



OBSAN BERICHT
03/2022

Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz

Prognosen bis 2040

Sonia Pellegrini, Laure Dutoit, Olivier Pahud, Michael Dorn



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen und Autoren

- Sonia Pellegrini, Obsan
- Laure Dutoit, Obsan
- Olivier Pahud, Obsan
- Michael Dorn, Obsan

Unter Mitarbeit von

- Jonathan Zufferey, Obsan

Begleitgruppe

- Luc Dapples, Curaviva
- Laura Huber, Kanton Zug
- Cornelis Kooijman und Esther Bättig (Stv.), Spitex Schweiz
- Rudolf Leuthold, Kanton Graubünden
- Silvia Marti Lavanchy, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
- Nicolas Müller, Kanton Genf
- Christian Streit, Senesuisse
- Sandra Schelbert-Konkel und Susanne van Gogh, Kanton Schwyz
- Kai-Bernhard Trachsel, Association Spitex privée Suisse
- Lea von Wartburg, Bundesamt für Gesundheit

Dank des Herausgebers

Expertinnen und Experten der leitfadengestützten Einzelinterviews

- Franziska Zúñiga, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
- Yves Grosclaude, Kanton Neuenburg
- Sophie Chevrey-Schaller, Kanton Jura
- Olivier Paley, Kanton Waadt
- Bibiane Roussel, équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS), Montréal
- Laurent Zemp, BESA Care AG
- Manuel Fischer, BESA Care AG
- Johanna Zawadzynska Friedrich, Spitex Bern & Domicil Bern AG
- Esther Flückiger, Domicil Bern AG
- Claudine Bumbacher, Spitex Bern
- Andreas Sidler, Age-Stiftung
- Jérôme Cosandey, Avenir Suisse

Expertinnen und Experten der Interviews zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

- Jana Bürki, Kanton Aargau
- Stephan Tschöpe, Kanton Basel-Stadt
- Lukas Loher, Kanton Bern
- Michel Blum, Kanton Freiburg
- Laurent Mauler, Kanton Genf
- Orsolya Bolla und Hans Jörg Riem, Kanton Glarus
- Daniel Benz, Kanton Graubünden
- Sophie Chevrey-Schaller, Kanton Jura
- Timothée Hunkeler, Kanton Neuenburg
- Jasmine Suter und Sandra Schelbert-Konkel, Kanton Schwyz
- Anna Barbara Rüeggsegger, Kanton Solothurn
- Ingo Kratisch und Barbara Oesch, Kanton St. Gallen
- Estelle Salamin, Kanton Wallis

Projektleitung Obsan

Sonia Pellegrini

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 03/2022

Zitierweise

Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O. & Dorn, M. (2022). *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040* (Obsan Bericht 03/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel, obsan@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

iStock.com/MatjazSlanic

Titelseite

Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2022

Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2203

ISBN

978-2-940670-20-8



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz

Prognosen bis 2040

Autorinnen und Autoren

Sonia Pellegrini, Laure Dutoit, Olivier Pahud, Michael Dorn

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2022

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4	2.8	Verwendete Datenquellen	34	
Résumé	10	2.9	In den Ergebnissen dargestellte Szenarien	35	
Danksagung	16	3	Inanspruchnahme der Alters- und Langzeitpflegestrukturen in der Schweiz 2019	36	
Abkürzungen	17	3.1	Inanspruchnahme der unterschiedlichen Strukturen	36	
1 Einleitung	18	3.2	Zusammensetzung Klientel in Alters- und Langzeitpflegestrukturen	39	
1.1	Kontext	18	4 Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz: 2019 bis 2040 und 2050	43	
1.2	Ziele und Leitfragen	18	4.1	Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung	44
1.3	Vorgehensweise	19	4.2	Bevölkerungsentwicklung mit Fokus auf die Bevölkerung 65+	45
1.4	Aufbau des Berichts	20	5 Bedarfsprognose bis 2040 aufgrund demografischer Alterung	48	
2 Methode	21	5.1	Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen	48	
2.1	Ziel des Prognosemodells	21	5.2	Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und -Betreuung	51
2.2	Beschreibung der Strukturen und deren Modellierung	21	5.3	Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzetaufenthalten in Pflegeheimen	53
2.2.1	Pflegeheime	22	5.4	Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen	54
2.2.2	Spitex	22	6 Bedarfsprognose bis 2040 unter Veränderungen in der Versorgungspolitik	55	
2.2.3	Intermediäre Strukturen	22	6.1	Alternative Versorgung: Szenarien der Heimentlastung	56
2.3	Funktionsweise des Prognosemodells	24	6.1.1	Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen	56
2.4	Berücksichtigung regionaler Unterschiede in der Bedarfsprognose	27	6.1.2	Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und -Betreuung	57
2.4.1	Clusteranalyse: Zusammenschluss von Kantonen zu Kantonsgruppen	27			
2.4.2	Vier Kantonsgruppen, vier Versorgungsmodelle	27			
2.5	Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung	29			
2.6	Epidemiologische Szenarien: Die Auswirkung des zukünftigen Gesundheitszustands auf die Pflegedauer	29			
2.7	Versorgungspolitische Szenarien	30			
2.7.1	Szenarien der Heimentlastung	30			
2.7.2	Szenario zum Ausbau der betreuten Wohnformen	34			

6.1.3	Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzaufenthalten in Pflegeheimen	60	9	Synthese	90
6.1.4	Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen	61	9.1	Auswirkung der demografischen Alterung auf den Bedarf an Alters- und Langzeitpflege	90
6.2	Szenario zum Ausbau von betreuten Wohnformen	62	9.2	Auswirkung einer alternativen Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen	92
7	Die Auswirkungen von Covid-19 auf die Bedarfsprognosen	64	9.3	Regionale Unterschiede	94
7.1	Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die demografische Entwicklung	65	9.4	Ausbau der betreuten Wohnformen	95
7.2	Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme	65	10	Diskussion	96
7.3	Sensitivitätsanalyse der Bedarfsprognosen aufgrund der Covid-19-Pandemie	67	10.1	Bedeutung der Ergebnisse	96
7.3.1	Auswirkungen einer dauerhaft veränderten Demografie auf die Bedarfsprognosen	67	10.1.1	Eine Herausforderung für alle Alters- und Langzeitpflegestrukturen	96
7.3.2	Auswirkung einer dauerhaften Änderung des Inanspruchnahmeverhaltens auf die Bedarfsprognosen	70	10.1.2	Potenzial und Schwierigkeiten der alternativen Versorgung von leichtpflegebedürftigen Personen	97
7.3.3	Schlussfolgerung der Sensitivitätsanalyse	70	10.1.3	Ausbau von betreuten Wohnformen	98
8	Regionalisierung	71	10.1.4	Weitere mögliche Entwicklung	98
8.1	Porträt der Kantonsgruppen	71	10.2	Bandbreite der Bedarfsprognosen	99
8.2	Bevölkerungsprognose bis 2040 nach Kantonsgruppen	77	10.2.1	Unsicherheit bezüglich Bedarfsprognosen	99
8.3	Regionalisierte Bedarfsprognose bis 2040 aufgrund demografischer Alterung	78	10.2.2	Grenzen der Studie	99
8.3.1	Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen	78	10.2.3	Grenzen der verwendeten Daten	100
8.3.2	Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und -Betreuung	80	10.3	Ausblick	100
8.3.3	Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzaufenthalten in Pflegeheimen	82	11	Literaturverzeichnis	102
8.3.4	Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen	83	12	Anhang	104
8.4	Regionalisierte Bedarfsprognose bis 2040 unter Veränderungen in der Versorgungspolitik	84	12.1	Spitex-Bedarfsprognosen bis 2040: Pflege- und Betreuungsstunden aufgrund demografischer Alterung	104
8.4.1	Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen	84	12.2	Spitex-Bedarfsprognosen bis 2040: Pflege- und Betreuungsstunden unter Veränderungen in der Versorgungs- politik	106
8.4.2	Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und -Betreuung	86	12.3	Szenario der starken Heimentlastung (Pflegestufen 0–4)	108
8.4.3	Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzaufenthalten in Pflegeheimen	88			
8.4.4	Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen	89			

Zusammenfassung

Einleitung

Das schnelle und starke Wachstum der älteren Bevölkerung stellt die Alters- und Langzeitpflegestrukturen vor grosse Herausforderungen.

In den nächsten zwei Jahrzehnten beschleunigt sich die Alterung der Bevölkerung in der Schweiz stark. Gemäss dem mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung (BFS, 2020c) wächst bis 2040 die Altersklasse 65+ um die Hälfte (+52%), während sich die Altersklasse 80+ nahezu verdoppelt (+88%). So wie die geburtenstarken Jahrgänge (1945–1965) der Babyboomer in der Vergangenheit für die Eröffnung neuer Schulklassen verantwortlich waren, werden sie mit dem Eintritt ins höhere Alter die Schaffung von zusätzlichen Kapazitäten der Alters- und Langzeitpflege notwendig machen. Derzeit überlegen sich viele Kantone und Gemeinden, mit welchen Strategien sie dieser Herausforderung bestmöglich begegnen können. Allerdings stammt die letzte schweizweite Bedarfsprognose der Alters- und Langzeitpflege aus dem Jahr 2010 und basiert auf Daten von 2008 (Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010), weshalb das Obsan nach Konsultation der betroffenen Akteurinnen und Akteure beschlossen hat, aktualisierte Bedarfsprognosen für den Zeithorizont 2040 zur Verfügung zu stellen. Hierzu wird das im Jahr 2018 vom Obsan neu entwickelte erweiterte Prognosemodell zur Planung der Alters- und Langzeitpflege verwendet.

Ziele

Die Studie zeigt die Auswirkung der demografischen Alterung und versorgungspolitischer Entscheide auf den Bedarf an Alters- und Langzeitpflege auf.

Die Studie verfolgt zwei übergeordnete Ziele. Erstens zeigt sie auf, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege bis ins Jahr 2040 aufgrund der Alterung der Bevölkerung entwickelt. Der zukünftige Bedarf wird berechnet, indem nur die demografischen

und epidemiologischen Entwicklungen berücksichtigt werden, unter der Annahme, dass die aktuelle Versorgungspolitik unverändert bleibt. Zweitens zeigen Simulationen auf, wie sich der Bedarf entwickeln könnte, wenn sich neben den demografischen und epidemiologischen Entwicklungen auch die Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege verändern würde. Hierbei wird insbesondere simuliert, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege verändert, wenn eine Mehrheit der heute leichtpflegebedürftigen Personen nicht mehr im Pflegeheim untergebracht werden, sondern im angestammten Zuhause bleiben oder in betreute Wohnformen umziehen. Des Weiteren wird in einem eigenständigen Szenario simuliert, welchen Einfluss eine erhöhte Nachfrage auf betreute Wohnformen hätte.

Methode

Neben den Pflegeheimen umfasst das Prognosemodell erstmalig auch die Spitex-Dienste und die intermediären Strukturen sowie Substitutionsflüsse zwischen den berücksichtigten Strukturen.

Das Prognosemodell wurde so konzipiert, dass es den gesamten Sektor der Alters- und Langzeitpflege abdeckt. Zu den im Prognosemodell berücksichtigten Strukturen gehören im stationären Bereich die **Pflegeheime**, während es im ambulanten Bereich die **Spitex-Dienste** mit deren Pflege- sowie Betreuungsleistungen sind. Im intermediären Bereich werden die **Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen** und die **betreuten Wohnformen**¹ berücksichtigt. Die Tages- und Nachtstrukturen konnten aufgrund fehlender oder lückenhafter Daten nicht in die Bedarfsprognose aufgenommen werden. Das Prognosemodell berücksichtigt auch die Substitutionsflüsse zwischen den Strukturen. Wird beispielsweise der Zugang zu einer Struktur begrenzt, so müssen die wegfallenden Kapazitäten in einer anderen Struktur aufgefangen werden. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Verlagerung von stationär zu ambulant.

¹ Umfasst alle Arten von Wohnungen, die speziell an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sind und ausschliesslich dieser Klientel angeboten werden, mit und ohne zusätzliche Pflege- und Betreuungsangebote (gemäss Definition in Werner et al., 2021).

Die Bedarfsprognosen werden durch die Bevölkerungsentwicklung, die epidemiologische Entwicklung und die Versorgungspolitik determiniert.

Das Prognosemodell dient als **Simulation** möglicher Entwicklungen des zukünftigen Bedarfs an Alters- und Langzeitpflege unter dem Motto «was wäre, wenn...». Die Ergebnisse stellen somit keine Vorhersage dar, sondern schätzen eine Grössenordnung des zukünftigen Bedarfs unter gewissen Annahmen. Für die Bedarfsprognosen sind drei **Einflussfaktoren** von massgebender Bedeutung:

- die demografische Entwicklung der älteren Bevölkerung,
- die epidemiologische Entwicklung der älteren Bevölkerung,
- Annahmen zur Organisation der Versorgung im Bereich der Alters- und Langzeitpflege.

Modellierungsentscheide unter Einbezug von Expertinnen und Experten aus der Alters- und Langzeitpflege

Die Studie wurde durch eine Begleitgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, der Fachverbände und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) begleitet. Nebst der Begleitung der Studie wurden die Modellierungen der versorgungspolitischen Szenarien in enger Zusammenarbeit definiert. Zusätzlich wurden Experteninterviews durchgeführt, um spezifische Informationen zu unter anderem den nachfolgenden Fragen zu sammeln: Bis zu welcher Pflegestufe wäre eine Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern ausserhalb der Pflegeheime vorstellbar? Welche Auswirkungen hat die Covid-19-Pandemie auf die Alters- und Langzeitpflege?

Regionale Differenzierung der Bedarfsprognosen

In der Schweiz ist die Alters- und Langzeitpflege regional sehr unterschiedlich organisiert (Dutoit, Füglistler-Dousse & Pellegrini 2016; Dutoit, Pellegrini & Füglistler-Dousse, 2016). Einige Kantone sind eher auf die ambulante Versorgung ausgerichtet, während in anderen Kantonen der stationäre Bereich stärker ausgebaut ist. Je nach Ausrichtung haben potenzielle Veränderungen in der Versorgungspolitik eine stärkere oder schwächere Auswirkung auf den strukturspezifischen Bedarf an Alters- und Langzeitpflege. Um den regionalen Unterschieden Rechnung zu tragen, wurden Kantone mit einer möglichst ähnlichen Versorgungspolitik im Bereich Alters- und Langzeitpflege mit Hilfe einer Clusteranalyse zu vier Kantongruppen zusammengefasst:²

- stark ambulant-orientierte Kantone (GE, JU, NE, TI und VD);

- zunehmend ambulant-orientierte Kantone (BE, BS, FR und VS);
- stationär- und ambulant-orientierte Kantone (AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH);
- stationär-orientierte Kantone (AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR);

Daten

Die Informationen zu den Alters- und Langzeitpflegestrukturen stammen hauptsächlich aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und aus der Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Für die betreuten Wohnformen wurden Informationen aus einer Kantonsbefragung verwendet, welche Ecoplan im Rahmen eines Mandats für das Obsan durchgeführt hat (Werner et al. 2021). Die verfügbaren Daten schränken die Möglichkeiten der Modellierungen in mehrfacher Hinsicht ein. Erstens bestimmen sie die berücksichtigten Strukturen sowie den Grad der Genauigkeit der Bedarfsprognosen, insbesondere im Bereich der Spitex. Zweitens bedingen sie die gewählten Szenarien, deren Modellierungsweise sowie die Anzahl der Annahmen, welche getroffen werden müssen.

Die Prognosen basieren auf Daten aus dem Jahr 2019, dem letzten Jahr, das nicht von der Covid-19-Pandemie beeinflusst wurde. Der potenzielle Einfluss der Pandemie auf die Prognosen wird ausführlich im Kapitel 7 diskutiert. Kurz gesagt, wir gehen davon aus, dass ein Einfluss auf die Prognosen für das Jahr 2030 oder 2040 unwahrscheinlich ist.

Auswirkung der demografischen Alterung

Der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung bis ins Jahr 2040 um die Hälfte (+56%) steigen.

Auf Basis des mittleren Szenarios der Bevölkerungsentwicklung (BFS, 2020c) wird erwartet, dass der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege um mehr als die Hälfte (+56%) steigen wird. Diese Prognose basiert auf der Annahme *unter sonst gleichen Bedingungen*, d.h. unter gleichbleibender Pflegedauer³ und einer unveränderten Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege (im Bericht Referenzszenario genannt). Unter der Berücksichtigung eines besseren respektive schlechteren zukünftigen Gesund-

vergleichen mit dem Referenzjahr 2019 von einem Anstieg der Dauer der Pflegebedürftigkeit ausgeht und (3) das Szenario der verkürzten Pflegedauer, welches annimmt, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit verglichen mit dem Referenzjahr 2019 leicht abnimmt.

² Wichtige Indikatoren dafür waren u.a. die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime, die Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege und der Anteil der leichtpflegebedürftigen Personen in den Pflegeheimen.

³ Die epidemiologische Entwicklung ist durch drei Szenarien modelliert: (1) das Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer, welches davon ausgeht, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit gleich wie im Referenzjahr 2019 bleibt, (2) das Szenario der verlängerten Pflegedauer, welches

heitszustands der älteren Bevölkerung könnte sich das Bedarfs-wachstum zwischen +47% (bei verkürzter Pflegedauer) und +65% (bei verlängerter Pflegedauer) bewegen.

Pflegeheime zeigen den stärksten Bedarfsanstieg (+69%). Eine unveränderte Versorgungspolitik würde 54 335 zusätzliche Langzeitbetten bis ins Jahr 2040 erfordern.

Am stärksten wird der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege (+69%) in den Pflegeheimen wachsen, wo bis ins Jahr 2040 **+54 335 zusätzliche Langzeitbetten** benötigt werden. Dies entspricht der Schaffung von +2 587 neuen Betten pro Jahr oder – bei einer gegenwärtigen Durchschnittsgrösse von 59 Betten pro Pflegeheim – schätzungsweise +921 zusätzlichen Pflegeheimen bis 2040 gegenüber dem aktuellen Bestand.

In der Spitex-Pflege ist mit 101 921 zusätzlichen Klientinnen und Klienten (+52%) zu rechnen.

In der Spitex-Pflege werden die Klientinnen und Klienten bis ins Jahr 2040 um **+101 921 zusätzliche Personen** ansteigen, was einem Wachstum von +52% entspricht. Dies kommt einem jährlichen Zuwachs von +4 853 Klientinnen und Klienten bis ins Jahr 2040 gleich. In einem ähnlichen Ausmass zeigt sich das prozentuale Wachstum im Bereich der Spitex-Betreuung, wo die Anzahl der Klientinnen und Klienten ebenfalls um mehr als die Hälfte (+54%; +47 038 Personen) ansteigen wird.

Intermediäre Strukturen: In Kurzeitaufenthalten liegt der Bedarfsanstieg bei +63%, während es bei den betreuten Wohnformen +43% sind.

Kurzeitaufenthalte in Pflegeheimen stellen für zuhause lebende Personen und deren pflegende Angehörige eine wichtige Entlassungsstruktur dar, z.B. nach einem stationären Spitalaufenthalt. In diesem Bereich ist im Jahr 2040 mit 3 221 Klientinnen und Klienten zu rechnen, was **+1 242 zusätzlichen Kurzzeitbetten entspricht** (+63%).

Die betreuten Wohnformen weisen die jüngste Bewohnerschaft aus: Gut die Hälfte (49%) der Bewohnerinnen und Bewohner ist zwischen 65 und 79 Jahre alt. Dementsprechend zeigt sich mit einem Zuwachs von +14 154 Personen (+43%) auch das schwächste Bedarfswachstum aller berücksichtigten Alters- und Langzeitpflegestrukturen. Da eine betreute Wohnform in der Schweiz in ungefähr einem von zehn Fällen durch mehr als eine Person belegt ist, könnte dieser Anstieg **+13 353 neu zu schaffenden Wohnungen** entsprechen.

Auswirkung einer alternativen Versorgung ausserhalb von Pflegeheimen für leichtpflegebedürftige Personen

Gegenwärtig werden in vielen Kantonen Massnahmen diskutiert, welche einerseits dem Wunsch älterer Menschen, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu leben, entgegenkommen und andererseits darauf abzielen, den zusätzlichen Bedarf an Pflegeheimbetten zu begrenzen. In dieser Studie wurden zwei Szenarien modelliert, welche die mögliche Entwicklung des Bedarfs aufzeigen, wenn die Mehrheit der derzeit im Pflegeheim versorgte leichtpflegebedürftige Personen alternativ (Zuhause oder in einer betreuten Wohnform) versorgt würden und zukünftig nicht mehr in ein Pflegeheim eintreten. Das erste Szenario betrifft Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegestufen 0 bis 2 (d.h. 0 bis 40 Minuten Pflege täglich), während das zweite Szenario die Pflegestufen 0 bis 3 (0 bis 60 Minuten Pflege täglich) berücksichtigt.

Eine alternative Versorgung für leichtpflegebedürftige Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner reduziert den zukünftigen Bedarf an Langzeitbetten, stellt jedoch einen erheblichen Bedarfsanstieg in der Spitex und intermediären Strukturen dar.

Die Bedarfsprognosen zeigen, dass diese Massnahme interessantes Potenzial bergen, den Bedarfsanstieg an Pflegeheimbetten zu begrenzen. Im Vergleich zum Referenzszenario (+54 335 Betten; +69%) würde sich der erwartete Anstieg im Szenario der Pflegestufen 0–2 auf +44 224 Betten (+58%) belaufen, während es im Szenario der Pflegestufen 0–3 insgesamt +40 321 Betten (+53%) wären. Falls für leichtpflegebedürftige Personen Alternativen zu den Pflegeheimen geschaffen werden, so könnte sich der zusätzliche Bedarf an Langzeitbetten um –10 111 bis –14 014 Einheiten reduzieren. Zur Veranschaulichung: Dies entspricht bis ins Jahr 2040 ungefähr +750 (Pflegestufen 0–2) beziehungsweise +683 (Pflegestufen 0–3) zusätzlichen Pflegeheimen anstelle der +921 zusätzlichen Pflegeheime unter unveränderter Versorgungspolitik.

