal und Pflegehelfer/-innen minus diplomierte Pflegefachpersonen u. Fachleute Gesundheit und Betreuung

15 Anhang 2

Statistik	Erhebungsteil der Statistik	Periode	Schwächen
Bundesamt für Statistik			
SOMED-Statistik	Standardtabelle 13-A, Betriebskosten nach Hauptkostenträger	2011–2022	<ul style="list-style-type: none"> Es bestehen gewisse Unsicherheiten über die Höhe der Kosten der «KVG-pflichtigen Pflege» in den Pflegeheimen. Denn die «Betreuung» und die «Pflege» sind schwer abzugrenzen. Dementsprechend entstehen bereits bei der Datenerfassung Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Betreuungs- und Pflegekosten.
	Pflegelasten der KVG-pflichtigen Pflege (Spezialauswertung BFS)	2011–2022	<ul style="list-style-type: none"> Die Differenzierung der Pflegelasten wurde nach 2011 eingeführt. 2011 wurde die Differenzierung noch nicht von allen Pflegeheimen korrekt erfasst. Hier kann nicht abschliessend zwischen Beiträgen für die Restfinanzierung und weiteren Beiträgen und Subventionen unterschieden werden. Die Gesamtsumme der OKP-Beiträge an die Pflege in den Pflegeheimen aus der SOMED-Statistik stimmt nicht mit der Gesamtsumme der OKP-Beiträge im Datenpool überein.
Spitex-Statistik	15.2, Finanzen nach Kanton	2011–2022	<ul style="list-style-type: none"> Die Kostenrechnung liegt nicht nach Leistungskategorien (z.B. Betreuung, KVG-pflichtige Pflege) vor. Somit können die Gestehungskosten in der Pflege zu Hause nicht nach Leistungskategorien ausgewertet werden. Ab 2011 haben die Gemeinden/Kantone zwar vermehrt eine leistungsbezogene Finanzierung geleistet, aber noch nicht alle. In einzelnen Kantonen kann daher nicht zwischen Beiträgen an die Pflegetaxen gemäss Restfinanzierung und restlichen Beiträgen und Subventionen unterschieden werden. Die Gesamtsumme der OKP-Beiträge an die Pflege zu Hause stimmt nicht mit der Gesamtsumme der OKP-Beiträge im Datenpool überein. Es bestehen gewisse Unsicherheiten über die Höhe der Kosten der «KVG-pflichtigen Pflege» bei der Spitex-Organisation und den selbständigen Pflegefachpersonen. Denn die «Betreuung» und die «Pflege» sind schwer abzugrenzen. Dementsprechend entstehen bereits bei der Datenerfassung Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Betreuungs- und Pflegekosten
Pflegepersonal	Die Schweiz im internationalen Vergleich	2016	<ul style="list-style-type: none"> Die OECD-Daten zu den Pflegefachpersonen stehen nicht auf Basis von Vollzeitäquivalenten zur Verfügung. In der Schweiz ist Teilzeitarbeit im Pflegebereich weit verbreitet, zudem sind die Wochenarbeitszeiten bei einem Vollzeitpensum von 100 Prozent von Land zu Land unterschiedlich. Daher sind Ländervergleiche auf Basis der OECD-Daten wenig aussagekräftig.
Bundesamt für Gesundheit			
Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime		2021	<ul style="list-style-type: none"> Beim Pflegebedarfsindex pro Pflegeheim wird nur der arithmetische Mittelwert und nicht der gewichtete Mittelwert publiziert (nach Pflegetagen in den Pflegebedarfsstufen gewichtet). Dies führt zu einem Fehler bei der Berechnung des gewichteten Pflegebedarfsindex über alle Pflegeheime.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Indikatoren zum Pflegepersonal	2011–2022	<ul style="list-style-type: none">• Pflegepersonal, das in zwei Bereichen arbeitet (z.B. in einer privat-erwerbswirtschaftlichen Spitex und als selbständige Pflegefachperson), wird zwei Mal erfasst.
SASIS		
Bruttoleistungen OKP (inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten)	2010–2022	<ul style="list-style-type: none">• Gesamtsumme der OKP-Beiträge stimmt nicht mit der Gesamtsumme der OKP-Beiträge der SOMED-Statistik überein.
Monatsdaten für Pflegeheime, Spitex und Pflegefachpersonen		