Gleichzeitig verursacht die alternative Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen ausserhalb der Pflegeheime einen erheblichen Bedarfsanstieg in der häuslichen Pflege. Es müsste mit +14 301 bis +19 824 zusätzlichen Klientinnen und Klienten auf die prognostizierte Anzahl +101 921 zusätzlichen Klientinnen und Klienten unter unveränderter Versorgungspolitik gerechnet werden. Folglich würde der Bedarf an häuslicher Pflege von +52% auf +60% respektive +63% ansteigen.

Auch in den intermediären Strukturen führt die alternative Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen ausserhalb der Pflegeheime zu einem erheblichen Bedarfsanstieg. Es wäre mit +150 bis +204 zusätzlichen Kurzzeitbetten auf die prognostizierten +1 242 Betten im Referenzszenario zu rechnen. Somit erhöht sich der gesamte Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in dieser Struktur auf +70% respektive +73% (gegenüber +63% im Referenzszenario).

Des Weiteren resultieren Substitutionsflüsse von +6 677 und +9 305 Personen in Richtung der betreuten Wohnformen, was gegenüber dem Referenzszenario (+43%) einer Erhöhung des zusätzlichen Bedarfs auf +64% (Pflegestufen 0 bis 2) respektive +72% (Pflegestufen 0 bis 3) gleichkommt. Dementsprechend werden aufgrund der Substitutionsflüsse bis ins Jahr 2040 zu den bereits +13 353 zusätzlich benötigten Wohnungen weitere +6 299 bis +8 778 zusätzliche Wohnungen hinzukommen.

Entwicklung von betreuten Wohnformen für ältere Menschen

Die Nachfrage dürfte grösser sein als erwartet

Dieses Szenario geht davon aus, dass die Nachfrage nach betreuten Wohnformen derzeit höher ist als die tatsächlich beobachtete Nachfrage im Referenzjahr 2019. Es postuliert folglich die Existenz einer unbefriedigten Nachfrage. Dieses Szenario ist unabhängig von den vorangehenden Szenarien und basiert auf den nachfolgenden Beobachtungen. In vielen Regionen würden zunehmend pflegebedürftige ältere Menschen gerne in eine betreute Wohnform ziehen, aber das erforderliche Angebot ist nicht vorhanden oder ist aus finanziellen Gründen nicht verfügbar. Daher simuliert dieses Szenario einen zukünftigen Bedarf unter der Annahme, dass die tatsächlich beobachtete Nachfrage von 2% um eineinhalb Mal so hoch ist, was von den Expertinnen und Experten als eine plausible Annahme angesehen wird. Unter dieser Annahme würde der geschätzte Bedarf bis im Jahr 2040 +35 469 zusätzliche Wohnungen umfassen.

Regionale Unterschiede

Die demografische Alterung ist nicht überall gleich stark ausgeprägt.

Die demografische Entwicklung der älteren Bevölkerung variiert von Kantonsgruppe zu Kantonsgruppe deutlich. **Das Wachstum der Bevölkerung 65+ bis ins Jahr 2040 ist in der Gruppe der stark ambulant ausgerichteten Kantone am geringsten (+44%).** Es ist vor allem die Altersklasse 80+, welche vergleichsweise schwach wächst: +67% versus +90% bis +99% in den anderen Kantonsgruppen. Die Gründe für dieses schwache Wachstum ist gemäss Bevölkerungsprognosen (BFS, 2020c) zum einen auf die negative interregionale Binnenwanderung⁴ zurückzuführen und zum anderen auf den vergleichsweise hohen Anteil an Auswanderungen im Pensionsalter. Da das Ausmass der demografischen Entwicklung einer der wichtigen Treiber der Bedarfsprognose ist, fällt der Bedarfsanstieg in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe

dementsprechend niedriger aus. Am höchsten ist der Bedarfsanstieg jeweils in der stationär- und ambulant-orientierten sowie der stationär-orientierten Kantonsgruppe.

In der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe ist das Entlastungspotenzial der Pflegeheime bereits stark ausgeschöpft, während in den stationär geprägten Kantonsgruppen interessantes Potenzial besteht.

Das Potenzial, den Bedarf an zusätzlichen Pflegeheimbetten durch eine Verlagerung von Kapazitäten in andere Alters- und Langzeitpflegestrukturen zu mildern, ist nicht in allen Kantonsgruppen gleich gross. Dieses Potenzial hängt stark davon ab, wie hoch der Anteil der leichtpflegebedürftigen Personen ist, die derzeit in Pflegeheimen untergebracht sind. In der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe ist dieses Potenzial bereits stärker ausgeschöpft, da für leichtpflegebedürftige Personen Alternativen zu den Pflegeheimen bereits weitgehend umgesetzt sind. Unter dem kleinen Anteil von leichtpflegebedürftigen Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner besteht nach Expertenmeinung nur noch begrenztes Potenzial für eine Versorgung ausserhalb der Pflegeheime. Da beispielsweise die Beratungsstellen vorherige Bedarfsanalysen durchführen, ist davon auszugehen, dass für die 3% der Personen, die trotz einer leichten Pflegestufe in ein Pflegeheim eintreten, kaum eine Alternative in Frage kommt. Folglich unterscheiden sich in dieser Kantonsgruppe die strukturspezifischen Bedarfsprognosen in den verschiedenen Szenarien nur geringfügig voneinander. Die Kantone in dieser Gruppe haben eher begrenzte Möglichkeiten, den steigenden Bedarf zu decken, ohne neue Strukturen zu eröffnen oder bestehende Strukturen auszubauen. Der Bedarf an zusätzlichen Pflegeheimbetten sinkt nämlich von +55% im Referenzszenario auf +54% bei alternativer Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen.

Demgegenüber haben Kantone, welche einen relativ hohen Anteil an leichtpflegebedürftigen Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern haben, einen grösseren Spielraum für die Umverteilung von Plätzen, ohne kurzfristig neue Pflegeheime eröffnen zu müssen. Beispielsweise sinkt der Bedarf an zusätzlichen Pflegeheimbetten in der stationär-orientierten Kantonsgruppe von +76% im Referenzszenario auf +53% (Pflegestufe 0–2) beziehungsweise +45% (Pflegestufe 0–3) bei einer alternativen Versorgung.

⁴ D.h., es wandern im Pensionsalter mehr Personen in die drei anderen Kantonsgruppen ab, als insgesamt aus diesen drei Kantonsgruppen zuwandern.

Schlussfolgerungen

Das Bedarfswachstum ist nicht neu, allerdings sollte dessen Geschwindigkeit und Ausmass in den zwei nächsten Jahrzehnten unsere Aufmerksamkeit erregen

Der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege nimmt aufgrund der beschleunigten Alterung der Bevölkerung stark zu und wird das Gesundheitswesen in der Schweiz in den nächsten Jahren vor grosse Herausforderungen stellen. Alle Alters- und Langzeitpflegestrukturen (inklusive der pflegenden Angehörigen) werden stark gefordert sein, um die zukünftige Anzahl von pflege- sowie betreuungsbedürftigen älteren Menschen versorgen zu können. Es ist anzumerken, dass die Wachstumsrate der älteren Bevölkerung in den nächsten beiden Jahrzehnten deutlich höher ist, als von 2010 bis 2020 (+25% von 2010 bis 2020, +42% von 2020 bis 2030 und +83% von 2030 bis 2040 für die Bevölkerung im Alter von 80+ Jahren, welche die am stärksten von Alters- und Langzeitpflege betroffene Bevölkerungsgruppe ist).

Eine Herausforderung aus organisatorischer, personeller und finanzieller Hinsicht

Dieser starke Bedarfsanstieg verdeutlicht nicht nur den zu erwartenden infrastrukturellen Engpass, sondern auch den bevorstehenden Personalmangel. So zeigt der aktuellste Pflegepersonalbericht des Obsan und der GDK, dass in den Pflegeheimen bis ins Jahr 2035 über +35 000 zusätzliche Pflege- und Betreuungspersonen benötigt werden, während es in der Spitex über +19 000 sind (vgl. Merçay et al., 2021). Auch in Bezug auf die Finanzierung stellt das Wachstum der älteren Bevölkerung eine Herausforderung dar. So könnten sich laut Brändle und Colombier (2017) die Ausgaben für die Alters- und Langzeitpflege fast verdoppeln und im Jahr 2045 3,4% des BIP ausmachen.

Die Entwicklung von Alternativen zu den Pflegeheimen akzentuiert den Bedarf in den anderen Strukturen.

Die Suche und die Entwicklung von Alternativen zu den Pflegeheimen für ältere leichtpflegebedürftige Personen ermöglicht es, den starken Bedarfsanstieg an Langzeitbetten in Pflegeheimen etwas zu mildern. Allerdings verschiebt diese Entlastung den Bedarf in die Spitex, in die intermediären Strukturen und zu den pflegenden Angehörigen, welche bereits heute mit Kapazitäts-, Personal- oder Finanzierungengpässen konfrontiert sind. In diesen Bereichen würde der Bedarf deutlich steigen und zusätzliche Anstrengungen zu ihrem Ausbau und ihrer Unterstützung erfordern. In welchem Ausmass alternative Versorgungsszenarien von leichtpflegebedürftigen Personen tatsächlich realisierbar sind, muss gerade vor diesen Hintergründen eingehend geprüft werden.

Entwicklung der Pflegedauer bei zunehmender Lebenserwartung

Neben der demografischen Entwicklung ist die Entwicklung des Gesundheitszustands älterer Menschen und insbesondere die damit assoziierte Dauer der Pflegebedürftigkeit eine wichtige Determinante der Bedarfsprognosen. Je nachdem, welche Annahme hinsichtlich einer verkürzten oder verlängerten Pflegedauer den Modellierungen zugrunde gelegt wird, variieren die Bedarfsprognosen in einer Bandbreite von plus oder minus 11 Prozentpunkten. Wesentliche Entwicklungen der Pflegedauer scheinen jedoch eher unwahrscheinlich, da aktuelle Studien keine grösseren Veränderungen der Pflegebedürftigkeit über die Zeit zeigen. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit ist in der Schweiz im letzten Jahrzehnt eher stabil geblieben, allenfalls gar leicht rückläufig (für einen Literaturüberblick siehe Seematter et al., 2021). Es ist allerdings vorstellbar, dass, wenn sich die Palliativmedizin und die Patientenverfügung in Zukunft weiterverbreiten sollten, sich dies auf die Dauer des letzten Lebensabschnitts und somit auf die anfallende Pflegedauer auswirkt.

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

Die Covid-19-Pandemie hat im Jahr 2020 zu einem Anstieg der Todesfälle bei älteren Menschen (+14%) geführt, insbesondere bei 80-jährigen und älteren Personen (+16%), welche die Alters- und Langzeitpflege in besonderem Ausmass beanspruchen (BFS, 2021b). Sollte sich die Covid-19-Pandemie fortsetzen und die Sterblichkeit der älteren Bevölkerung nachhaltig beeinflussen, so würde eine Revision der vorgestellten Bedarfsprognosen notwendig werden. Allerdings erscheint dies bei Redaktionsschluss dieses Berichts aufgrund verfügbarer Daten aus dem Jahr 2021 als eher unwahrscheinlich, da sich die Zahl der Todesfälle von 2020 auf 2021 wieder reduziert hat (Locatelli & Rousson, 2022). Darüber hinaus zeigt die Sensitivitätsanalyse (siehe Kapitel 7.3), dass der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege auch bei einer schwächeren demografischen Entwicklung weiterhin deutlich zunimmt und stärker ansteigt als im vergangenen Jahrzehnt.

In gewissen Kantonen hat die Covid-19-Pandemie das Eintrittsverhalten in ein Pflegeheim beeinflusst und als Beschleuniger für die Verlagerung in den ambulanten Bereich gewirkt. Hierbei handelt es sich primär um Kantone, in denen der Zugang zu Pflegeheimen allen Personen offensteht und nicht auf Personen beschränkt ist, welche keine medizinischen Alternativen mehr haben. Unseren Schätzungen zufolge entspricht der im Jahr 2020 beobachtete Rückgang der Pflegeheimeintritte (-3% im nationalen Durchschnitt) einem Szenario, in welchem nur Personen ohne Pflegebedarf (d.h. Pflegestufe 0) nicht in ein Pflegeheim eintreten würden. Die beobachteten Veränderungen im Eintrittsverhalten bleiben folglich noch deutlich unter den hier modellierten Szenarien der alternativen Versorgung der Personen mit Pflegestufe 0 bis 2 respektive 0 bis 3.

Ausblick

Das erweiterte Prognosemodell steht den Kantonen zur Verfügung

Das vom Obsan neu entwickelte Prognosemodell bietet den Kantonen und den für die Versorgungsplanungen verantwortlichen Personen neue Möglichkeiten, indem es eine Ausweitung der Bedarfsprognosen auf die häusliche Pflege und die intermediären Strukturen ermöglicht sowie Simulationen von Substitutionsflüssen zwischen den Strukturen erlaubt. Hierbei kann das Prognosemodell auf spezifische kantonale Gegebenheiten und Bedürfnisse angepasst sowie um kantonseigene Daten erweitert werden. Dementsprechend ermöglicht es interessierten Kantonen eine integrierte Planung des gesamten Versorgungsbereichs der Alters- und Langzeitpflege.

Das Modell bildet eine Grundlage für Kostenprognosen und das Ausloten von Finanzierungsmodellen.

Das Prognosemodell bildet auch eine Grundlage für eine Prognose der zukünftigen Kosten der Alters- und Langzeitpflege, nicht nur insgesamt, sondern auch nach Finanzierungsquelle (obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP, Kantone, aber auch AHV-Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung). Würde das Prognosemodell entsprechend ergänzt, so könnte es beispielsweise die Auswirkungen der Substitution von Pflegeheimen durch andere Strukturen für leichtpflegebedürftige Personen auf die Kosten und deren Finanzierungsquellen aufzeigen. Des Weiteren würde sich mit dem Prognosemodell auch die Möglichkeit bieten, die Auswirkungen eines Übergangs zu einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen der Alters- und Langzeitpflege zu simulieren oder andere Entwicklungen im Finanzierungssystem zu analysieren.

Bessere Daten sind notwendig, um die Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege empirisch zu unterstützen.

Diese Studie hat deutlich aufgezeigt, dass in der Schweiz weiterhin ein Bedarf an genaueren und vor allem auch vollständigeren/umfassenderen Daten im Bereich der Alters- und Langzeitpflege besteht. Die fehlenden Individualdaten im Bereich der Spitex reduzieren die Planungsgenauigkeit im ambulanten Bereich deutlich, während die Datenlage zu den intermediären Strukturen wie den betreuten Wohnformen sowie den Tages- und Nachtstrukturen (noch) punktuell und lückenhaft ist. Zudem kann die Erhebung der intermediären Strukturen, welche 2015 erstmalig durchgeführt und 2020 aktualisiert wurde (Werner et al. 2016, Werner et al. 2021), vom Obsan nicht dauerhaft sichergestellt werden. Allerdings werden Daten zu den ambulanten wie auch intermediären Strukturen für integrierte Planungszwecke immer wichtiger. In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig,

eine Diskussion über mögliche Anpassungen der bestehenden Datenerhebungen zu beginnen, damit diese den neuen Bedürfnissen entsprechen.

Résumé

Introduction

La croissance importante et rapide de la population âgée met les structures de soins de longue durée au-devant de défis majeurs.

Au cours des deux prochaines décennies, le vieillissement de la population s'accélérera fortement en Suisse. Selon le scénario de l'évolution démographique moyen (OFS, 2020c), l'effectif des personnes de 65+ ans est appelé à augmenter de moitié (+52%) et celui des personnes de 80+ ans à quasi doubler (+88%) d'ici 2040. Tout comme des classes supplémentaires avaient été ouvertes lorsqu'ils étaient enfants, l'arrivée des baby-boomers (1945–1965) au grand âge nécessitera la création de capacités supplémentaires dans les soins de longue durée. Actuellement, beaucoup de cantons et communes réfléchissent aux meilleures stratégies possibles pour y répondre. Les dernières projections des besoins en soins de longue durée à l'échelle nationale dataient cependant de 2010, sur la base de données de 2008 (Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010). C'est pourquoi l'Obsan a décidé, après consultation des acteurs concernés, d'actualiser les projections à l'horizon 2040. Pour ce faire, le nouveau modèle de projection pour la planification des soins de longue durée, développé en 2018 par l'Obsan, a été utilisé.

Objectifs

L'étude montre l'impact du vieillissement démographique et de changements dans la politique de prise en charge sur les besoins en structures de soins de longue durée.

L'étude poursuit deux objectifs principaux. Premièrement, elle montre comment les besoins en soins de longue durée évolueront jusqu'en 2040 sous l'effet du vieillissement de la population. Les besoins futurs sont calculés en tenant compte uniquement des évolutions démographiques et épidémiologiques, en supposant une politique de prise en charge inchangée. Deuxièmement, elle montre par des simulations comment les besoins pourraient

évoluer si, outre les évolutions démographiques et épidémiologiques, la politique de prise en charge dans le domaine des soins de longue durée changeait. On simule en particulier l'évolution du besoin en structures de soins qui résulterait d'une prise en charge à domicile ou dans une forme de logement pour personnes âgées d'une majorité des personnes légèrement dépendantes de soins actuellement placées en établissements médico-sociaux (EMS). Est également simulé, dans un scénario séparé, l'impact qu'aurait une demande accrue pour des logements pour personnes âgées (logements protégés y.c.).

Méthode

Outre les EMS, le modèle de projection comprend pour la première fois les services d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires, ainsi que les flux de substitution entre les différentes structures.

Le modèle de projection a été conçu pour couvrir l'ensemble du secteur des soins de longue durée. Les structures prises en compte dans le modèle sont, dans le domaine stationnaire, **les EMS**, tandis que dans le domaine ambulatoire, ce sont **les services d'aide et de soins à domicile**. Parmi les structures intermédiaires, **les courts séjours en EMS** et **les logements pour personnes âgées (logements protégés y.c.)**⁵ sont pris en compte. Les structures de jour et de nuit n'ont pas pu être intégrées en raison de données incomplètes. Le modèle de projection tient également compte des flux de substitution entre les structures. Si, par exemple, l'accès à une structure est restreint, les capacités supprimées doivent être absorbées par une autre structure. L'exemple type est le passage d'une prise en charge stationnaire à une prise en charge ambulatoire.

Démographie, épidémiologie et politique de prise en charge sont les trois déterminants des projections.

Le modèle de projection **simule** les évolutions possibles des besoins futurs en se basant sur le principe « Que se passerait-il

⁵ Comprend tous les types de logements spécifiquement adaptés aux besoins des personnes âgées et proposés exclusivement à cette clientèle, avec et sans offres complémentaires de soins et d'aide (selon définition retenue dans Werner et al., 2021).

si... ». Les résultats ne constituent donc pas une prédiction, mais estiment un ordre de grandeur des besoins futurs sous différentes hypothèses. Les trois **facteurs d'influence** suivants sont déterminants pour les projections:

- l'évolution démographique de la population âgée;
- l'évolution épidémiologique dans ce groupe d'âge;
- les hypothèses sur l'organisation de la prise en charge.

Participation d'experts des soins de longue durée aux décisions de modélisation

L'étude a été suivie par un groupe d'accompagnement composé de représentants des cantons, des associations professionnelles et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Outre leurs expertise et conseils, les membres du groupe d'accompagnement ont activement contribué à définir les scénarios de politique de prise en charge modélisés. En complément, et afin de recueillir certaines informations spécifiques, des entretiens avec des experts ont été menés sur des thèmes particuliers. Ceux-ci concernaient principalement les niveaux de soins jusqu'auxquels une prise en charge hors EMS est envisageable et les effets de la pandémie de Covid-19.

Différenciation régionale des projections des besoins

En Suisse, l'organisation des soins de longue durée varie considérablement d'une région à l'autre (Dutoit, Füglistler-Dousse & Pellegrini 2016; Dutoit, Pellegrini & Füglistler-Dousse, 2016). Certains cantons sont fortement orientés vers les soins ambulatoires, alors que d'autres sont davantage tournés vers les EMS. Selon l'organisation de la prise en charge, les changements simulés dans la politique de soins ont un impact différent. Afin de tenir compte de ces différences régionales, les cantons ont été regroupés, à l'aide d'une analyse en clusters, en quatre groupes ayant une politique des soins de longue durée la plus similaire possible:⁶

- cantons fortement orientés vers l'ambulatoire (GE, JU, NE, TI et VD);
- cantons de plus en plus orientés vers l'ambulatoire (BE, BS, FR et VS);
- cantons orientés à la fois vers le stationnaire et vers l'ambulatoire (AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG et ZH);
- cantons orientés vers le stationnaire (AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ et UR).

⁶ Les indicateurs importants à cet égard étaient notamment le taux de recours aux EMS, le taux de recours aux soins à domicile et la proportion de personnes peu dépendantes dans les EMS.

⁷ L'évolution épidémiologique est modélisée à travers trois scénarios : (1) le scénario de durée des soins constante, qui suppose que le

Données

Les informations sur les structures de soins de longue durée proviennent principalement de la statistique des établissements médico-sociaux (SOMED) et de la statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les données concernant les formes de logement pour personnes âgées (logements protégés y.c.) proviennent d'une enquête menée auprès des cantons sur mandat de l'Obsan (Werner et al. 2021). Les données disponibles limitent à plusieurs égards les possibilités de modélisation. Premièrement, elles déterminent les structures prises en compte ainsi que le degré de précision de la projection des besoins, en particulier dans les soins à domicile. Deuxièmement, elles conditionnent les scénarios choisis et la manière de les modéliser ainsi que le nombre d'hypothèses qui doivent être posées.

Les projections se basent sur les données de l'année 2019, année la plus récente non impactée par la pandémie de Covid-19. L'influence potentielle de la pandémie sur les projections est discutée plus loin et en détails au chapitre 7. En bref, nous partons de l'idée qu'un impact sur les projections à l'horizon 2030 ou 2040 est peu probable.

Impact du vieillissement démographique

Les besoins en soins de longue durée augmenteront de moitié (+56%) d'ici 2040 en raison du vieillissement de la population.

Sur la base des projections démographiques (OFS 2020c, scénario moyen), on s'attend à une augmentation de plus de la moitié (+56%) des besoins en soins de longue durée. Cette projection est faite sous l'hypothèse *toutes choses égales par ailleurs*, à savoir d'une durée de soins constante et d'une politique de prise en charge inchangée. Si l'on fait l'hypothèse d'une amélioration ou d'une détérioration⁷ de l'état de santé de la population âgée, la croissance des besoins pourrait se situer entre +47% (pour une durée de soins réduite) et +65% (pour une durée de soins prolongée).

nombre d'années avec dépendance reste identique à celui de l'année de référence 2019, (2) le scénario de durée des soins prolongée, qui suppose une augmentation de la durée de la dépendance par rapport à l'année de référence 2019 et (3) le scénario de durée des soins réduite, qui suppose que la durée de la dépendance diminue légèrement par rapport à l'année de référence 2019.

Les EMS présentent la plus forte croissance des besoins (+69%). Une politique de prise en charge inchangée nécessiterait +54 335 lits de long séjour supplémentaires d'ici 2040.

La croissance la plus forte des besoins (+69%) est enregistrée dans les EMS, où plus de **+54 335 lits de long séjour supplémentaires** seraient nécessaires d'ici 2040. Cela correspond à la création de +2 587 nouveaux lits par an, soit – sur la base d'une taille moyenne actuelle de 59 lits par EMS – à quelque +921 EMS supplémentaires d'ici 2040 par rapport au parc actuel.

Les soins à domicile devraient compter +101 921 clients supplémentaires (+52%).

Dans le secteur des soins à domicile, le nombre de clients devrait augmenter de **+101 921 personnes** d'ici 2040, ce qui représente une croissance de 52%. Cela équivaut à une augmentation annuelle de +4 853 clients jusqu'en 2040. La croissance en pourcentage est similaire dans le domaine de l'aide à domicile, où le nombre de clients augmenterait également de plus de la moitié (+54%; +47 038 personnes).

Dans les structures intermédiaires, l'augmentation des besoins est de +63% pour les courts séjours et de +43% pour les logements pour personnes âgées.

Les courts séjours en EMS représentent une structure de répit importante pour les personnes vivant à domicile et leurs proches aidants, ainsi qu'un lieu où récupérer des forces en vue d'un retour à domicile, par exemple après un séjour hospitalier. On peut s'attendre dans ce domaine à 3 221 clients en 2040, correspondant à **+1 242 lits de court séjour supplémentaires** (+63%). Avec une moitié (49%) des résidents âgés de 65 à 79 ans, les logements pour personnes âgées ont la clientèle comparativement la plus jeune. En conséquence, elles présentent la croissance des besoins la plus faible avec une augmentation attendue de +14 154 personnes (+43%) à l'horizon 2040. Étant donné qu'un logement est occupé par plus d'une personne dans environ un cas sur dix, cela correspond à **+13 353 nouveaux logements pour personnes âgées (logements protégés y.c.)**.

Impact d'une prise en charge hors des EMS pour les résidents nécessitant des soins légers

Des mesures sont actuellement discutées dans de nombreux cantons afin de répondre à la fois au souhait des personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles et à la fois de limiter le besoin supplémentaire en lits d'EMS. Dans cette optique, deux scénarios ont été modélisés : ils montrent comment les besoins évolueraient si une majorité des résidents actuellement en EMS nécessitant des soins légers étaient pris en charge de manière alternative (soit à domicile, soit dans une forme de

logements pour personnes âgées) et n'entraient à l'avenir plus dans un EMS. Le premier de ces scénarios concerne les résidents dans les niveaux de soins 0 à 2 (0 à 40 minutes de soins par jour); le second, les résidents dans les niveaux de soins 0 à 3 (0 à 60 minutes de soins par jour).

Une prise en charge alternative à l'EMS pour les personnes peu dépendantes de soins réduit le besoin futur en lits de long séjour, mais représente une augmentation considérable des besoins dans les soins à domicile et les structures intermédiaires.

Les projections montrent que cette mesure représente un potentiel intéressant pour limiter la croissance du besoin en lits d'EMS. L'augmentation attendue serait de +44 224 lits (+58%) dans le scénario concernant les niveaux de soins 0–2, respectivement de +40 321 lits (+53%) avec les niveaux de soins 0–3, contre +54 335 lits (+69%) dans le scénario d'une prise en charge inchangée. Le développement d'alternatives aux EMS pour les personnes nécessitant des soins légers, permet donc de réduire les besoins supplémentaires en lits de long séjour de –10 111 à –14 014 lits selon le scénario. À titre illustratif, ceci correspond à environ +750 EMS supplémentaires (niveaux de soins 0–2), respectivement +683 EMS supplémentaires (niveaux de soins 0–3), d'ici 2040, au lieu de +921 EMS supplémentaires sans changement dans la prise en charge.

En parallèle, la prise en charge hors des EMS de la majorité des personnes nécessitant des soins légers entraîne une augmentation substantielle des besoins dans les soins à domicile. Il faudrait compter avec +14 301 à +19 824 clients supplémentaires dans les soins à domicile, en plus des +101 921 clients supplémentaires déjà projetés sous l'hypothèse d'une prise en charge inchangée. Ainsi, par rapport ce scénario de référence (+52%), les besoins en soins à domicile augmenteraient dans ce cas de figure de +60%, respectivement +63%.

Dans les structures intermédiaires également, la prise en charge hors des EMS des personnes nécessitant des soins légers entraîne une augmentation considérable des besoins. Il faudrait compter avec +150 à +204 lits supplémentaires pour des courts séjours en EMS, en plus des +1 242 lits supplémentaires déjà projetés sous l'hypothèse d'une prise en charge inchangée. Ainsi, les besoins totaux dans cette structure augmenteraient respectivement de +70% et +73% (contre +63% dans le scénario de référence).

En outre, la mesure s'accompagnerait, selon les hypothèses retenues dans nos scénarios, de flux de substitution de l'ordre de +6 677 et +9 305 personnes en direction des formes d'habitat pour personnes âgées. Ceci correspond à une augmentation des besoins de +64% (niveaux de soins 0–2) et +72% (niveaux de soins 0–3) respectivement par rapport au scénario de référence (+43%). Par conséquent, les flux de substitution nécessiteraient +6 299 à +8 778 logements supplémentaires d'ici 2040, en plus des 13 353 logements supplémentaires déjà projetés dans l'hypothèse d'une prise en charge inchangée.

Développement des formes de logement pour personnes âgées

La demande pourrait être plus grande qu'escomptée

Ce scénario part de l'idée qu'à l'année de référence 2019 la demande pour des formes de logement pour personnes âgées (y.c. logements protégés) est plus élevée que celle effectivement observée. En d'autres termes, il postule l'existence d'une demande non satisfaite. Il est indépendant des scénarios précédents et se base sur les observations suivantes, partagées par le groupe d'accompagnement: dans de nombreuses régions, les personnes en voie de fragilisation souhaiteraient s'installer dans une forme de logement pour personnes âgées (y.c. logements protégés), mais l'offre nécessaire fait défaut ou n'est pas accessible financièrement. C'est pourquoi ce scénario simule le besoin futur en logements protégés sous l'hypothèse que la demande effective n'est pas de 2% comme observé, mais plutôt une fois et demie plus élevée, une hypothèse considérée comme plausible par les experts. Sous cette hypothèse, le besoin estimé serait de +35 469 logements pour logement pour personnes âgées (y.c. logements protégés) supplémentaires à l'horizon 2040.

Différences régionales

Le vieillissement démographique n'est pas le même partout.

L'évolution démographique de la population âgée varie d'une région à l'autre. Le groupe des cantons fortement orientés vers l'ambulatoire est celui qui connaîtra la croissance la plus faible de sa population de 65+ ans jusqu'en 2040 (+44%). C'est surtout la classe d'âge des 80+ ans qui y connaît une croissance comparativement faible: +67% contre +90% à +99% dans les autres groupes de cantons. Selon les projections démographiques de l'OFS (2020c), cette faible croissance s'explique d'une part par la migration interne⁸ négative au niveau interrégional et d'autre part par la proportion relativement élevée d'émigrations à l'âge de la retraite. L'ampleur de l'évolution démographique étant l'un des principaux déterminant des projections, l'augmentation des besoins en soin est par conséquent plus faible dans ce groupe de cantons. L'augmentation des besoins est à contrario la plus élevée dans le groupe des cantons orientés à la fois vers les soins stationnaires et ambulatoires et dans celui des cantons orientés vers les soins stationnaires.

Dans le groupe de cantons fortement orientés sur l'ambulatoire, le potentiel de décharge des EMS est déjà fortement exploité, tandis que dans les régions à dominante stationnaire, il existe un potentiel intéressant.

Le potentiel existant pour atténuer le besoin en lits d'EMS supplémentaires par le report sur d'autres structures de soins n'est pas le même dans tous les groupes de cantons. Il dépend, dans notre modélisation, de la part de résidents avec de faibles besoins en soins actuellement en EMS. Dans le groupe des cantons fortement orientés vers l'ambulatoire, ce potentiel est déjà bien exploité. Des alternatives aux EMS y ont déjà été largement mises en œuvre et les experts estiment que le potentiel résiduel de prise en charge hors des EMS est limité. En effet, du fait par exemple que les bureaux d'orientation effectuent des évaluations des besoins préalables, il faut considérer qu'une alternative est difficilement envisageable pour les 3% de personnes placées en EMS en dépit d'un niveau de soins léger. Dans ce groupe de cantons, les projections des besoins dans les différentes structures diffèrent peu entre les scénarios. Ils n'ont donc que des possibilités limitées de répondre au besoin croissant sans ouvrir de nouveaux établissements ou agrandir les établissements existants. En effet, le besoin en lits d'EMS supplémentaires passe de +55% dans l'hypothèse d'une prise en charge inchangée à +54% en cas de prise en charge alternative.

En revanche, les cantons dont la proportion de personnes nécessitant des soins légers dans les EMS est relativement élevée disposent d'une plus grande marge de manœuvre pour redistribuer les places sans devoir ouvrir de nouveaux EMS à court terme. Dans le groupe des cantons orientés vers le stationnaire par exemple, le besoin en lits d'EMS supplémentaires passe de +76% dans l'hypothèse d'une prise en charge inchangée à +53% et +45% en cas de prise en charge alternative.

Conclusions

La croissance des besoins en soins de longue durée n'est pas nouvelle, mais sa rapidité et son ampleur au cours des deux prochaines décennies devraient attirer notre attention.

Les besoins en soins de longue durée augmentent rapidement en raison du vieillissement accéléré de la population et constitueront un défi majeur pour le système de santé suisse dans les années à venir. Toutes les structures de soins de longue durée, de même que les proches aidants, seront fortement sollicités pour pouvoir prendre en charge le nombre futur de personnes âgées nécessitant des soins et une assistance. Il convient de relever ici que le rythme de croissance attendu de la population âgée dans les deux décennies à venir est plus élevé que celui de la décennie 2010–2020 (+25% entre 2010 et 2020 contre +42% entre 2020 et 2030

⁸ Cela signifie qu'à l'âge de la retraite, le nombre de personnes qui partent vers les trois autres groupes de cantons est supérieur au nombre total de personnes qui arrivent de ces trois groupes de cantons.

puis +83% entre 2030 et 2040 pour la population de 80+ ans, soit la plus concernée par les soins de longue durée).

Un défi en termes d'organisation, de ressources humaines et financières

Cette forte augmentation des besoins en soins de longue durée met en évidence non seulement les besoins en infrastructure auxquels il faut s'attendre, mais aussi la pénurie de personnel qui s'annonce. Ainsi, le dernier rapport sur le personnel soignant de l'Obsan et de la CDS montre que les EMS auront besoin de plus de +35 000 infirmières et infirmiers supplémentaires d'ici 2035, tandis que les organisations d'aide et de soins à domicile en nécessiteront plus de +19 000 (cf. Merçay et al., 2021). La croissance de la population âgée constitue également un défi en termes de financement. Ainsi, selon Brändle et Colombier (2017), les dépenses pour les soins de longue durée pourraient presque doubler et représenter 3,4% du PIB en 2045.

Le développement d'alternatives aux EMS accentue les besoins dans les autres structures.

La recherche et le développement d'alternatives aux EMS pour les personnes âgées peu dépendantes de soins permet d'atténuer la forte augmentation des besoins en lits dans les EMS. Cependant, cet allègement déplace les besoins vers les soins à domicile, les structures intermédiaires et les proches aidants, qui sont déjà confrontés à des problèmes de capacité, de personnel ou de financement. Dans ces domaines, les besoins augmenteraient considérablement et nécessiteraient des efforts supplémentaires pour les développer et les soutenir. Dans ce contexte, il conviendra d'évaluer de manière plus approfondie dans quelle mesure ces scénarios de prise en charge alternative des personnes nécessitant des soins légers sont effectivement réalisables.

Évolution de la durée du besoin en soins en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie

Outre l'évolution démographique, l'évolution de l'état de santé des personnes âgées et en particulier la durée de la période avec besoins en soins est un déterminant important des projections. Selon les hypothèses retenues en matière d'allongement ou de raccourcissement de la durée des soins, les projections varient dans une fourchette de plus ou moins 11 points de pourcentage. Des évolutions importantes de la durée des soins semblent toutefois peu probables, car les études actuelles ne montrent pas de changements majeurs de cette durée au fil du temps. La durée du besoin en soins en Suisse est restée plutôt stable au cours de la dernière décennie, voire a légèrement diminué (pour une revue de la littérature, voir Seematter et al., 2021). Il est toutefois imaginable que si les soins palliatifs et les directives anticipées devaient se généraliser à l'avenir, cela pourrait avoir un impact sur

la durée de la dernière étape de la vie et donc sur la durée des soins.

Effets de la pandémie de Covid-19

En 2020, la pandémie de Covid-19 a causé une augmentation du nombre des décès de personnes âgées, en particulier des 80+ ans, les plus concernés par les soins de longue durée (OFS, 2021b). Si la pandémie devait se poursuivre et impacter durablement la mortalité des personnes âgées, une révision des projections de long terme présentées ici s'avérerait nécessaire. Toutefois ceci semble peu probable sur la base des chiffres disponibles pour 2021, car la surmortalité de la population des 65 ans et plus s'est fortement réduite (Locatelli & Rousson, 2022). De plus, l'analyse de sensibilité (voir chapitre 7.3) montre que, même en cas d'évolution démographique plus faible qu'attendue, les besoins en soins de longue durée augmenteraient sensiblement et plus fortement que durant la décennie écoulée.

Dans certains cantons, la pandémie de Covid-19 a modifié les comportements d'entrée en EMS et joué un rôle d'accélérateur dans le transfert vers le secteur ambulatoire. Il s'agit principalement de cantons où l'accès aux EMS est ouvert à tous et n'est pas réservé aux personnes qui n'ont plus d'alternative médicale. Selon nos estimations, la baisse des admissions en EMS observée en 2020 (-3% en moyenne nationale) correspond à un scénario dans lequel seules les personnes n'ayant pas besoin de soins (soit un niveau de soins 0) n'entreraient pas en EMS. Les changements observés dans les comportements d'admission restent donc nettement inférieurs aux scénarios de prise en charge alternative des personnes de niveau de soins 0-2 et 0-3 modélisés ici.

Perspectives

Le modèle de projection élargi est à la disposition des cantons.

Le modèle de projection développé par l'Obsan offre de nouvelles possibilités aux cantons et aux responsables de la planification des soins, en permettant d'étendre les projections aux soins à domicile et aux structures intermédiaires, ainsi que de simuler les flux de substitution entre les structures. Le modèle de projection peut être adapté à la situation et aux besoins spécifiques du canton et être complété par des données propres. Il permet aux cantons qui le souhaitent d'adopter une approche intégrée de la planification du secteur des soins de longue durée.

Le modèle constitue une base pour les projections des coûts et l'exploration de modèles de financement.

Le modèle de projection pose également les bases à une projection des coûts futurs des soins de longue durée, non seulement

globalement, mais aussi par source de financement (assurance obligatoire des soins, cantons, mais aussi prestations complémentaires AVS ou allocations pour impotents). Complété de manière adéquate, il permettrait par exemple d'évaluer l'impact sur les coûts et leurs sources de financement de la substitution des EMS par les autres structures pour les personnes peu dépendantes de soins. Il permettrait aussi de simuler l'impact d'un passage à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires dans les soins de longue durée ou de simuler d'autres évolutions du système de financement.

De meilleures données sont nécessaires pour soutenir empiriquement la définition des politiques de soins de longue durée.

Cette étude montre aussi clairement qu'il existe en Suisse un besoin de données plus précises et surtout plus complètes dans le domaine des soins de longue durée. L'absence de données individuelles dans le domaine des soins à domicile réduit considérablement la précision de la planification dans le secteur ambulatoire, tandis que les données relatives aux structures intermédiaires telles que les formes de logements protégés et les structures de jour et de nuit sont (encore) ponctuelles et lacunaires. Il est à noter ici que le relevé des structures intermédiaires effectué à titre pionnier en 2015 puis actualisé en 2020 (Werner et al. 2016, Werner et al. 2021), ne peut être assuré durablement par l'Obsan. Or les données sur les soins à domicile et les structures intermédiaires sont de plus en plus importantes pour la planification des soins de longue durée et pour affiner les concepts de prise en charge. Il paraît dans ce contexte nécessaire qu'une discussion soit lancée sur les pistes envisageables pour adapter les relevés aux nouveaux besoins.

Danksagung

Expertinnen und Experten der Begleitgruppe

Luc Dapples, Curaviva;
Laura Huber, Kanton Zug;
Cornelis Kooijman und Esther Bättig (Stv.), Spitex Schweiz;
Rudolf Leuthold, Kanton Graubünden;
Silvia Marti Lavanchy, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren;
Nicolas Müller, Kanton Genf;
Christian Streit, Senesuisse;
Sandra Schelbert-Konkel und Susanne van Gogh, Kanton Schwyz;
Kai-Bernhard Trachsel, Association Spitex privée Suisse;
Lea von Wartburg, Bundesamt für Gesundheit.

Expertinnen und Experten der leitfadengestützten Einzelinterviews

Franziska Zúñiga, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel;
Yves Grosclaude, Kanton Neuchâtel;
Sophie Chevrey-Schaller, Kanton Jura;
Olivier Paley, Kanton Waadt;
Bibiane Roussel, équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS), Montréal;
Laurent Zemp, BESA Care AG;
Manuel Fischer, BESA Care AG;
Johanna Zawadynska Friedrich, Spitex Bern & Domicil Bern AG;
Esther Flückiger, Domicil Bern AG;
Claudine Bumbacher, Spitex Bern;
Andreas Sidler, Age-Stiftung;
Jérôme Cosandey, Avenir Suisse.

Expertinnen und Experten der Interviews zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

Jana Bürki, Kanton Aargau;
Stephan Tschöpe, Kanton Basel-Stadt;
Lukas Loher, Kanton Bern;
Michel Blum, Kanton Freiburg;
Laurent Mauler, Kanton Genf;
Orsolya Bolla und Hans Jörg Riem, Kanton Glarus;
Daniel Benz, Kanton Graubünden;
Sophie Chevrey-Schaller, Kanton Jura;
Timothée Hunkeler, Kanton Neuenburg;
Jasmine Suter und Sandra Schelbert-Konkel, Kanton Schwyz;
Anna Barbara Rüeeggesser, Kanton Solothurn;
Ingo Kratisch und Barbara Oesch, Kanton St. Gallen;
Estelle Salamin, Kanton Wallis.

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AROSS	Association réseau orientation santé social (NE)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BFS-SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, BFS
BFS-SPITEX	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause, BFS
BFS-STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte, BFS
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BRIO	Bureau d'information et d'orientation (VD)
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
Obsan	Schweizerische Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RIO	Réseau d'information et d'orientation de la personne âgée (JU)
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project
VZÄ	Vollzeitäquivalent

1 Einleitung

1.1 Kontext

Die demografische Alterung und deren Auswirkung auf die Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz

Mit dem fortlaufenden Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer (1945–1965) in das Rentenalter, wird die Zahl der pflegebedürftigen Bevölkerung in der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmen. So wie die Babyboomer in der Vergangenheit für die Eröffnung neuer Schulklassen verantwortlich waren, werden sie zukünftig die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten in den Alters- und Langzeitpflegestrukturen notwendig machen. Die Kantone und Gemeinden stehen vor der Herausforderung, die bestmöglichen Strategien zu definieren, um den zukünftigen Bedarf an Alters- und Langzeitpflege decken zu können.

Aktuell beschäftigen sich die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger mit der Schaffung neuer oder der Ausweitung bestehender Angebote sowie deren Auswirkung auf die gesamte Versorgungskette im Bereich der Alters- und Langzeitpflege. Für eine entsprechende Planung sind statistische Grundlagen notwendig.

Das erweiterte Prognosemodell umfasst neben den Pflegeheimen auch die Spitex und die intermediären Strukturen.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) befasst sich seit mehreren Jahren mit der Frage der Organisation der Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz und beschreibt die unterschiedlichen Ansätze, welche regional verfolgt werden (Dutoit, Füglistler-Dousse & Pellegrini 2016; Dutoit, Pellegrini & Füglistler-Dousse, 2016; Füglistler-Dousse et al., 2015; Werner et al., 2016, 2021). Nebstdem unterstützt das Obsan die Kantone seit über 15 Jahren in deren Planungsaufgaben. Gemäss Artikel 39 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ist eine Planung für den stationären Bereich der Pflegeheime erforderlich. Dennoch bemühen sich immer mehr Kantone um eine integrierte Planung für den gesamten Versorgungsbereich der Alters- und Langzeitpflege. Aus diesem Grund hat das Obsan im Jahr 2018 sein Prognosemodell zur statistischen Unterstützung der Planung der Alters- und Langzeitpflege um zusätzliche Strukturen erweitert. Neben dem Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in den Pflegeheimen, kann nun auch der Bedarf in der Spitex und in den intermediären Strukturen modelliert werden. Hierbei greift das

Obsan auf Daten des BFS zurück oder – sofern in einem Kanton vorhanden – auf kantonseigene Daten. Das erweiterte Prognosemodell des Obsan erlaubt die Integration von epidemiologischen Szenarien sowie die Modellierung von Substitutionsflüssen zwischen den Alters- und Langzeitpflegestrukturen. Die epidemiologischen Szenarien berücksichtigen den zukünftigen Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung und dessen Auswirkung auf den Bedarf, während die Substitutionsflüsse die Auswirkungen von Kapazitätsverlagerungen zwischen den Strukturen aufzeigen. Möchte beispielsweise ein Kanton den Zugang zu einer Struktur begrenzen, so müssen die wegfallenden Kapazitäten in einer anderen Struktur aufgefangen werden. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich.

Aktualisierung und Erweiterung der nationalen Bedarfsprognose in der Alters- und Langzeitpflege

Das erweiterte Prognosemodell des Obsan ermöglicht die Ausweitung der Bedarfsprognosen vom stationären Bereich der Pflegeheime auf die ambulanten und intermediären Versorgungsbereiche. Zudem lässt es die Simulation von Substitutionsflüssen zwischen den berücksichtigten Strukturen zu. Allerdings stammt die letzte Bedarfsprognose aus dem Jahr 2010 und basiert auf noch älteren Daten von 2008 (Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010), weshalb das Obsan nach Konsultation der betroffenen Akteurinnen und Akteuren beschlossen hat, eine aktualisierte Bedarfsprognose für den Zeithorizont 2040 zur Verfügung zu stellen. Diese Bedarfsprognose bildet eine wichtige Grundlage für Überlegungen darüber, wie sich die Alters- und Langzeitpflege angesichts der starken Alterung der Bevölkerung entwickeln sollte. Überdies stellt sie auch im Zusammenhang mit den laufenden Diskussionen über die Finanzierung der Alters- und Langzeitpflege (EFAS und andere) eine nützlich statistische Grundlage dar.

1.2 Ziele und Leitfragen

Die aktualisierte Bedarfsprognose verfolgt **zwei übergeordnete Ziele**. Zum einen soll sie aufzeigen, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege aufgrund der beschleunigten demografischen Alterung im Rahmen der aktuellen Inanspruchnahme entwickelt. Hierbei ergibt sich der zukünftige Bedarf ausschliesslich aufgrund

der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen. Zum anderen sollen Simulationen aufzeigen, wie sich der Bedarf entwickeln könnte, wenn sich neben den demografischen und epidemiologischen Entwicklungen auch die Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege verändern würde.

1. Ziel – Auswirkung der demografischen Alterung unter unveränderter Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege (Kapitel 5): Wie wirkt sich die demografische und epidemiologische Entwicklung der älteren Bevölkerung in der Schweiz auf den Bedarf aus, wenn die Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege unverändert bleibt?

- Wie erhöht sich aufgrund der beschleunigten demografischen Alterung der zukünftige Bedarf an Pflegeheimplätzen und an Spitex-Leistungen?
- Mit welchem Zuwachs an Personen ist in intermediären Strukturen wie den Kurzaufenthalten in Pflegeheimen und betreuten Wohnformen zu rechnen?
- Sind diese Entwicklungen in der Schweiz homogen oder unterscheiden sie sich regional (Kapitel 8)?

2. Ziel – Auswirkung einer veränderten Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege (Kapitel 6): Wie wirkt sich die demografische und epidemiologische Entwicklung der älteren Bevölkerung in der Schweiz auf den Bedarf aus, wenn die Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege geändert wird?

- Wenn zukünftig für leichtpflegebedürftige Personen eine alternative Versorgung anstelle eines Pflegeheimetrtritts in Betracht gezogen wird, wie stark reduziert sich der Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten in den Pflegeheimen gegenüber dem Szenario unter unveränderter Versorgungspolitik?
- Wie wirkt sich die simulierte Substitution (d.h. häusliche Pflege anstelle eines Pflegeheimetrtritts) der leichtpflegebedürftigen Personen auf den zukünftigen Bedarf an Spitex-Leistungen aus? Inwieweit sind die ergänzenden Entlastungsstrukturen wie beispielsweise die Kurzaufenthalte in Pflegeheimen zusätzlich auszubauen, wenn zukünftig mehr leichtpflegebedürftige Personen zuhause versorgt werden?
- Inwieweit sind zusätzliche Kapazitäten in betreuten Wohnformen nötig, damit die Substitution der leichtpflegebedürftigen Personen zukünftig umgesetzt werden kann?
- Sind diese simulierten Entwicklungen in der Schweiz homogen oder unterscheiden sie sich regional (Kapitel 8)?
- Unabhängig von den vorherigen Überlegungen zur alternativen Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen und deren Auswirkung auf die Alters- und Langzeitpflegestrukturen: Wie hoch müsste das zukünftige Angebot an betreuten Wohnformen ausfallen, wenn davon ausgegangen wird, dass deren heutige Nachfrage das aktuelle Angebot deutlich übersteigt?

1.3 Vorgehensweise

Das Prognosemodell simuliert die Auswirkungen auf den Bedarf unter unveränderten sowie veränderten Bedingungen.

Für die Beantwortung der Ziele und Leitfragen wird das vom Obsan neu entwickelte erweiterte Prognosemodell zur statistischen Unterstützung der Planung der Alters- und Langzeitpflege verwendet. Das Modell ermöglicht Bedarfsprognosen für die nachfolgenden Strukturen: Pflegeheime, Spitex-Pflege, Spitex-Betreuung sowie intermediäre Strukturen (d.h. Kurzaufenthalte in Pflegeheimen und betreute Wohnformen).

Durch die Anwendung der strukturspezifischen Inanspruchnahmeraten des Referenzjahres 2019⁹ auf die Bevölkerungsentwicklung wird simuliert, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege entwickeln könnte, wenn die aktuelle Versorgungspolitik in diesem Bereich fortgeführt wird und nur die erwarteten demografischen sowie epidemiologischen Entwicklungen eintreten. Des Weiteren kommen verschiedene versorgungspolitische Szenarien zur Anwendung, welche potenzielle Veränderungen der Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege simulieren.

In der Schweiz ist die Alters- und Langzeitpflege regional sehr unterschiedlich organisiert. Einige Kantone sind eher auf die ambulante Pflege ausgerichtet, während andere Kantone den stationären Bereich stärker ausgebaut haben. Je nach Ausrichtung haben die potenziellen Veränderungen in der Versorgungspolitik eine stärkere oder schwächere Auswirkung auf den strukturspezifischen Bedarf an Alters- und Langzeitpflege. Zusätzlich können nicht in allen Kantonen identische Annahmen in Bezug auf die potenziellen versorgungspolitischen Veränderungen getroffen werden. Um den regionalen Unterschieden Rechnung zu tragen, liegen den nationalen Bedarfsprognosen vier Kantonsgruppen zugrunde, welche jeweils jene Kantone zusammenschliessen, welche sich in der Versorgung im Bereich der Alters- und Langzeitpflege möglichst ähnlich sind (weiterführende Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.4).

Modellierung der Bedarfsprognose unter stetem Austausch mit Expertinnen und Experten aus dem Versorgungsbereich der Alters- und Langzeitpflege

Im Verlauf des Projekts trat das Obsan wiederholt in Austausch mit ausgewählten Expertinnen und Experten im Bereich der Alters- und Langzeitpflege. Zwei Instrumente waren hierfür massgebend: die Begleitgruppe und die leitfadengestützten Einzelinterviews. Sowohl in den Begleitgruppensitzungen als auch in den Einzelinterviews wurden die Modellierungen mit den Expertinnen und Experten diskutiert und deren Rückmeldungen eingeholt. Darüber hinaus hatten die Mitglieder der Begleitgruppe Einblick in

⁹ Das Referenzjahr ist das Jahr 2019, weil es das letzte zur Verfügung stehende Jahr ist, das datentechnisch nicht durch die Covid-19-Pandemie beeinträchtigt ist (vgl. Kapitel 7).

vorläufige Prognoseergebnisse und erhielten die Möglichkeit, einen ersten Entwurf des Berichts gegenzulesen sowie zu kommentieren.

1.4 Aufbau des Berichts

Das Kapitel 2 gibt einen Überblick über die zugrundeliegende Methode der Bedarfsprognosen. Es beschreibt wichtige methodische Aspekte wie die berücksichtigten Strukturen, die Funktionsweise des Prognosemodells, die Clusteranalyse zwecks Bildung der Kantonsgruppen, die demografischen, epidemiologischen sowie versorgungspolitischen Szenarien und die zugrundeliegenden Datenquellen. Schlussendlich erklärt Kapitel 2 kurz, wie die Ergebnisse aufgrund der Fülle an Szenarien dargestellt werden. Das Kapitel 3 erläutert die Inanspruchnahme der Alters- und Langzeitpflegestrukturen im Referenzjahr 2019. Kapitel 4 beschreibt die Entwicklung der Bevölkerung in der Schweiz bis ins Jahr 2040 und fokussiert dabei auf die Entwicklung der älteren Bevölkerungsgruppe. Das Kapitel 5 beschreibt die Ergebnisse der Bedarfsprognosen unter Fortschreiten der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen, bei unveränderter Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege. Das Kapitel 6 behandelt die Bedarfsprognosen bis ins Jahr 2040 unter Anwendung der versorgungspolitischen Szenarien. Hierbei werden zum einen die Ergebnisse zu zwei Szenarien der alternativen Versorgung von leichtpflegebedürftigen Personen (im Bericht als Szenarien der Heimentlastung bezeichnet) und zum anderen ein Szenario zum Ausbau der betreuten Wohnformen aufgrund einer erhöhten Nachfrage präsentiert, welche jeweils mit dem Referenzszenario verglichen werden. Kapitel 7 thematisiert die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Bedarfsprognosen und Kapitel 8 präsentiert die gesamten Ergebnisse dieser Studie in Kurzform auf Ebene der vier Kantonsgruppen. In Kapitel 9 folgt die Synthese und in Kapitel 10 die Diskussion der Ergebnisse. Am Schluss finden sich in Kapitel 11 das Literaturverzeichnis und in Kapitel 12 der Anhang.

2 Methode

Das Methodenkapitel hat zum Ziel, das Prognosemodell, dessen Funktionsweise und das etappenweise Vorgehen bei der Berechnung der Bedarfsprognosen auf einfache Weise zu beschreiben. Hierzu wird zuerst das Ziel des Prognosemodells geschildert sowie die berücksichtigten Alters- und Langzeitpflegestrukturen und deren Modellierung erläutert. Anschliessend wird auf die Funktionsweise des Prognosemodells eingegangen und aufgezeigt, wie den regionalen Unterschieden in der Versorgung im Bereich der Alters- und Langzeitpflege Rechnung getragen wurde. Abschliessend werden die verschiedenen Szenarien der Bevölkerungsentwicklung, der Epidemiologie und der Versorgungspolitik sowie die verwendeten Datenquellen und die im Bericht dargestellten Kombinationen von Szenarien präsentiert.

2.1 Ziel des Prognosemodells

Das hier verwendete statistische Modell ist ein Prognosemodell, welches für die **Bevölkerung 65+** der Schweiz den zukünftigen Bedarf an Alters- und Langzeitpflege schätzt, basierend auf der aktuellen Inanspruchnahme sowie unter der Berücksichtigung verschiedener Szenarien. Den Modellierungen liegen hypothetische und theoriegeleitete Annahmen zugrunde, weshalb es sich bei den Ergebnissen der Bedarfsprognosen nicht um genaue Vorhersagen handelt, sondern vielmehr **um eine Simulation der möglichen Entwicklungen**. Die Ergebnisse sind folglich als Grössenordnung zu interpretieren, aber nicht als eine exakte Punktschätzung.

Das Prognosemodell kann als Basis für eine integrierte Planung der Alters- und Langzeitpflege gesehen werden. Es schätzt den zukünftigen Bedarf in beiden Kernstrukturen der Alters- und Langzeitpflege (d.h. in Pflegeheimen und der Spitex) und in intermediären Strukturen (d.h. Kurzaufenthalte in Pflegeheimen und betreute Wohnformen). Zwischen den Strukturen können Abhängigkeiten mittels **Substitutionsflüssen** modelliert werden, was bedeutet, dass entlastenden Massnahmen (z.B. Begrenzung von Kapazitäten) in einer Struktur zu belastenden Effekten (z.B. Erhöhung der benötigten Kapazitäten) in einer anderen Struktur führen.

Für die Bevölkerung 65+ der Schweiz wird der zukünftige Bedarf an Alters- und Langzeitpflege der Jahre 2025 bis 2040 für die nachfolgenden Strukturen¹⁰ prognostiziert:

- **Pflegeheime:** Anzahl der zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohner in einem Langzeitaufenthalt respektive die zukünftige Anzahl benötigter Langzeitbetten.
- **Spitex:** Anzahl der zukünftigen Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und der Spitex-Betreuung.¹¹
- **Kurzaufenthalte in Pflegeheimen:** Anzahl der zukünftigen Klientinnen und Klienten in einem Kurzaufenthalt respektive die zukünftige Anzahl benötigter Kurzzeitbetten.
- **Betreute Wohnformen:** Anzahl der zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohner von betreuten Wohnformen.

Weitere Strukturen im Bereich der Alters- und Langzeitpflege, wie beispielsweise die Tages- und Nachtstrukturen, konnten aufgrund unvollständiger Datenquellen oder ungenügender Datenqualität nicht in das Prognosemodell aufgenommen werden (vgl. Kapitel 2.8). Aus denselben Gründen fehlt in der Bedarfsprognose die informelle Hilfe durch pflegende Angehörige, deren Berücksichtigung durchaus Sinn machen würde, da sie aufgrund des hohen Ausmasses an geleisteter informeller Hilfe längst zu einem wichtigen Grundpfeiler der Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz geworden sind (BFS, 2019a).

2.2 Beschreibung der Strukturen und deren Modellierung

Nachfolgend werden die im Prognosemodell berücksichtigten Alters- und Langzeitpflegestrukturen beschrieben sowie modellierungsrelevante Informationen gegeben, welche es in der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen gilt. **In jeder Struktur werden nur die Bewohnerinnen und Bewohner 65+ respektive die Klientinnen und Klienten 65+ analysiert**, während die jüngeren Altersklassen nicht berücksichtigt werden.

¹⁰ Siehe Kapitel 2.2 für eine ausführliche Erläuterung der verschiedenen Alters- und Langzeitpflegestrukturen sowie deren Modellierung.

¹¹ Im Anhang (Kapitel 12.1 und 12.2) finden sich zudem die Bedarfsprognosen für die zukünftige Anzahl der geleisteten Stunden in der Spitex-Pflege und der Spitex-Betreuung.

2.2.1 Pflegeheime

Als Pflegeheime gelten medizinisch betreute Wohnstätten, in denen vor allem pflegebedürftige und/oder chronisch kranke Personen leben, die nicht mehr in der Lage sind, zuhause zu leben (BFS, 2005). Hier werden Pflegeleistungen erbracht, welche zu Lasten der Krankenversicherung abgerechnet werden können. Neben den Pflegeleistungen werden auch Leistungen im Bereich der Hotellerie (z.B. zur Verfügung stellen von Zimmern sowie Verpflegungs-, Wasch- und Reinigungsarbeiten) oder physische Aktivierung erbracht. Für die Bedarfsprognose wurden die Altersheime¹² nicht berücksichtigt, da sie keine Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung erbringen und abrechnen dürfen (BFS, 2005).

Für die Pflegeheime wird unter dem Bedarf an Alters- und Langzeitpflege der Bedarf an Langzeitbetten verstanden. Dementsprechend bilden die sich aktuell in einem Langzeitaufenthalt befindenden Bewohnerinnen und Bewohner 65+ die Ausgangslage der Bedarfsprognose. Da die Bewohnerinnen und Bewohner für ihre Aufenthaltsdauer im Referenzjahr gewichtet werden, kann die prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner mit den zukünftig benötigten Langzeitbetten gleichgesetzt werden. Von den prognostizierten Bewohnerinnen und Bewohner wird jeweils die im Referenzjahr 2019 verfügbaren Langzeitbetten für Personen 65+ subtrahiert, was den zusätzlichen Bedarf an Langzeitbetten für die Bevölkerung 65+ im Jahr 2040 ergibt.¹³

Es wäre sinnvoll, auch die kantonalen Wartelisten und Wartebetten in den Krankenhäusern zu berücksichtigen, da deren Vorhandensein auf eine zusätzliche Nachfrage an Langzeitbetten hindeutet, welche grundsätzlich in der Datengrundlage der Bedarfsprognosen berücksichtigt werden sollte. Da es diesbezüglich aber keine geeignete oder vollständige Datenquelle gibt, ist dies nicht möglich.

2.2.2 Spitex

Spitex – definiert als spitalexterne Hilfe und Pflege – bezeichnet die ambulante Pflege und/oder Betreuung am Wohnort (z.B. im angestammten Zuhause oder in einer betreuten Wohnform) einer Person (BFS, 2020b). Die Leistungen werden durch drei verschiedene Spitex-Organisationstypen erbracht: gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Unternehmen (im Bericht öffentliche Spitex genannt), erwerbswirtschaftliche Unternehmen (im Bericht private

Spitex genannt) und selbstständige Pflegefachpersonen. Die Spitex-Pflege umfasst Pflegeleistungen nach KVG, einschliesslich Grundpflege, Untersuchung und Behandlung sowie Bewertung und Beratung. Demgegenüber beinhaltet die Spitex-Betreuung, welche nicht durch das KVG vergütet wird, die Haushaltshilfe, Essenslieferungen sowie Betreuung und Begleitung im Alltag. Beide Leistungsarten werden in der SPITEX-Statistik des BFS nach Organisationstyp erfasst.

Für die Bedarfsprognose der Spitex werden nur Leistungserbringer im klassischen Sinne in die Analyse einbezogen, d.h. Leistungserbringer mit Haupttätigkeit Pflege und Betreuung zuhause.¹⁴ Darüber hinaus wird die Gesamtheit der von der Spitex gepflegten und/oder betreuten Klientinnen und Klienten 65+ berücksichtigt, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (z.B. angestammtes Zuhause versus betreute Wohnform). In der Spitex wird unter Bedarf an Alters- und Langzeitpflege die zukünftige Anzahl Klientinnen und Klienten verstanden, unabhängig von der Pflegediagnose oder Dauer der Versorgung.

2.2.3 Intermediäre Strukturen

Bei einsetzender Pflegebedürftigkeit gab es hinsichtlich der Alters- und Langzeitpflege in der Vergangenheit grundsätzlich zwei Möglichkeiten: Eine pflegebedürftige Person konnte mit Hilfe der Spitex und/oder der pflegenden Angehörigen im angestammten Zuhause leben oder in ein Pflegeheim eintreten. Mittlerweile hat sich für pflege- und betreuungsbedürftige Personen die Auswahl an Möglichkeiten um die intermediären Strukturen erweitert, welche zwischen dem angestammten Zuhause und den Pflegeheimen angesiedelt sind. Auf nationaler Ebene besteht insgesamt ein deutlicher Trend zur Entwicklung der intermediären Strukturen, während hingegen auf kantonaler Ebene die jeweiligen intermediären Strukturtypen noch unterschiedlich stark entwickelt oder gewichtet sind (Favez & Zúñiga, 2021; Werner et al., 2021). In der Schweiz sind die nachfolgenden drei intermediären Strukturen zentral und in T.2.1 definiert:

- Tages- und Nachtstrukturen;
- Kurzaufenthalte in Pflegeheimen;
- Betreute Wohnformen.

¹² Für die Altersheime gibt es keine gesetzlich verordnete Planung. Hier leben ältere Personen, welche Aufsicht, Unterstützung oder auch Pflege benötigen. Im Referenzjahr 2019 bestehen schweizweit 14 Altersheime (BFS, 2019b).

¹³ Laut SOMED leben im Referenzjahr 2019 in der gesamten Schweiz 4 603 unter 65-jährige Personen in Pflegeheimen und es stehen unabhängig von der Altersklasse 96 028 Langzeitbetten zur Verfügung. Damit der Bedarf an zusätzlichen Betten für die (prognostizierten) Bewohnerinnen und Bewohner 65+ berechnet werden kann, wurde die verfügbare Bettenkapazität durch die von unter 65-Jährigen belegten Betten korrigiert. Dies resultiert in einer verfügbaren Bettenkapazität von 91 425 Betten (96 028 minus 4 603) für die Bewohnerinnen und Bewohner 65+.

¹⁴ Seit 2015 sind Leistungserbringer wie z.B. die Krebsliga, die Lungenliga oder Pro Senectute in der SPITEX-Statistik des BFS eingeschlossen. Diese Leistungserbringer tätigen beispielsweise wichtige Beratungsleistungen. Sie erbringen jedoch keine klassischen Pflege- und Betreuungsleistungen. Aufgrund des hohen Volumens an Klientinnen und Klienten bei einer gleichzeitig geringen Anzahl Beratungsstunden, werden diese Leistungserbringer von den Analysen ausgeschlossen. So kann eine Verzerrung der Indikatoren und der Pflege- sowie Betreuungsbedarfsprognose vermieden werden.

Die Tages- und Nachtstrukturen sowie die Kurzaufenthalte in Pflegeheimen gelten als **temporäre Entlastungsstrukturen**, welche als Ergänzung zur Pflege und Betreuung durch die Spitex oder durch die Angehörigen gesehen werden, da primär zuhause lebende pflege- und betreuungsbedürftige Personen diese beiden Strukturtypen in Anspruch nehmen. Im Prognosemodell werden die **Tages- und Nachtstrukturen** aufgrund der ungenügenden Datenqualität nicht berücksichtigt, während hingegen die Kurzaufenthalte in Pflegeheimen modelliert werden können (vgl. Kapitel 2.8).

Die **Kurzaufenthalte in Pflegeheimen** entlasten nur die Spitex und/oder die pflegenden Angehörigen, aber nicht die Pflegeheime. Dementsprechend wird die Bedarfsprognose der Kurzaufenthalte in den Pflegeheimen auf Basis der Klientinnen und Klienten der Spitex-Pflege anstelle der Bevölkerung vorgenommen, da davon ausgegangen wird, dass in erster Linie zuhause lebende pflegebedürftige Personen die Kurzaufenthalte in Anspruch nehmen.¹⁵ Für die Kurzaufenthalte wird unter Bedarf an Alters- und Langzeitpflege die zukünftige Anzahl Klientinnen und Klienten verstanden. Da die Klientinnen und Klienten für ihre Aufenthaltsdauer im Referenzjahr gewichtet werden, kann die prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten mit den zukünftig benötigten Kurzzeitbetten gleichgesetzt werden.

Als **betreute Wohnformen** werden in dieser Studie alle Arten von Wohnungen für Personen 65+ verstanden, welche die beiden nachfolgenden Merkmale aufweisen (vgl. Werner et al., 2021 oder T 2.1):

- Alters- und behindertengerechte Gestaltung der Wohnform
- Verfügbarkeit von Pflege- und Entlastungsangeboten, falls diese von Bewohnerinnen und Bewohnern benötigt/gewünscht werden

Die betreuten Wohnformen werden im Prognosemodell als eine Substitutionsstruktur gegenüber den Pflegeheimen und dem angestammten Zuhause verstanden, da eine Person nicht zeitgleich in mehr als einer dieser drei Wohntypen leben kann. Allerdings kann eine Bewohnerin oder ein Bewohner einer betreuten Wohnform zeitgleich Spitex-Leistungen beziehen, d.h. eine Klientin oder Klient der Spitex sein.

Die Bedarfsprognosen der betreuten Wohnformen basieren auf den Daten der aktualisierten Bestandsaufnahme der intermediären Strukturen in der Schweiz (Werner et al., 2021). Allerdings sind die Daten nicht vollständig, was beispielsweise die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner pro Wohnung sowie deren Alters- und Geschlechterverteilung anbelangt. Folglich mussten die fehlenden Informationen auf Basis der vorhandenen Daten geschätzt werden (vgl. Kapitel 2.8). Aufgrund dieser Hochrechnung müssen die Bedarfsprognosen der betreuten Wohnformen mit Vorsicht interpretiert werden.

Für die betreuten Wohnformen wird unter Bedarf an Alters- und Langzeitpflege die zukünftige Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner verstanden. Diese werden in den Ergebnissen an ausgewählten Stellen in die benötigte Anzahl Wohnungen umgerechnet, da teilweise mehr als eine Person in einer betreuten Wohnform lebt.

T 2.1 Definition der Tages- und Nachtstrukturen, der Kurzaufenthalte in Pflegeheimen und der betreuten Wohnformen

Intermediäre Strukturen		
Temporäre Entlastungsstrukturen		Permanenter Wohnsitz
Tages- und Nachtstrukturen	Kurzaufenthalte in Pflegeheimen	Betreute Wohnformen
Angebote, welche sich an ältere Menschen richten und der Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen. Während des Aufenthalts ist Betreuung, Verpflegung und Aktivierung sowie in einigen Einrichtungen auch die Pflege sichergestellt. Nach dem Aufenthalt gehen die Personen zurück nach Hause (Werner et al. 2016, 2021).	Als Kurzaufenthalt in einem Pflegeheim gilt, wenn die Beherbergung zwar vorübergehend ist, aber über mindestens eine Nacht erfolgt und der Person ein Bett zugeteilt ist (BFS, 2020d). Die Kurzaufenthalte dienen primär dazu, pflegende Angehörige vorübergehend zu entlasten (Werner et al., 2021). In einigen Kantonen nehmen die Kurzaufenthalte eine wichtige Rolle in der Rehabilitation nach einem Spitalaufenthalt ein.	Wohnungen, welche spezifisch auf die Bedürfnisse älterer Personen ausgerichtet sind und eigens für diese Klientel angeboten/beworben werden. Bei einem Teil der Wohnungen besteht zudem die Möglichkeit, über den Anbieter spezielle Dienstleistungen wie z.B. Betreuung, Pflege, Wäsche- oder Mahlzeitendienste bei Bedarf zu buchen (Werner et al. 2016, 2021).

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2022

¹⁵ Diese Modellierungsannahme wurde getroffen, damit eine möglichst präzise Schätzung der zukünftigen Inanspruchnahme der Kurzaufenthalte in Pflegeheimen ermöglicht wird. Es ist durchaus denkbar, dass auch nicht durch die Spitex versorgte Personen eine Ent-

lastungsstruktur beanspruchen (z.B. aufgrund einer Genesung nach einer Grippe). Dennoch dürfte die Inanspruchnahme einer Entlastungsstruktur durch zuhause lebende, nicht pflegebedürftige Personen vergleichsweise selten sein.

2.3 Funktionsweise des Prognosemodells

Der zukünftige Bedarf an Alters- und Langzeitpflege hängt von drei Faktoren ab, welche die grundlegenden Komponenten des Prognosemodells bilden: die zukünftige Bevölkerungsentwicklung, der zukünftige Gesundheitszustand und die zukünftige Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege.

Der zukünftige Bedarf an Alters- und Langzeitpflege hängt in erster Linie von der **zukünftigen Anzahl der Bevölkerung 65+** ab, welche die Alters- und Langzeitpflege potenziell in Anspruch nehmen könnte. Diesem Faktor wird durch den Einbezug der **drei Szenarien der Bevölkerungsentwicklung** des BFS Rechnung getragen, welche die Entwicklung und die zukünftige Grösse der Bevölkerung 65+ bis ins Jahr 2040 prognostizieren (vgl. Kapitel 2.5).

Die mit einer steigenden Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre können **von unterschiedlicher gesundheitlicher Qualität** sein, was wiederum einen Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit und die anfallende Pflegedauer hat. Im Prognosemodell wird dieser Faktor durch die **drei epidemiologischen Szenarien** berücksichtigt, welche die zukünftige Gesundheit über die Pflegedauer operationalisieren (vgl. Kapitel 2.6).

Die Wahl einer Alters- und Langzeitpflegestruktur hängt immer von den individuellen Präferenzen und dem Gesundheitszustand einer Person ab. Allerdings in einem starken Ausmass auch von der **Versorgungspolitik** im Bereich der Alters- und Langzeitpflege, welche schlussendlich das tatsächlich vorhandene Angebot formt. Diesem Faktor wird mittels hypothetischer **versorgungspolitischer Szenarien** Rechnung getragen, welche die Auswirkungen von möglichen versorgungspolitischen Massnahmen auf den zukünftigen Bedarf aufzeigen (vgl. Kapitel 2.7.1).

Nachfolgend findet sich eine Erläuterung der drei Etappen der Berechnung der Bedarfsprognosen, welche in Grafik G 2.1 visualisiert sind.

Etappe 1 – Berechnung der Modellparameter

In der ersten Etappe werden anhand der Daten aus dem Referenzjahr 2019¹⁶ die Modellparameter für die Inanspruchnahme der berücksichtigten Alters- und Langzeitpflegestrukturen abgeleitet. Hierzu werden beispielsweise die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in den Pflegeheimen ins Verhältnis zur gesamten Bevölkerung 65+ gesetzt, was in der Inanspruchnahmerate der Pflegeheime resultiert. Alle Modellparameter werden jeweils nach Altersklassen und Geschlecht berechnet. Die berechneten Modellparameter finden sich in Tabelle T 2.2.

Etappe 2 – Modifikation der Modellparameter in Abhängigkeit der epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien

Um die möglichen Bedarfsentwicklungen zu simulieren, werden die Modellparameter aus der ersten Etappe anhand der epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien modifiziert. Hierbei gilt es zu beachten, dass die verschiedenen Szenarien nicht unabhängig voneinander modelliert, sondern miteinander kombiniert werden. Eine ausführliche Erläuterung der beiden Arten von Szenarien findet sich in Kapitel 2.6 und 2.7.

Etappe 3 – Berechnung der Bedarfsprognose

In der dritten Etappe werden die eigentlichen Bedarfsprognosen berechnet, in dem die in den ersten beiden Etappen berechneten Modellparameter auf die Szenarien der Bevölkerungsentwicklung 65+ bis ins Jahr 2040 angewendet werden. Hierbei werden zwei verschiedene Arten von Prognosen unterschieden: die Referenzprognosen und die Prognosen unter sich ändernden Bedingungen.

Die Referenzprognosen schätzen, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege verändert, wenn ausschliesslich die demografische Entwicklung der nächsten Jahrzehnte den Bedarf beeinflusst. In den Referenzprognosen gilt das Prinzip *ceteris paribus*¹⁷ für den Gesundheitszustand und die Versorgungspolitik. Es wird folglich die Hypothese getroffen, dass sich der Gesundheitszustand und die Versorgungspolitik in der Zukunft unverändert gegenüber dem Referenzjahr 2019 zeigen.¹⁸ Im weiteren Verlauf des Berichts wird die Kombination dieser beiden gleichbleibenden Szenarien mit dem mittleren Szenario zur Bevölkerungsentwicklung als das **Referenzszenario** bezeichnet. Es dient zum einen als Benchmark, anhand von welchem die Auswirkung der beschleunigten Alterung auf den Bedarf an Alters- und Langzeitpflege aufgezeigt werden kann und zum anderen als Vergleichsszenario für alle anderen Kombinationen von Szenarien.

Im Gegensatz zum Referenzszenario gehen die **Prognosen unter sich ändernden Bedingungen** von der Annahme aus, dass sich der Gesundheitszustand und die Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege zukünftig ändern. Folglich sollen diese Prognosen aufzeigen, wie sich der Bedarf in den berücksichtigten Alters- und Langzeitpflegestrukturen verändern könnte, wenn sich neben der demografischen Entwicklung auch die epidemiologischen und versorgungspolitischen Bedingungen ändern würden. Hierzu werden die in der zweiten Etappe modifizierten Modellparameter auf die Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung angewendet.

¹⁶ Es werden die Daten von 2019 verwendet, da es sich hierbei um die letzten repräsentativen Daten vor der Covid-19-Pandemie handelt.

¹⁷ Bedeutet so viel wie «unter sonst gleichen Bedingungen» oder die Konstanthaltung von spezifischen Einflüssen.

¹⁸ Ein unveränderter Gesundheitszustand und eine unveränderte Versorgungspolitik entsprechen dem epidemiologischen Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer (vgl. Kapitel 2.6) respektive dem Szenario der unveränderten Versorgungspolitik (vgl. Kapitel 2.7.1).

T 2.2 Erläuterung der Modellparameter im Referenzjahr 2019

Struktur	Modellparameter	Beschreibung
Pflegeheime	Inanspruchnahmerate	Verhältnis Anzahl Bewohner/innen 65+ zur Bevölkerung 65+
	Anteil der leichtpflegebedürftigen Personen im Pflegeheim	Anteil der leichtpflegebedürftigen Personen 65+ (mit Pflegestufe 0–2 respektive 0–3*) an der gesamten Anzahl der Bewohner/innen in Pflegeheimen
Spitex	Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege und der Spitex-Betreuung	Verhältnis Anzahl Klienten/innen 65+ zur Bevölkerung 65+
	Anzahl Stunden Spitex-Pflege pro Klient/in	Verhältnis zwischen der Anzahl der verrechneten Pflegestunden* und der Anzahl der Klienten/innen 65+ in der Spitex-Pflege
	Anzahl Stunden Spitex-Betreuung pro Klient/in	Verhältnis zwischen der Anzahl der verrechneten Betreuungsstunden und der Anzahl der Klienten/innen 65+ in der Spitex-Betreuung
Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen	Inanspruchnahmerate	Verhältnis Klienten/innen 65+ in Kurzzeitaufenthalten zu den Klienten/innen in der Spitex-Pflege* 65+**.
Betreute Wohnformen	Inanspruchnahmerate	Verhältnis der Anzahl Bewohner/innen 65+ zur Bevölkerung 65+

* Abrechnung zu Lasten KVG

** Abzüglich Klienten/innen der Spitex-Pflege*, die Bewohner/innen in betreuten Wohnformen sind

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2022

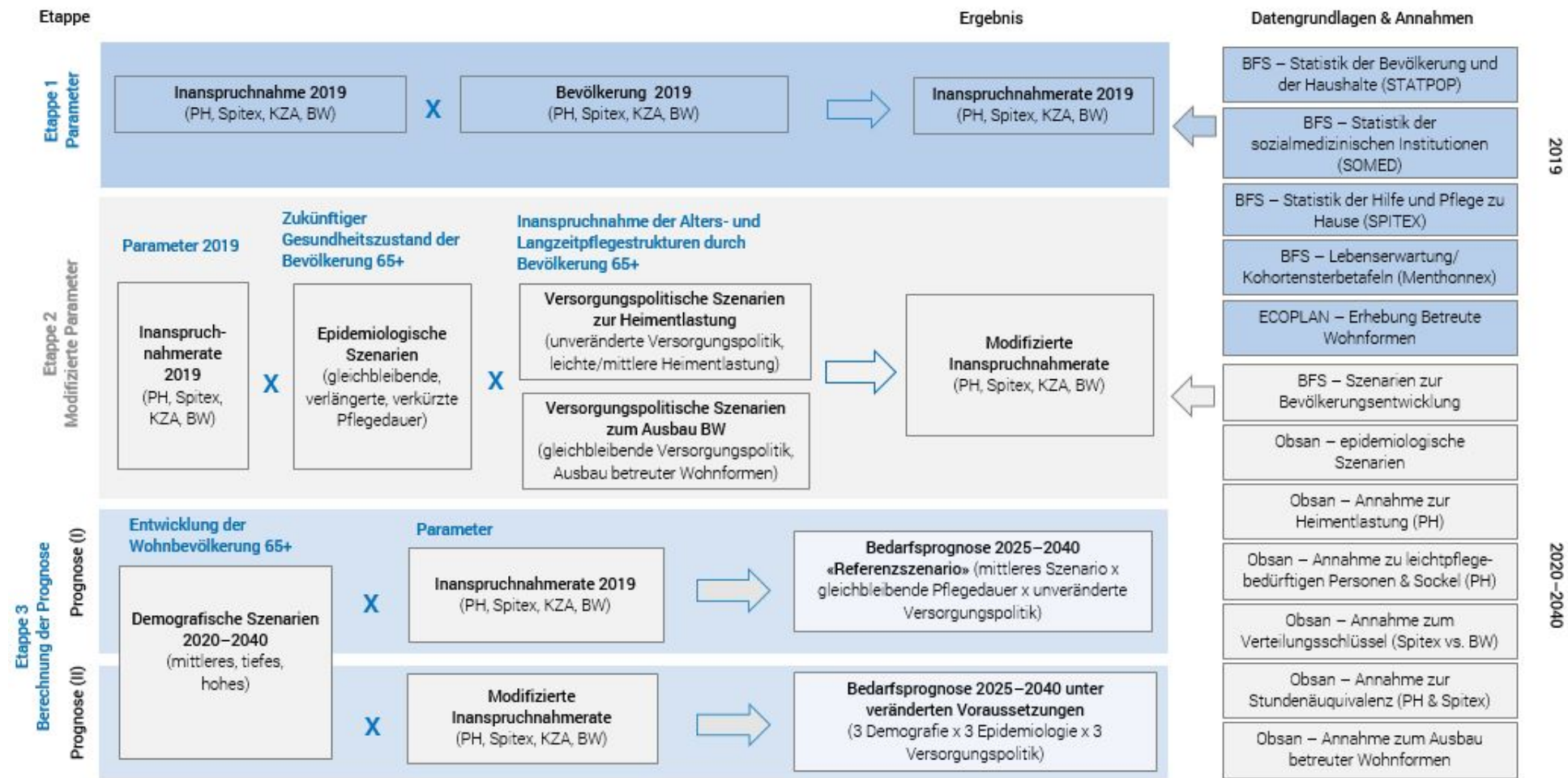
Abkürzungen: PH: Pflegeheime, KZA: Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen, BW: betreute Wohnformen, VP: Versorgungspolitik

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2022

G 2.1 Funktionsweise des erweiterten Prognosemodells

Erweitertes Obsan-Modell zur Unterstützung der Planung der Alters- und Langzeitpflege



Abkürzungen: PH: Pflegeheime, KZA: Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen, BW: betreute Wohnformen, VP: Versorgungspolitik
 Quelle: Eigene Darstellung

2.4 Berücksichtigung regionaler Unterschiede in der Bedarfsprognose

Das grundlegende Ziel dieser Studie ist die Bedarfsprognose auf nationaler Ebene. Bei der Bewerksstellung gilt es jedoch die kantonalen Unterschiede in der Versorgung der älteren Bevölkerung zu berücksichtigen. Die 26 Kantone der Schweiz unterscheiden sich einerseits bezüglich der Altersverteilung der jeweiligen Kantonsbevölkerung und andererseits bezüglich der Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege (Dutoit, Füglist-Dousse & Pellegrini 2016; Dutoit, Pellegrini & Füglist-Dousse, 2016). Um den kantonalen Unterschieden in den nationalen Bedarfsprognosen Rechnung zu tragen, wurden Kantone mit ähnlicher Versorgungslandschaft im Bereich der Alters- und Langzeitpflege anhand einer Clusteranalyse zu Kantonsgruppen zusammengefasst. Nachfolgend werden die Clusteranalyse und die daraus resultierenden Kantonsgruppen beschrieben.

2.4.1 Clusteranalyse: Zusammenschluss von Kantonen zu Kantonsgruppen

Die Kantone wurden in ähnlicher Art und Weise wie in Dutoit, Füglist-Dousse & Pellegrini (2016) mittels einer Clusteranalyse (Xu & Wunsch, 2008) zu vier Kantonsgruppen zusammengeschlossen. Hierbei wurden Kantone, welche sich in der Alters- und Langzeitpflege ähnlich sind, anhand von verschiedenen Indikatoren (z.B. Inanspruchnahmerate der Pflegeheime) zu Kantonsgruppen zusammengeschlossen, welche in sich möglichst homogen und zueinander möglichst heterogen sein sollten.

In einem iterativen Verfahren wurden die folgenden standardisierten Indikatoren (für die Bevölkerung 65+) verwendet: Inanspruchnahmerate der Pflegeheime, Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege, Inanspruchnahmerate der Spitex-Betreuung, Inanspruchnahmerate der mittellangen und langen Spitalaufenthalte, Aufenthaltsdauer in den Pflegeheimen, durchschnittliche Anzahl Stunden Spitex-Pflege pro Klientin beziehungsweise Klient, Alter bei Eintritt in Pflegeheim, Anteil der leichtpflegebedürftigen (Pflegestufen 0–2) Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner in Pflegeheimen und durchschnittliche Anzahl Minuten Pflege pro Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner in Pflegeheimen. Da eine Clusteranalyse nicht ein eindeutiges und rein objektives Ergebnis liefert, wurden auf iterative Weise verschiedene Kombinationen der Indikatoren als Ausgangslage für die jeweilige Clusteranalyse verwendet. Hierbei wurde darauf geachtet, ob sich in den verschiedenen Clusteranalysen robuste Kantonsgruppen bilden liessen, in welchen wiederholt dieselben Kantone zusammengefasst wurden. Letztendlich wurden die Kantonsgruppen auf Basis von drei Indikatoren geclustert, welche die kantonalen Ähnlichkeiten im Kontext der Prognosen am besten zusammenfassen konnten: die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime, die Inanspruch-

nahmerate der Spitex-Pflege und der Anteil der leichtpflegebedürftigen (Pflegestufen 0–2) Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen.

Es ist anzumerken, dass aufgrund der Datenlage nicht alle Dimensionen der Versorgung im Bereich der Alters- und Langzeitpflege in der Clusteranalyse berücksichtigt werden konnten. Insbesondere eine Berücksichtigung der betreuten Wohnformen wäre wichtig gewesen. Einerseits, weil diese Alters- und Langzeitpflegestruktur eine Substitutionsstruktur für die Pflegeheime sowie die Spitex-Pflege und -Betreuung darstellt. Andererseits, weil die betreuten Wohnformen aufgrund ihrer kantonal unterschiedlichen Entwicklung für kantonale Besonderheiten in der Versorgungspolitik stehen.

2.4.2 Vier Kantonsgruppen, vier Versorgungsmodelle

Das Ergebnis der kantonalen Clusteranalyse sind vier Cluster, welche als vier Kantonsgruppen (siehe G 2.2) zu verstehen sind. Diese vier Kantonsgruppen werden hier eingeführt und sind in Kapitel 8 detailliert erläutert. Bei der Interpretation der Kantonsgruppen gilt es zu beachten, dass es sich bei dem Ergebnis der Clusteranalyse um eine Momentaufnahme handelt, welche versucht, den föderal geprägten und sich kontinuierlich verändernden Bereich der Versorgung abzubilden.

- **Stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe (GE, JU, NE, TI und VD):** Diese Kantonsgruppe umfasst jene Kantone, die das Prinzip «ambulant vor stationär» bereits stark umgesetzt haben. Sie verfügt über die niedrigste Inanspruchnahmerate der Pflegeheime und gleichzeitig über die höchste Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege (siehe dunkelblaue Linie in G 8.1 und T 8.1). In den Pflegeheimen werden Personen mit eher mittlerem bis hohem Pflegebedarf (ca. ab Pflegestufe 3) versorgt.¹⁹
- **Zunehmend ambulant-orientierte Kantonsgruppe (BE, BS, FR und VS):** In dieser Kantonsgruppe scheinen die Kantone die ambulante Versorgung relativ stark ausgebaut zu haben, während gleichzeitig ein mittelstarkes Angebot an Pflegeheimen aufrechterhalten wird. Die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime und der Spitex-Pflege ist von den vier Kantonsgruppen am zweithöchsten. Der Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in den Pflegeheimen ist niedriger als der schweizerische Durchschnitt.
- **Stationär- und ambulant-orientierte Kantonsgruppe (AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH):** In dieser Kantonsgruppe liegen beide Inanspruchnahmeraten unter dem Schweizer Durchschnitt und fallen verglichen mit den anderen Kantonsgruppen relativ niedrig aus. Hinzu kommt aber ein hoher Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen.
- **Stationär-orientierte Kantonsgruppe (AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR):** Diese Kantonsgruppe steht für jene Kantone, die

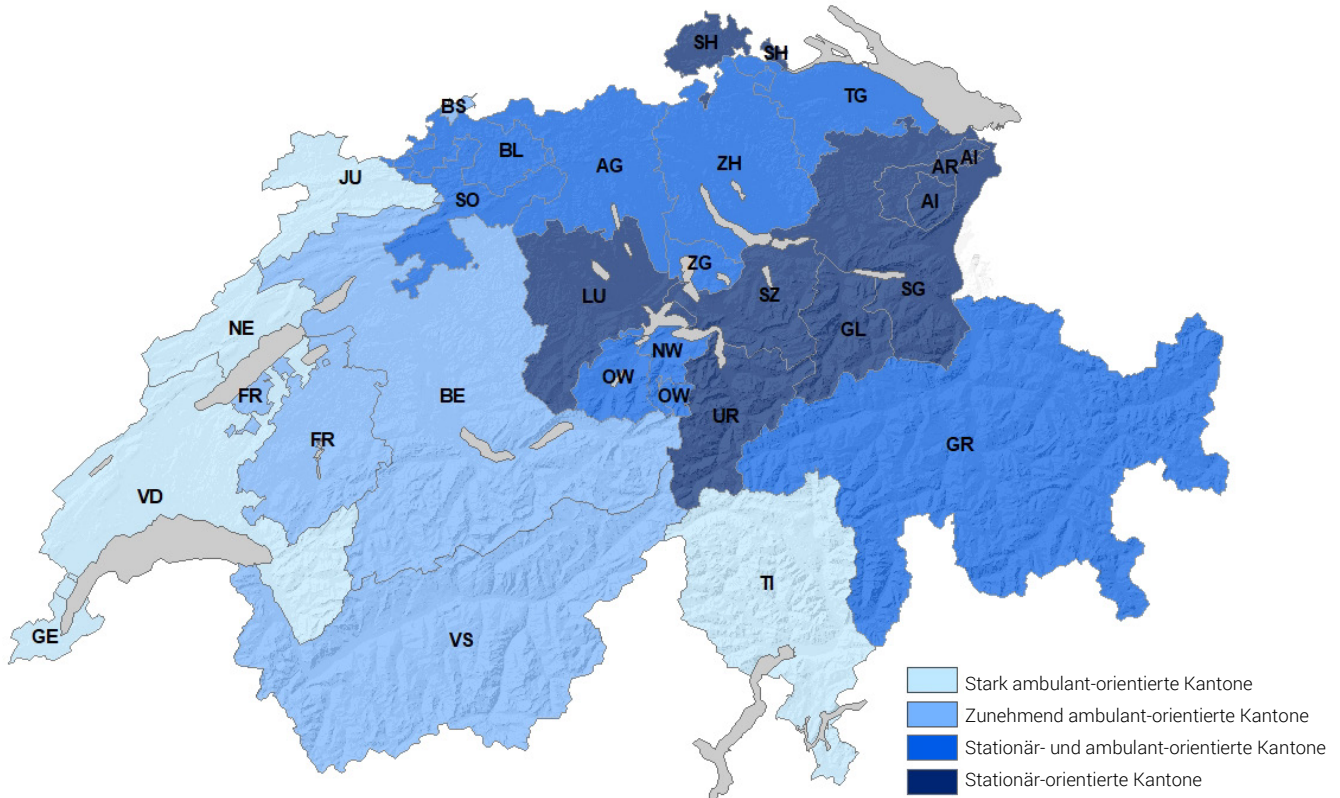
gebedarf um ungefähr eine Pflegestufe höher einschätzt, als die Instrumente BESA und RAI, die in den anderen Kantonsgruppen vermehrt zum Einsatz kommen.

¹⁹ Es gilt zu beachten, dass in diesen Kantonen primär das Pflegebedarfsabklärungsinstrument PLAISIR zum Einsatz kommt, welches den Pflege-

sich stark auf die stationäre und weniger auf die ambulante Versorgung konzentrieren, womit diese Kantonsgruppe das Gegenstück zur ambulant-orientierten Kantonsgruppe darstellt. Die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime ist hier am

höchsten, während die Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege am niedrigsten ausfällt. Der Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen ist am höchsten und liegt deutlich über dem Schweizer Durchschnitt.

G 2.2 Ergebnis des Clustering: die vier Kantonsgruppen



Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

T 2.3 Standardisierte Indikatoren der vier Kantonsgruppen, Bevölkerung 65+, 2019

Kantonsgruppe	Kantone	Inanspruchnahmerate Pflegeheime (%)	Inanspruchnahmerate Spitex-Pflege (%)	Anteil leichtpflegebedürftiger Personen in Pflegeheimen (%)
Stark ambulant-orientierte Kantone	GE, JU, NE, TI, VD	4,1	17,5	2,3
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	BE, BS, FR, VS	5,0	13,2	7,7
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG, ZH	4,7	8,9	17,3
Stationär-orientierte Kantone	AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ, UR	6,0	8,1	23,3
CH		4,8	12,0	13,6

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

2.5 Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung

Die Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung (BFS, 2020c) beschreiben unterschiedliche Entwicklungen der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten. Sie setzen sich aus einer Kombination von Hypothesen über die zukünftige Entwicklung von Fruchtbarkeit, Sterblichkeit, Migration und Erwerb des Schweizer Bürgerrechts zusammen. Die ausgewählten Szenarien, welche im Prognosemodell dieser Studie zur Anwendung kommen, sind die drei Basisszenarien des BFS:

- Das **mittlere Szenario** geht von einer Fortsetzung der Entwicklungen der letzten Jahre aus und verwendet jeweils die Referenzhypothesen (bzgl. Fruchtbarkeit, Sterblichkeit etc.) zur Schätzung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung. Folglich beruht das mittlere Szenario auf der Annahme, dass sich die beobachtete Entwicklung der letzten Jahre fortsetzt.
- Das **tiefe Szenario** stützt sich auf eine Kombination von Hypothesen (z.B. Rückgang der Geburtenhäufigkeit und frühe Sterblichkeit), welche ein schwächeres Bevölkerungswachstum zur Folge haben.
- Das **hohe Szenario** stützt sich auf eine Kombination von Hypothesen (z.B. Anstieg der Geburtenhäufigkeit und spätere Sterblichkeit), welche ein stärkeres Bevölkerungswachstum bewirken.

Diese drei Szenarien der Bevölkerungsentwicklung prognostizieren eine Bandbreite an möglichen Entwicklungen in der Schweiz bis ins Jahr 2040, wobei das tiefe und das hohe Szenario die beiden Extreme der Bandbreite aufzeigen (siehe G 4.1). Als plausible langfristige Entwicklung – trotz der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkung – gilt weiterhin das mittlere Szenario zur Bevölkerungsentwicklung. Die möglichen Einflüsse der **Covid-19-Pandemie** werden in Kapitel 7 diskutiert, die wichtigsten Kennwerte der Szenarien der Bevölkerungsentwicklung finden sich in Kapitel 4.

2.6 Epidemiologische Szenarien: Die Auswirkung des zukünftigen Gesundheitszustands auf die Pflegedauer

In der Schweiz ist die Lebenserwartung seit Beginn des 19. Jahrhunderts kontinuierlich angestiegen (BFS, 2020a). Im Referenzjahr 2019 hat eine 65-jährige Frau eine Lebenserwartung von knapp 23 Jahren, während es bei einem 65-jährigen Mann ungefähr 20 Jahre sind. Im Zusammenhang mit der zunehmenden Lebenserwartung stellt sich vor allem auch die Frage, von welcher gesundheitlichen Qualität die gewonnene Lebenszeit ist (vgl. Seematter-Bagnoud et al., 2021) und wie sich die zukünftige Gesundheit auf die Pflegebedürftigkeit respektive die Pflegedauer auswirken wird.

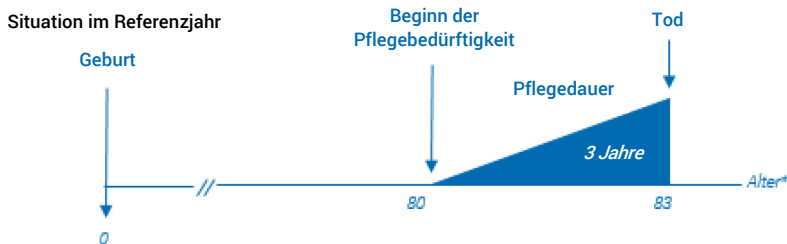
Hierzu gibt es in der wissenschaftlichen Literatur die Hypothesen der Morbiditätsexpansion (Gruenberg, 1977) und der Morbiditätskompression (Fries, 1980). Erstere geht davon aus, dass die gewonnene Lebenszeit mit Beeinträchtigung einhergeht und die Qualität der Gesundheit eher schlecht ausfällt. Letztere hingegen geht davon aus, dass die Lebenszeit ohne Beeinträchtigung gleich gross bleibt wie bisher oder gar grösser ausfällt als der Gewinn an Lebenserwartung insgesamt. Beide Hypothesen haben unterschiedliche Auswirkungen auf die zu erwartende Pflegebedürftigkeit und die daraus resultierende Pflegedauer, wobei bei einer Morbiditätsexpansion mit einer erhöhten Pflegedauer zu rechnen ist als bei einer Kompression der Morbidität.

Die epidemiologischen Szenarien haben zum Ziel, die Auswirkungen der sich verändernden Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung 65+ auf den Pflegebedarf abzubilden. Auf Basis wissenschaftlicher Studien (Fries et al., 2011; Nowossadeck, 2013) werden Hypothesen abgeleitet, welche die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang mit der Zunahme der Lebenserwartung stellen. Die für die Schweiz angewendeten Werte basieren auf nationalen Studien, welche im Jahr 2020 in Zusammenarbeit zwischen dem Obsan und UniSanté aktualisiert wurden (Höpflinger et al., 2011; Seematter-Bagnoud et al., 2009, 2021). Nachfolgend werden die drei verwendeten epidemiologischen Szenarien erläutert:

- Das **Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer** geht davon aus, dass bei zunehmender Lebenserwartung die Dauer der Pflegebedürftigkeit gleichbleibt wie im Referenzjahr 2019, allerdings tritt sie in einem späteren Alter auf. Folglich sind alle gewonnenen Lebensjahre Jahre bei guter Gesundheit (relative Kompression der Morbidität).
- Das **Szenario der verlängerten Pflegedauer** geht verglichen mit dem Referenzjahr 2019 von einem Anstieg der Dauer der Pflegebedürftigkeit aus, wobei die Hälfte der aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre Jahre bei guter Gesundheit sind (Expansion der Morbidität). Die Pflegebedürftigkeit tritt in einem jüngeren Alter ein als im Szenario gleichbleibende Pflegedauer.
- Im **Szenario der verkürzten Pflegedauer** wird angenommen, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit verglichen mit dem Referenzjahr 2019 leicht abnimmt, wobei eineinhalbmal so viele Jahre wie die, die durch die zunehmende Lebenserwartung gewonnen werden, Jahre bei guter Gesundheit sind (absolute Kompression der Morbidität). Die Pflegebedürftigkeit tritt in einem höheren Alter ein als im Szenario gleichbleibende Pflegedauer.

Nachfolgend sind die drei epidemiologischen Szenarien sowie deren Annahmen in Bezug zur Situation im Referenzjahr dargestellt, wenn sich die Lebenserwartung beispielsweise um eine hypothetische Anzahl von einem Jahr erhöht (siehe die dazugehörigen Erläuterungen in Kasten K 2.1).

G 2.3 Visualisierung der drei epidemiologischen Szenarien im Vergleich zur Situation im Referenzjahr

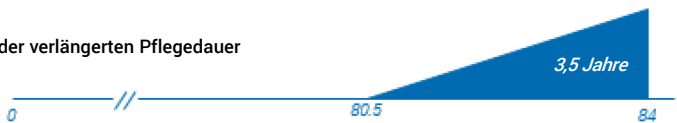


Gewonnene Lebensjahre bei zunehmender Lebenserwartung: 1 Jahr*

Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer



Szenario der verlängerten Pflegedauer



Szenario der verkürzten Pflegedauer



K 2.1 Erläuterung der Grafik 2.3

Die Grafik illustriert als Situation im Referenzjahr eine Person, die mit 80 Jahren pflegebedürftig wird und mit 83 Jahren stirbt. Die Pflegedauer dieser Person beträgt demnach 3 Jahre. Bei einem Anstieg der Lebenserwartung um 1 Jahr verschiebt sich in allen drei Szenarien der Zeitpunkt des Todes auf 84 Jahre. Gemäss dem Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer hat die Person die gleiche Pflegedauer (3 Jahre), diese tritt jedoch erst im Alter von 81 Jahren ein. Die Person hat also ein zusätzliches Jahr ohne Pflegebedürftigkeit. Im Szenario der verlängerten Pflegedauer ist nur die Hälfte der gewonnenen Lebensjahre, d. h. 6 Monate, bei guter Gesundheit. Die Person wird mit 80,5 Jahren pflegebedürftig, und die Pflegedauer beträgt 3,5 Jahre. Im Szenario der verkürzten Pflegedauer ist nicht nur das gewonnene Lebensjahr ein gesundes Lebensjahr, sondern die Person gewinnt auch noch 6 Monate bei guter Gesundheit (die Anzahl der Jahre bei guter Gesundheit entspricht 1,5-mal der gewonnenen Lebensjahre). Die Person gewinnt also 1,5 gesunde Lebensjahre und stirbt mit 84 Jahren, nachdem sie 2,5 Jahre lang pflegebedürftig war.

* Die hier angegebenen Zahlen, z.B. zum Alter bei Beginn der Pflegebedürftigkeit oder zur Anzahl der gewonnenen Lebensjahre, sind fiktiv und werden hier zur Veranschaulichung verwendet.

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2022

2.7 Versorgungspolitische Szenarien

Die versorgungspolitischen Szenarien haben zum Ziel, aufzuzeigen, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege ändern könnte, wenn die aktuell geführte Versorgungspolitik angepasst würde. Für diesen Zweck werden zwei voneinander unabhängige versorgungspolitische Szenarien modelliert: Zum einen die **Szenarien der Heimentlastung** und zum anderen das **Szenario zum Ausbau der betreuten Wohnformen**.

Die versorgungspolitischen Szenarien wurden vom Obsan in wiederholter Rücksprache mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren aus dem versorgungspolitischen sowie beruflichen Umfeld der Alters- und Langzeitpflege entwickelt. Hierbei waren zwei Gefässe²⁰ massgebend: die Begleitgruppe und die leitfadengestützten Einzelinterviews. In beiden Gefässen wurden die versorgungspolitischen Szenarien vorgestellt, diskutiert und Rückmeldungen zu wichtigen Aspekten wie Plausibilität oder Relevanz eingeholt.

Damit die Erläuterungen der beiden versorgungspolitischen Szenarien leichter nachvollziehbar sind, findet sich im Kasten

K 2.2 eine Zusammenfassung der Diskussion mit der Begleitgruppe, welche durch die wichtigsten Informationen aus den leitfadengestützten Einzelinterviews ergänzt ist.

2.7.1 Szenarien der Heimentlastung

Die Szenarien der Heimentlastung sollen aufzeigen, inwieweit eine restriktivere Aufnahmepolitik von neuen Bewohnerinnen und Bewohnern den zukünftigen Bedarf an Langzeitbetten in den Pflegeheimen reduziert. Folglich simuliert dieses Szenario die aktuellen oder anvisierten Bestrebungen einiger Kanton zu «ambulant vor/mit stationär» im Bereich der Alters- und Langzeitpflege, um einerseits die stationären Kosten zu reduzieren und andererseits den Wünschen der älteren Bevölkerung gerecht zu werden. Zu letzterem gehört vor allem der Wunsch nach Autonomie, welcher mit dem Bedürfnis verbunden ist, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu leben.

Die Szenarien der Heimentlastung gehen davon aus, dass die leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime aufgrund ihrer niedrigen Pflegestufe auch alternativ in

²⁰ Die Expertinnen und Experten der Begleitgruppe sowie der leitfadengestützten Einzelinterviews sind dem Kapitel «Danksagung» zu entnehmen.

ihrem angestammten Zuhause oder in einer betreuten Wohnform versorgt werden könnten. Folglich wird von einem Entlastungspotenzial der Pflegeheime ausgegangen, welches sich am Anteil der **leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner** orientiert. Eine alternative Versorgung impliziert einen **Substitutionsfluss** zwischen den Pflegeheimen und dem angestammten Zuhause respektive den betreuten Wohnformen, in welchen die Spitex die Versorgung übernimmt. Nachfolgend werden die Szenarien der Heimentlastung erläutert, wobei zuerst auf den Umfang der Heimentlastung eingegangen wird, gefolgt von den Substitutionsflüssen.

1. Umfang der Heimentlastung

Insgesamt werden zwei Szenarien modelliert: ein Szenario leichte und ein Szenario mittlere Heimentlastung. Das Szenario der **leichten Heimentlastung** nimmt an, dass Personen mit einer Pflegebedürftigkeit äquivalent der Pflegestufen 0–2 zukünftig nicht mehr in den Pflegeheimen versorgt werden, während sich das Szenario der **mittleren Heimentlastung** an den Pflegestufen 0–3 orientiert. Auf die Verwendung von einem stärkeren Szenario wurde in Absprache mit den Expertinnen und Experten verzichtet (vgl. K 2.2).

In den niedrigen Pflegestufen 0–2 respektive 0–3 finden sich laut Expertinnen und Experten teilweise leichtpflegebedürftige Personen, welche aus medizinischen oder sozialen Gründen nicht ausserhalb von einem Pflegeheim versorgt werden können. Aus diesem Grund wurde mit den Expertinnen und Experten **regionsspezifische Sockel** definiert, welche den Anteil leichtpflegebedürftiger Personen festlegen, die trotz niedriger Pflegebedürftigkeit weiterhin in ein Pflegeheim eintreten (vgl. K 2.2). Die prozentualen Sockelwerte mussten dem Entlastungspotenzial der jeweiligen Kantonsgruppe angepasst werden: Bei Kantonsgruppen mit einem geringen Anteil an leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen dürfte das Entlastungspotenzial geringer ausfallen als in einer Kantonsgruppe mit einem hohen Anteil. Gerade in einer Kantonsgruppe mit einem geringen Anteil an leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern ist davon auszugehen, dass deren medizinische oder soziale Situation eine Platzierung in einem Pflegeheim höchstwahrscheinlich notwendig macht. In Tabelle T 2.4 sind die regionsspezifischen Sockelwerte präsentiert.

2. Die Substitutionsflüsse

Als Konsequenz einer Heimentlastung entsteht ein Substitutionsfluss von den Pflegeheimen in Richtung der alternativen Aufenthaltsorte wie dem angestammten Zuhause und den intermediären Strukturen (siehe G 2.4). Hierbei gilt zu beachten, dass es sich bei einem Substitutionsfluss nicht um eine tatsächliche Verschiebung der momentan im Pflegeheim lebenden Personen handelt,

sondern vielmehr um eine zukünftige Reduktion des Anteils leichtpflegebedürftiger Personen, indem diese leichtpflegebedürftigen Personen zukünftig nicht mehr ins Pflegeheim ziehen, sondern in ihrem angestammten Zuhause versorgt werden oder von da aus in eine betreute Wohnform ziehen. Nachfolgend wird die Modellierung der Substitutionsflüsse und deren zugrundeliegenden Annahmen erläutert.

Die leichtpflegebedürftigen Personen, welche zukünftig nicht mehr in ein Pflegeheim ziehen, werden teilweise weiterhin zuhause leben und teilweise in eine betreute Wohnform ziehen (G 2.4 – Ziffer 1). Diese leichtpflegebedürftigen Personen werden anhand von einem **Verteilungsschlüssel** – der für jede Kantonsgruppe spezifisch ist und in Absprache mit der Begleitgruppe festgelegt sowie mithilfe der leitfadengestützten Einzelinterviews plausibilisiert wurde – auf die beiden Aufenthaltsorte aufgeteilt (siehe K 2.2). Es wird angenommen, dass die substituierten leichtpflegebedürftigen Personen die Dienstleistungen der Spitex in Anspruch nehmen werden, unabhängig davon, ob sie in ihrem angestammten Zuhause leben oder in einer betreuten Wohnform. Hierbei werden in Rücksprache mit den Expertinnen und Experten drei Annahmen²¹ getroffen:

- Jede substituierte Person wird sowohl zu einer Klientin beziehungsweise zu einem Klienten der Spitex-Pflege wie auch der Spitex-Betreuung.
- Es wird angenommen, dass die individuelle Pflegediagnose und der Pflegebedarf gleichbleiben, unabhängig vom Aufenthaltsort der Person. Bei einer Substitution entspricht folglich das zeitliche Ausmass an Pflege in einem Pflegeheim eins zu eins dem zeitlichen Ausmass an Pflege in der Spitex. Hierfür werden auf Basis der SOMED-Daten die täglich anfallenden Pflegeminuten in die durchschnittlichen, jährlichen Pflegestunden der Spitex transformiert, jeweils nach Geschlecht und Kantonsgruppe.
- Da in der SOMED-Datenbank keine zeitlichen Angaben zu den Betreuungsleistungen vorhanden sind, werden bei einer Substitution die zur Verfügung stehenden Informationen der SPITEX-Datenbank verwendet. Für eine substituierte Person entsprechen folglich die Anzahl erhaltener Spitex-Betreuungsstunden den durchschnittlichen, jährlichen Betreuungsstunden aus der SPITEX-Datenbank, jeweils nach Kantonsgruppe.

Ausgehend von der Annahme, dass die Kurzaufenthalte in Pflegeheimen eine temporäre Entlastungsstruktur darstellen, welche nur durch zuhause lebende Personen in Anspruch genommen werden, bedeutet eine Substitution zwischen den Pflegeheimen und dem angestammten Zuhause einem Anstieg der Nachfrage nach Kurzaufenthalten (siehe G 2.4 – Ziffer 3). Demgegenüber stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern von betreuten Wohnformen solche Entlastungsdienstleistungen auf Abruf zur Verfügung, weshalb sie keine Kurzaufenthalte in den Pflegeheimen in Anspruch nehmen.

In Bezug auf die Substitutionsflüsse wäre es von Interesse gewesen, die Hospitalisierungen der zuhause lebenden Personen in

²¹ Die Annahmen bezüglich des zeitlichen Ausmasses an Pflege und Betreuung sind relevant für Kapitel 12.1 und 12.2.

das Prognosemodell aufzunehmen, was jedoch aufgrund fehlender Daten nicht möglich war. Tatsächlich ist zu beobachten, dass zuhause versorgte Personen 65+ häufiger ins Spital eingeliefert werden als Personen 65+, welche in den Pflegeheimen versorgt werden: Laut Füglistler-Dousse und Pellegrini (2021) werden zuhause lebende Personen in den letzten 12 Monaten von ihrem Leben zweieinhalbmal mehr hospitalisiert. Folglich ist zu beachten, dass die in vorliegender Studie modellierten Szenarien der Heimentlastung nicht nur einen Substitutionsfluss in Richtung der Spitex-Dienste bedeuten, sondern indirekt auch in Richtung der Spitäler, was eine nicht analysierte Auswirkung auf die Kapazitäten der Spitäler zur Folge hat.

K 2.2 Zusammenfassung der Diskussion mit den Expertinnen und Experten der Begleitgruppe sowie der leitfadengestützten Einzelinterviews

An welchen Pflegestufen orientiert sich das Entlastungspotenzial der Pflegeheime?

Für die Pflegestufen 0–2 ist eine alternative Versorgung ausserhalb der Pflegeheime durchaus denkbar, während dies auch für einen Anteil der Pflegestufe 0–3 gelten dürfte. Allerdings gilt bereits für die Pflegestufe 3 – aber sicherlich ab der Pflegestufe 4 – eine alternative Versorgung als deutliche Herausforderung und dürfte eher schwierig zu bewältigen sein.

Initial wurde der Begleitgruppe ein Szenario mit einer starken Heimentlastung (Pflegestufen 0–4) präsentiert, auf welches jedoch im weiteren Verlauf der Analysen verzichtet wurde, da die Substitution mit einem starken, nahezu unrealistischen Ausmass an Pflege in der Spitex verbunden wäre. Einzig für die ambulant-orientierte Kantonsgruppe, in welcher vor allem mit dem Bedarfsermittlungsinstrument PLAISIR gearbeitet wird, welches Personen ca. eine Pflegestufe höher eingeschätzt als BESA und RAI, wurden einige Ergebnisse beibehalten und auf Wunsch der Begleitgruppe im vorliegenden Bericht in Kurzform dargestellt (siehe Kapitel 12.3).

Können alle leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner alternativ ausserhalb der Pflegeheime versorgt werden?

Eine Orientierung am Anteil der leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner zwecks Abklärung des Entlastungspotenzials macht Sinn, allerdings können nicht restlos alle Personen in den niedrigen Pflegestufen auch alternativ ausserhalb der Pflegeheime versorgt werden. Hier handelt es sich beispielsweise um Personen, bei welchen eine alternative Versorgung aus medizinischen, psychogeriatrischen oder sozialen Gründen eine gesundheitliche Selbst- oder Fremdgefährdung darstellen würde. Des Weiteren dürfte das Entlastungspotenzial in Kantonen mit Pflegebedarfsabklärungen vor einem Pflegeheimeintritt (z.B. durch BRIO in VD oder AROSS in NE) stärker ausgeschöpft sein als in anderen Kantonen. Aufgrund dessen wurde ein **Sockel** definiert, welcher in der jeweiligen Kantonsgruppe den Anteil der Personen in den Pflegestufen 0–2 respektive 0–3 definiert, welche trotz leichter Pflegebedürftigkeit

weiterhin in ein Pflegeheim eintreten und nur hier angemessen versorgt werden können.

Für die Festlegung der regionsspezifischen Sockel dient die Verteilung der Pflegestufen als wichtige Entscheidungsgrundlage (siehe Verteilung der Pflegestufen nach Kantonsgruppe in T 2.4). In Kantonsgruppen mit einem hohen Anteil an leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde der Sockel tiefer angesetzt als in einer Kantonsgruppe mit einem tiefen Anteil, da bei einem tiefen Anteil von zwingenden gesundheitlichen Gründen für eine Pflegeheimplatzierung ausgegangen wird (siehe T 2.4 für die festgelegten Sockel). In der Festlegung der Sockel wurden die Unterschiede in der Einstufung durch die Pflegebedarfsermittlungsinstrumente PLAISIR, BESA und RAI berücksichtigt.

Welche regionalen Unterschiede gibt es bezüglich Entlastungspotenzial zu beachten?

In Kantonsgruppen mit einem tiefen Anteil an leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen ist von einem tieferen Entlastungspotenzial auszugehen. In einigen Kantonen bestehen teilweise formale Richtlinien zum Pflegeheimeintritt (z.B. GE: Eintritt nur ab Pflegestufe 3) oder Orientierungsbüros (z.B. VD: BRIO, JU: RIO oder NE: AROSS) koordinieren den gezielten Einsatz von Pflegeheimen. Dementsprechend dürften sich in Kantonsgruppen mit tiefem Entlastungspotenzial ein hoher Anteil an Personen in den Pflegeheimen befinden, welcher trotz niedriger Pflegestufe nicht alternativ versorgt werden kann. Mit dem regionsspezifischen Sockel wird folglich nicht übermässig stark entlastet, falls in den letzten Jahren bereits eine gewisse Entlastung der Pflegeheime stattgefunden hat.

Wo werden die substituierten, leichtpflegebedürftigen Personen auf angemessene Weise versorgt: Zuhause oder in einer betreuten Wohnform?

Bei leichtpflegebedürftigen Personen ist eher von hoher Autonomie und leichten körperlichen Abhängigkeiten auszugehen, weshalb sie gut in ihrem angestammten Zuhause versorgt werden könnten. Dennoch ist bei einer Substitution in vielen Fällen davon auszugehen, dass leichtpflegebedürftige Personen in einer betreuten Wohnform angemessener versorgt werden können als im angestammten Zuhause. Gründe hierfür sind unter anderem die vorhandenen sozialen Netze in betreuten Wohnformen, die alters- und behindertengerechte Gestaltung der Wohnungen oder die Möglichkeit, bei Bedarf zusätzliche Dienstleistungen zu beziehen (z.B. Pflege, Betreuung oder Mahlzeiten).

Welche regionalen Unterschiede gibt es bezüglich der Verteilung des Substitutionsflusses zwischen angestammten Zuhause und betreuten Wohnformen zu beachten?

In Kantonsgruppen mit einem tiefen Entlastungspotenzial ist bei leichtpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von einem bedeutsamen Grund für deren Aufenthalt im Pflegeheim auszugehen. Folglich dürften diese Personen in einer be-

treuten Wohnform besser versorgt sein als in ihrem angestammten Zuhause, weshalb bei einer Substitution die betreuten Wohnformen mit einem Verteilungsschlüssel anteilmässig stärker berücksichtigt werden als das angestammte Zuhause. Demgegenüber fällt der Verteilungsschlüssel in einer Kantonsgruppe mit einem hohen Entlastungspotenzial zugunsten der betreuten Wohnformen weniger deutlich aus. Der Tabelle T 2.4 sind die regionsspezifischen Verteilungsschlüssel zu entnehmen.

Entspricht eine Bewohnerin beziehungsweise ein Bewohner in einem Pflegeheim eins zu eins einer Klientin beziehungsweise einem Klienten in der Spitex, was das zeitliche Ausmass an Pflege und Betreuung anbelangt?

Aufgrund der äusserst unterschiedlichen Versorgungslandschaften ist dieser Vergleich nur schwer zu tätigen, was schlussendlich in den nachfolgenden Annahmen bezüglich der Pflege- und Betreuungsstunden bei einer Substitution resultierte.

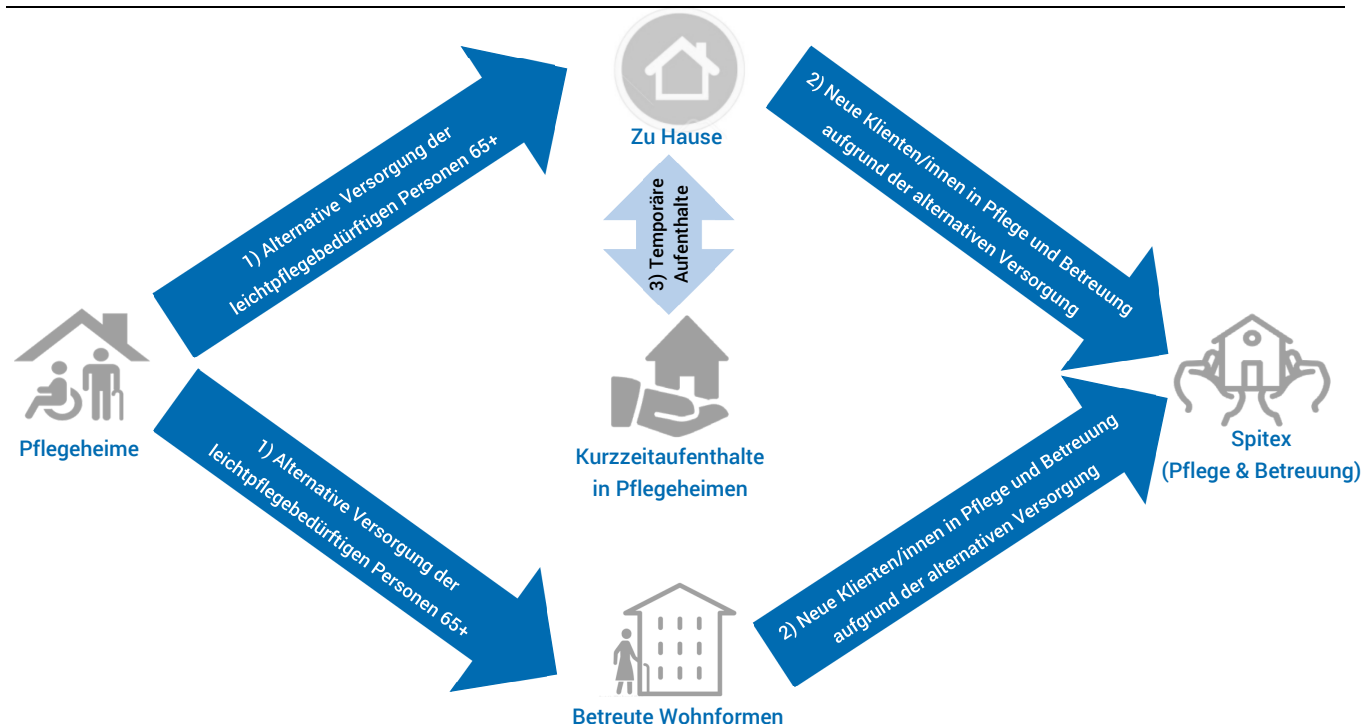
Unter der Annahme der identischen Pflegediagnose und Pflegequalität in der Spitex gegenüber den Pflegeheimen wurde davon ausgegangen, dass das zeitliche Ausmass an **Pflegestunden** eins zu eins substituiert werden kann. Dementsprechend wurden die zu Lasten KVG verrechneten täglichen Pflegeminuten in den Pflegeheimen in den Pflegestufen 0–2 respektive 0–3 für jede Kantonsgruppe in die jährlich geleisteten Pflegestunden pro Person nach Geschlecht und Alter in der Spitex transformiert.

Bezüglich der Betreuung wurde davon ausgegangen, dass das zeitliche Ausmass an Betreuung mindestens eins zu eins anfällt, wenn nicht höher, da durch die Anwesenheit anderer Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner und den daraus resultierenden sozialen Kontakten implizite Betreuungsformen entstehen. In der SOMED gibt es jedoch analog zu den täglichen Pflegeminuten keine Angaben über die Betreuungsminuten. Des Weiteren kann auf keine andere geeignete Datenquelle oder Studie zurückgegriffen werden, welche eine genauere Annahme über das zeitliche Ausmass der Betreuung ermöglichen würde. Folglich wurde entschieden, auf die aufgrund der SPITEX-Datenbank bekannten durchschnittlichen jährlichen **Betreuungsstunden** pro Person (nach Alter, Geschlecht und Kantonsgruppe) zurückzugreifen und den substituierten Klientinnen beziehungsweise Klienten anzurechnen.

Welche Rolle spielen die pflegenden Angehörigen in Zukunft in der Alters- und Langzeitpflege?

Im Rahmen der Diskussionen mit der Begleitgruppe wurde wiederholt die Rolle der pflegenden Angehörigen diskutiert, da die zukünftig anfallende Pflege und Betreuung im Bereich der Spitex kaum zu bewältigen sein dürfte, gerade bei den Szenarien der Heimentlastung. Die Frage, welchen Anteil der zukünftigen Klientinnen und Klienten im Bereich der Spitex durch die pflegenden Angehörigen ergänzt oder ersetzt werden könnte, kann im Rahmen der Modellierungen nicht geklärt werden und Bedarf weiterführender Studien.

G 2.4 Alternative Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen (Szenarien der Heimentlastung) und die daraus resultierenden Substitutionsflüsse



Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2022

T 2.4 Verwendete Sockel und Verteilungsschlüssel per Kantonsgruppe

Kantonsgruppe	Sockel	Verteilungsschlüssel	
	Anteil Personen mit Verbleib im Pflegeheim*	Anteil Personen in Spitex**	Anteil Personen in betreuten Wohnformen**
Stark ambulant-orientierte Kantone	90%	10%	versus 90%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	70%	20%	versus 80%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	60%	30%	versus 70%
Stationär-orientierte Kantone	50%	40%	versus 60%

* Personen 65+ mit Pflegestufe 0–2/0–3 (leichtes/mittleres Szenario der Heimentlastung), welche weiterhin ins Pflegeheim eintreten

** Personen 65+ mit Pflegestufe 0–2/0–3 (leichtes/mittleres Szenario der Heimentlastung), welche gemäss Heimentlastung nicht mehr ins Pflegeheim eintreten, sondern in Anteilen im angestammten Zuhause bleiben oder in betreute Wohnformen wechseln (Substitutionsflüsse)

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2022

2.7.2 Szenario zum Ausbau der betreuten Wohnformen

Dieses Szenario zielt darauf ab, den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung gerecht zu werden: Wahrung der Autonomie für möglichst lange Zeit. In einigen Kantonen wird beobachtet, dass zuhause versorgte Personen lieber in eine betreute Wohnform ziehen als in ein Pflegeheim. Allerdings fehlt diesen Personen bereits heute das nötige Angebot an betreuten Wohnformen und die Nachfrage steigt immer weiter.

Konkret hat dieses Szenario zum Ziel, aufzuzeigen, wie sich der Bedarf an betreuten Wohnformen aufgrund der erhöhten Nachfrage entwickelt sollte – ohne hierbei von einem Substitutionsfluss auszugehen, sondern von der Sachlage, dass zukünftig mehr Personen von ihrem angestammten Zuhause direkt in eine betreute Wohnform ziehen anstelle in ein Pflegeheim. Aufgrund der vorgenommenen Schätzung wird davon ausgegangen, dass die Inanspruchnahme der betreuten Wohnformen durch die Bevölkerung 65+ im Jahr 2019 bei 2% liegt (vgl. Werner et al., 2021). Das mangelnde Angebot und die steigende Nachfrage implizieren eine Erhöhung der Inanspruchnahmerate um +50%, was eine eigentliche Inanspruchnahme von 3% (anstelle der 2%) bedeutet. Um den dadurch zusätzlich anfallenden Bedarf an betreuten Wohnformen zu eruieren, wird in diesem versorgungspolitischen Szenario die Inanspruchnahmerate von 3% bereits ab dem ersten Prognosejahr angewendet. Sowohl die Expertinnen und Experten der Begleitgruppe wie auch der Einzelinterviews haben dieses Szenario als plausibel erachtet.

2.8 Verwendete Datenquellen

Für die Pflegeheime, die Spitex und die Kurzeitaufenthalte in Pflegeheimen stehen BFS-Daten von ausreichender Qualität zur Verfügung, während für die betreuten Wohnformen auf BFS-externe Daten zurückgegriffen werden muss. Letztere wurden im Auftrag des Obsan erhoben und im Rahmen der Studie «Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021» publiziert (Werner et al., 2021). Leider konnten die Daten aus derselben Erhebung zu den Tages- und Nachtstrukturen nicht verwendet werden, da diese unvollständig waren und nicht alle erforderlichen Informationen beinhalteten. Nachfolgend werden die verschiedenen Datenquellen kurz beschrieben (siehe T 2.5) und auf die Herausforderungen bezüglich der Daten zu den betreuten Wohnformen eingegangen.

Die verschiedenen Formen von intermediären Strukturen wachsen in der Schweiz zwar stetig an, jedoch gibt es keine systematische und umfassende Erhebung dieser Strukturen.²² Folglich hat das Obsan im Rahmen von eigenen Erhebungen bereits wiederholt Daten zu den betreuten Wohnformen sowie den Tages- und Nachtstrukturen gesammelt (Werner et al., 2016, 2021). Leider sind gerade die Daten zu den Tages- und Nachtstrukturen unvollständig und die für die Bedarfsprognose benötigten Informationen wie die Alters- und Geschlechterverteilung der Besucherinnen beziehungsweise Besucher fehlen gänzlich. Dementsprechend konnten die Tages- und Nachtstrukturen im Prognosemodell nicht berücksichtigt werden.

Für die betreuten Wohnformen sind die Daten zu ihrer Anzahl nahezu komplett, jedoch fehlen in einigen Kantonen die strukturellen Angaben zur Anzahl der Personen pro Wohnform oder zur Alters- und Geschlechterverteilung. Aufgrund der vorhandenen Informationen ist eine Schätzung der fehlenden Informationen aber möglich. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es diesen Punkt zu berücksichtigen.

²² Eine Ausnahme bilden die Kurzeitaufenthalte in den Pflegeheimen, welche in der SOMED-Datenbank erfasst werden. In der SOMED-Datenbank werden teilweise auch Informationen zu den Tages- und Nacht-

strukturen erhoben, jedoch nur für die Einrichtungen, welche sich in einem Pflegeheim befinden. Folglich fehlen viele pflegeheim-externe Einrichtungen. Des Weiteren werden in der SOMED nicht alle benötigten strukturellen Merkmale erhoben.

T 2.5 Verwendete Datenquellen

Bezeichnung	Datenquelle	Anmerkung
Bevölkerung 65+	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (BFS-STATPOP)	Bestand der Bevölkerung 65+ in der Schweiz und den Kantonen.
Szenarien der Bevölkerungsentwicklung	Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung 2020–2040 des BFS	Prognose der Entwicklung der Bevölkerung 65+ in der Schweiz und den Kantonen für den Zeitraum 2020 bis 2040 anhand von drei Szenarien (tiefes, mittleres und hohes Szenario des BFS).
Lebenserwartung	BFS-Kohortensterbetafeln	Sterbetafeln, welche sich auf Beobachtungen von insgesamt sechs Kalenderjahren abstützen, erlauben es, statistisch aussagekräftige Werte für die Sterblichkeit in der Schweiz (nach Geburtsjahr) zu erhalten.
Pflegeheime	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (BFS-SOMED)	Anzahl der Bewohner/innen 65+ in Langzeitaufhalten in Pflegeheimen
Spitex	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (BFS-SPITEX)	Anzahl der Klienten/innen 65+, die Pflegedienste in Anspruch nehmen und durchschnittliche Anzahl der geleisteten Pflege- und Betreuungsstunden; Informationen nach Art der Organisation (öffentliche Spitex, private Spitex oder selbstständige Pflegefachpersonen). Die SPITEX-Daten sind nur für die aggregierten Altersklassen 65–79 und 80+ vorhanden. Organisationen, deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege oder Hilfe ist (z. B. Krebsliga, Lungenliga, Pro Senectute), werden in der Analyse nicht berücksichtigt (siehe Kapitel 2.2.2).
Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (BFS-SOMED)	Anzahl der Klient/innen 65+ in Kurzzeitaufhalten in Pflegeheimen.
Betreute Wohnformen	Obsan Bericht 05/21 (Werner et al., 2021)	Schätzung der Anzahl Bewohner/innen 65+ in betreuten Wohnformen pro Wohnung sowie deren Alters- und Geschlechterverteilung.

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2022

2.9 In den Ergebnissen dargestellte Szenarien

Die Kombination der drei Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung mit den drei epidemiologischen Szenarien und den versorgungspolitischen Szenarien ergibt insgesamt 27 mögliche Prognoseergebnisse, welche nicht alle dieselbe Relevanz und Sinnhaftigkeit besitzen. Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Lesbarkeit, sind im Bericht das mittlere Szenario zur Bevölkerungsentwicklung und das epidemiologische Szenario mit der gleichbleibenden Pflegedauer von zentraler Bedeutung. Auf diese beiden Szenarien werden entsprechend in Kombination mit den versorgungspolitischen Szenarien fokussiert. Die Kombination des mittleren Szenarios zur Bevölkerungsentwicklung mit dem epidemiologischen Szenario zur gleichbleibenden Pflegedauer und dem Szenario der unveränderten Versorgungspolitik wird im Bericht als **Referenzszenario** bezeichnet. Es dient neben der Bedarfsprognose von «was wäre, wenn alles beim Selben bleibt» als **Benchmark- oder Vergleichsszenario** für die Ergebnisse der anderen Kombinationen von Szenarien.

Dem mittleren Szenario zur Bevölkerungsentwicklung des BFS liegen relativ neutrale Hypothesen zugrunde, dieses geht folglich von einer Fortsetzung der Bevölkerungsentwicklung der letzten Jahre aus (BFS, 2020c). Gibt es keine aussergewöhnlichen Gründe, eine stärkere oder schwächere Entwicklung der Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten anzunehmen, so erscheint das mittlere Szenario der Bevölkerungsentwicklung als das plausibelste Szenario. Allerdings ist zum Zeitpunkt der Studie und Berichtverfassung der Effekt der **Covid-19-Pandemie** auf die

Bevölkerungsentwicklung (noch) nicht abschliessend geklärt, weshalb eine Sensitivitätsanalyse in Kapitel 7.3 einem möglichen Einfluss der Pandemie Rechnung trägt. In dieser Analyse spielt vor allem das tiefe Szenario zur Bevölkerungsentwicklung eine Rolle, da die Covid-19-Pandemie zu vielen Todesfällen in der älteren Bevölkerung geführt hat und somit deren Wachstum verlangsamten respektive abschwächen könnte.

In Bezug auf die epidemiologischen Szenarien erscheint das Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer am plausibelsten, sofern davon ausgegangen wird, dass sich die steigende Lebenserwartung, die gewonnenen Lebensjahre und die damit assoziierte Gesundheit nach der Covid-19-Pandemie gleich weiterentwickeln wird wie in den Jahren von 2007 bis 2017 (siehe Seematter-Bagnoud et al., 2021). Diese Studie berichtet von gegensätzlichen Entwicklungen in den europäischen Ländern, wobei sich die Pflegebedürftigkeit in der Schweiz kaum verändert hat. Die mit Beeinträchtigung verbrachte Lebenszeit ist relativ stabil und dürfte dementsprechend eine unveränderte Pflegedauer mit sich bringen.

3 Inanspruchnahme der Alters- und Langzeitpflegestrukturen in der Schweiz 2019

In diesem Kapitel wird die Inanspruchnahme der berücksichtigten Alters- und Langzeitpflegestrukturen präsentiert. Das Kapitel beschreibt die im Referenzjahr 2019 massgebende Situation, welche der gesamten Bedarfsprognose zugrunde liegt.

Die Verteilung der Merkmale wie Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit der Nutzerinnen und der Nutzer der verschiedenen Alters- und Langzeitpflegestrukturen werden ebenfalls präsentiert, da sich beispielsweise die Bevölkerungsentwicklung über die Altersklassen hinweg unterschiedlich verhält (vgl. Kapitel 4), was wiederum eine starke Auswirkung auf die Bedarfsprognosen haben kann. Wenn man also bedenkt, dass die Bevölkerung 80+ bis ins Jahr 2040 am stärksten wachsen wird, so steigt der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in denjenigen Strukturen stärker an, in welchen mehr Personen dieser Altersklasse leben.

Schliesslich ist anzumerken, dass die hier präsentierten Daten, das Angebot an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz nur begrenzt und schematisch darstellen. In der Tat werden nur die in den Statistiken erfassten Leistungserbringer in der Bedarfsprognose berücksichtigt, während die Bevölkerung 65+ in der Schweiz auf ein breiteres Feld von Leistungserbringern zurückgreifen kann, um den individuellen Bedarf an Pflege und Betreuung zu decken. So gibt es neben den hier berücksichtigten Strukturen etliche weitere Möglichkeiten der Unterstützung so wie beispielsweise die informelle Pflege und Betreuung durch Angehörige, Vereine oder Haushaltspersonal sowie Care-Migrantinnen und Care-Migranten. Des Weiteren verschmelzen gewisse Alters- und Langzeitpflegestrukturen miteinander. So entstanden Einrichtungen, welche Pflegeheime, betreute Wohnformen sowie Tages- und Nachtstrukturen unter einem Dach vereinen, oder Spitex-Dienste, welche «in-house»-Pflege²³ anbieten (BFS, 2021 d). Aufgrund der komplexen Realität im Versorgungsbereich der Alters- und Langzeitpflege wurden für die Modellierung der Bedarfsprognose vereinfachende Hypothesen und Annahmen getroffen (vgl. Kapitel 2).

²³ Durch die Spitex erbrachte Leistungen innerhalb einer andere Struktur wie beispielsweise einer betreuten Wohnform.

²⁴ Die hier präsentierten Indikatoren der Spitex weichen leicht von den Indikatoren auf der Obsan-Internetseite oder den durchs BFS publizierten Indikatoren ab. Zum einen sind in der SPITEX erfasste Organisationen

K 3.1 Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 3 in Kürze

- Pflegeheime und Spitex sind nach wie vor die beiden wichtigen Säulen der Alters- und Langzeitpflege. Intermediäre Strukturen machen vergleichsweise einen geringen Anteil der Versorgung aus (0,1% der Bevölkerung 65+ beanspruchen Kurzaufenthalte in Pflegeheimen und 2,0% betreute Wohnformen).
- Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und Klientinnen und Klienten der Spitex-Pflege unterscheiden sich hinsichtlich Alter und Pflegebedürftigkeit. In Pflegeheimen sind beispielsweise 75,7% der Bewohnerinnen und Bewohner über 80 Jahre alt, während es in der Spitex 45,7% sind. Die unterschiedlichen Altersverteilungen innerhalb der Strukturen haben somit eine unterschiedliche Auswirkung auf die strukturspezifische Bedarfsprognose.
- Im Referenzjahr 2019 nahmen gemäss den verfügbaren Daten 22,2% der Bevölkerung 65+ ein Pflegeheim oder die Spitex in Anspruch. Für die Bevölkerung 80+ beträgt dieser Anteil 53,5%. Beide Anteile zeigen sich seit 2011 auf diesem Niveau.

3.1 Inanspruchnahme der unterschiedlichen Strukturen

Pflegeheime und Spitex sind die Säulen der Alters- und Langzeitpflege.

Pflegeheime sowie Spitex-Dienste²⁴ bleiben die Säulen der Pflege und Betreuung älterer Menschen in der Schweiz. In der Altersklasse 65+ werden 5,3% in einem Pflegeheim versorgt, während es in der Altersklasse 80+ insgesamt 15,0% sind (siehe T 3.1). In

(z.B. Lungenliga, Krebsliga, Pro Senectute, etc.), deren primärer Zweck nicht die Erbringung von Pflegeleistungen ist, von den Analysen ausgeschlossen (vgl. Kapitel 2.2). Zum anderen wurde beispielsweise ein Problem der Doppelzählung von Fällen im Kanton Neuchâtel mit Hilfe des Kantons korrigiert.

der Spitex-Pflege sind es 12,1% der Bevölkerung 65+ und 27,0% der Bevölkerung 80+, während die Inanspruchnahmeraten in der Spitex-Betreuung in beiden Altersklassen deutlich tiefer ausfallen (65+: 5,4% und 80+: 12,5%).

Betreute Wohnformen sind der dritte mögliche Lebensort für ältere Menschen, welche Alters- und Langzeitpflege benötigen. Gemäss einer Schätzung (vgl. Kapitel 2.2.3) machen betreute Wohnformen nur einen kleinen Anteil der sozialmedizinischen Versorgung aus: 2,0% der Bevölkerung 65+ und 3,7% der Bevölkerung 80+ leben in einer betreuten Wohnform.

Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen, welche Spitex und pflegende Angehörige ergänzen, spielen eher eine sekundäre Rolle, da sie von einem kleinen Anteil der Bevölkerung 65+ in Anspruch genommen werden: Deutlich weniger als 1% nahm am Stichtag des 31.12.2019 einen Kurzzeitaufenthalt in einem Pflegeheim in Anspruch. Bei der Interpretation der Ergebnisse zu Kurzzeitaufenthalten ist zu beachten, dass das Angebot an Betten für Kurzzeitaufenthalte geringer ausfällt als in Realität vorhanden. Der Grund hierfür sind temporär als Kurzzeitbetten genutzte Langzeitbetten, welche in der SOMED nicht als solche erfasst werden.

Die Inanspruchnahme der verschiedenen Strukturen der Alters- und Langzeitpflege zeigt, dass der Wechsel von ambulant zu stationär in einigen Kantonsgruppen in der Schweiz bereits stattgefunden hat (vgl. G 3.1).²⁵ Einerseits ist die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime zwischen 2006 und 2019 um -14,6% zurückgegangen: von 6,2% im Jahr 2006 auf 5,3% im Jahr 2019. Seit

der Führung der SPITEX-Statistik (ab 2011) entspricht der Rückgang der Inanspruchnahmerate der Pflegeheime -10,7%. Andererseits hat die Inanspruchnahme der Spitex zugenommen, allerdings gilt dies nur für die Spitex-Pflege. Sie stieg um +6,6% von 11,4% im Jahr 2011 auf 12,1% im Jahr 2019. Die Spitex-Betreuung ist im selben Zeitraum um -11,5% rückläufig: von 6,1% auf 5,4%.²⁶ Dieser Rückgang der Spitex-Betreuung ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich die Spitex-Dienste zunehmend auf ihre Pflegeleistungen konzentrieren und weniger Betreuungsleistungen anbieten (BFS, 2021d).

Insgesamt blieb der Anteil der Bevölkerung 65+, welcher das ganze Jahr über von Pflegeheimen oder Spitex versorgt wurde, zwischen 2011 und 2019 relativ stabil und veränderte sich nur minimal von 22,8% auf 22,2% (vgl. T 3.2). Das Total der durch Pflegeheime oder Spitex versorgten Personen 65+ wächst tatsächlich weniger stark als die Bevölkerung 65+ in der Schweiz, welche deutlich von 302 840 auf 356 313 Personen anwuchs. Des Weiteren ist zu beachten, dass im Jahr 2011 und 2019 jeweils gut die Hälfte der gesamten Bevölkerung 65+ in der Schweiz entweder ein Pflegeheim oder Spitex in Anspruch genommen hat (55,5% respektive 53,5%).

Was das Angebot anbelangt, so ist die Anzahl der Langzeitpflegebetten in Pflegeheimen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner seit 2006 deutlich gesunken (-10,0%; vgl. G 3.2), während das verfügbare Personal in der Spitex pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner um ein gutes Viertel gestiegen ist (+27,6%).

T 3.1 Vergleich der Inanspruchnahmeraten verschiedener Strukturen der Alters- und Langzeitpflege nach Altersklasse, Schweiz, 2019

Altersklassen	Pflegeheime* Bewohner/innen (am 31.12.)		Spitex-Pflege** Klienten/innen (des gesamten Jahres)		Spitex-Betreuung** Klienten/innen (des gesamten Jahres)		Klienten/innen in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen (am 31.12.)		Betreute Wohnformen*** Bewohner/innen (am 31.12.)	
	n	Inanspruchnahmerate (in %)	n	Inanspruchnahmerate (in %)	n	Inanspruchnahmerate (in %)	n	Inanspruchnahmerate (in %)	n	Inanspruchnahmerate (in %)
<65	4 741	0,1	73 774	1,1	25 373	0,4	126	0,0	NA	NA
65-79	17 159	1,5	72 203	6,3	30 580	2,7	496	0,0	16 038	1,4
80+	68 100	15,0	122 640	27,0	56 532	12,5	1 511	0,3	16 693	3,7
65+	85 159	5,3	194 843	12,1	87 112	5,4	2 007	0,1	32 731	2,0

* Beinhaltet keine Altersheime

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege und Betreuung.

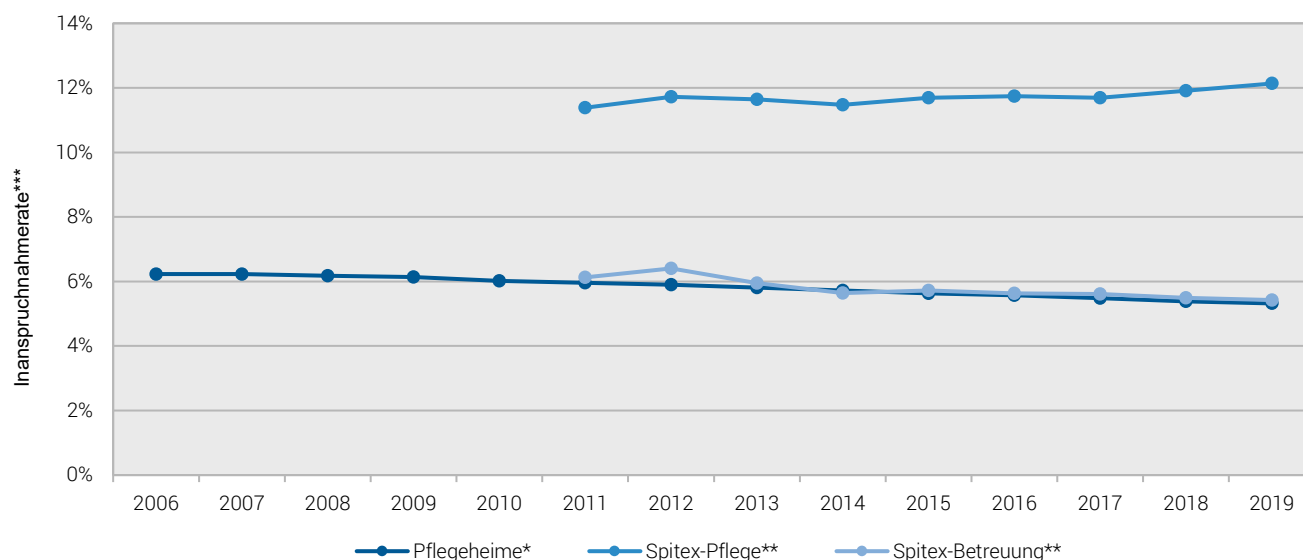
*** Hochgerechnete Daten (vgl. Kapitel 2.2.3)

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan © Obsan 2022

²⁵ Die Zeitreihe beginnt ab 2011, da die private Spitex und die selbstständigen Pflegefachpersonen erst ab 2010 in der SPITEX-Statistik erfasst werden und somit sind die Inanspruchnahmeraten ab 2010 nicht mit denen vor 2010 vergleichbar. Aus Berechnungsgründen sind die Daten für 2010 nicht verfügbar.

²⁶ Diese Berechnung ist leicht verzerrt, da die SPITEX-Statistik unter dem Problem der Doppelzählungen der Klientinnen und Klienten leidet. Dennoch gibt diese Berechnung einen Hinweis auf den Umfang der Betreuung in der Schweiz.

G 3.1 Entwicklung der Inanspruchnahmerate der Pflegeheime und Spitex der Bevölkerung 65+, Schweiz, 2011–2019



* Beinhaltet keine Altersheime

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege und Betreuung.

*** Unstandardisierte Inanspruchnahmerate

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

T 3.2 Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen sowie Klientinnen und Klienten der Spitex über das ganze Jahr, Bevölkerung 65+ und 80+, Schweiz, 2011 und 2019

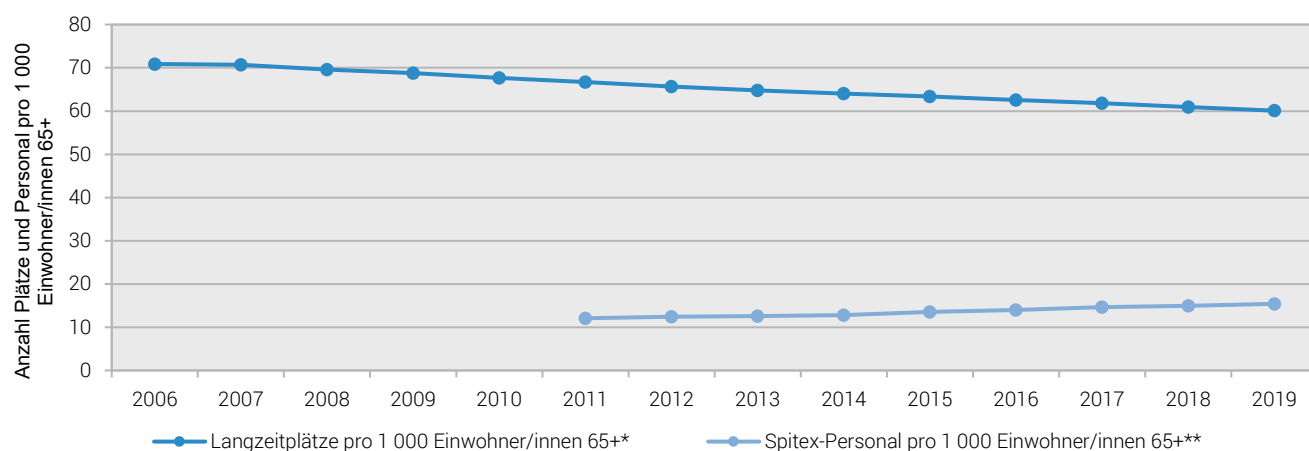
Jahr	Altersklassen	Pflegeheime*	Anzahl Klienten/innen (Pflege und/oder Betreuung)**	Total Bewohner/innen Pflegeheim und Klienten/innen Spitex	Bevölkerung	Inanspruchnahmerate (in %)
2011	65+	119 226	183 614	302 840	1 329 694	22,8
	80+	92 359	114 748	207 107	372 946	55,5
2019	65+	127 870	228 443	356 313	1 605 800	22,2
	80+	98 035	144 663	242 698	453 670	53,5

* Anzahl Bewohner/innen in Langzeitpflege im gesamten Jahr

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege und Betreuung.

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

G 3.2 Entwicklung der Anzahl an Pflegeheimplätzen und des Spitex-Personals pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner 65+, Schweiz, 2011–2019



* Beinhaltet keine Altersheime

** Beinhaltet keine Organisationen (z.B. Krebsliga, Lungenliga, Pro Senectute), deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege oder Betreuung ist, welche seit 2015 in der SPITEX-Statistik enthalten sind. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege und Betreuung.

*** Unstandardisierte Inanspruchnahmerate

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

3.2 Zusammensetzung Klientel in Alters- und Langzeitpflegestrukturen

Mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten in der Spitex und mehr als drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen sind 80+. Frauen sind in allen Strukturen überrepräsentiert.

Die Altersstruktur der Klientel der verschiedenen Alters- und Langzeitpflegestrukturen verdeutlicht den Auftrag der jeweiligen Angebote und hat auch einen bedeutenden Einfluss auf die strukturspezifische Bedarfsprognose. Da die demografische Entwicklung in den Altersklassen 80+ und 90+ sehr stark ausfällt (siehe Kapitel 0), werden die Bedarfsprognosen in Strukturen mit einem hohen Anteil dieser beiden Altersklassen auch am stärksten ausfallen.

Klientinnen und Klienten der Spitex sowie Bewohnerinnen und Bewohner der betreuten Wohnformen sind deutlich jünger als Personen in Pflegeheimen, und zwar unabhängig davon, ob sich diese in einem Langzeit- oder einem Kurzaufenthalt befinden. 62,9% der Klientinnen und Klienten der Spitex-Pflege sind 80+, während es in der Spitex-Betreuung 64,9% sind (siehe T 3.3). Hingegen beherbergen Pflegeheime wesentlich ältere Personen: 79,9% der Bewohnerinnen und Bewohner in einem Langzeitaufenthalt sind 80+, während es in Kurzaufenthalten 75,3% sind.

In betreuten Wohnformen fallen die beiden Altersklassen ungefähr gleich gross aus: 49,0% und 51,0%. Im Unterschied zu anderen Strukturen sind hier die Bewohnerinnen und Bewohner mit Abstand am jüngsten. Schlussendlich ist aufgrund dieser Altersverteilungen davon auszugehen, dass die Bedarfsprognose der Pflegeheime am stärksten ausfallen wird.

Je nach Struktur der Alters- und Langzeitpflege machen Frauen zwischen 62,0% (Spitex-Pflege) und 74,0% (betreute Wohnformen) der Personen aus. Generell sind Frauen in den höheren Altersklassen überrepräsentiert.

114 Minuten durchschnittliche Pflegezeit pro Tag in Pflegeheimen

Mit einer deutlich älteren Klientel als in anderen Alters- und Langzeitpflegestrukturen sind Pflegeheime das letzte Glied in der Versorgungskette, in welchem die am stärksten pflegebedürftigen Personen versorgt werden. Im Schweizer Durchschnitt benötigen 83,2% der Bewohnerinnen und Bewohner mindestens 40 Minuten Pflege pro Tag²⁷ (siehe G 3.3) und im gesamten Durchschnitt benötigen Bewohnerinnen und Bewohner 114 Minuten Pflege pro Tag, was nahezu zwei Stunden entspricht (BFS, 2019b).

²⁷ Das Pflegeniveau wird anhand von zwölf Stufen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Art. 7a Abs. 3. gemessen. Die Stufen geben in Intervallen von 20 Minuten an, wie viele Minuten Pflege

nach KGV Heimbewohnende benötigen bzw. erhalten. In diesem Bericht werden in Anlehnung an Ankers und Serdaly (2017) Personen mit einer tieferen Pflegestufe als leichtpflegebedürftige Personen bezeichnet.

T 3.3 Vergleich der Alters- und Geschlechterverteilung der Personen in verschiedenen Strukturen der Alters- und Langzeitpflege, Schweiz, 2019

		Bewohner/innen Pflegeheime* (am 31.12.)		Klienten/innen Spitex-Pflege** (des gesamten Jahres)		Klienten/innen Spitex-Betreuung** (des gesamten Jahres)		Klienten/innen Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen (am 31.12.)		Bewohner/innen betreute Wohnformen*** (am 31.12.)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Altersklassen	65–79	17 159	20,1	72 203	37,1	3 0580	35,1	496	24,7	16 038	49,0
	80+	68 100	79,9	122 640	62,9	56 532	64,9	1 511	75,3	16 693	51,0
	Total	85 259	100,0	194 843	100,0	87 112	100,0	2 007	100,0	32 731	100,0
Geschlecht	Männer	26 509	29,5	102 148	38,0	30 282	26,9	782	36,7	8 510	26,0
	Frauen	63 491	70,5	166 469	62,0	82 203	73,1	1 351	63,3	24 221	74,0
	Total	90 000	100,0	268 617	100,0	112 485	100,0	2 133	100,0	32 731	100,0

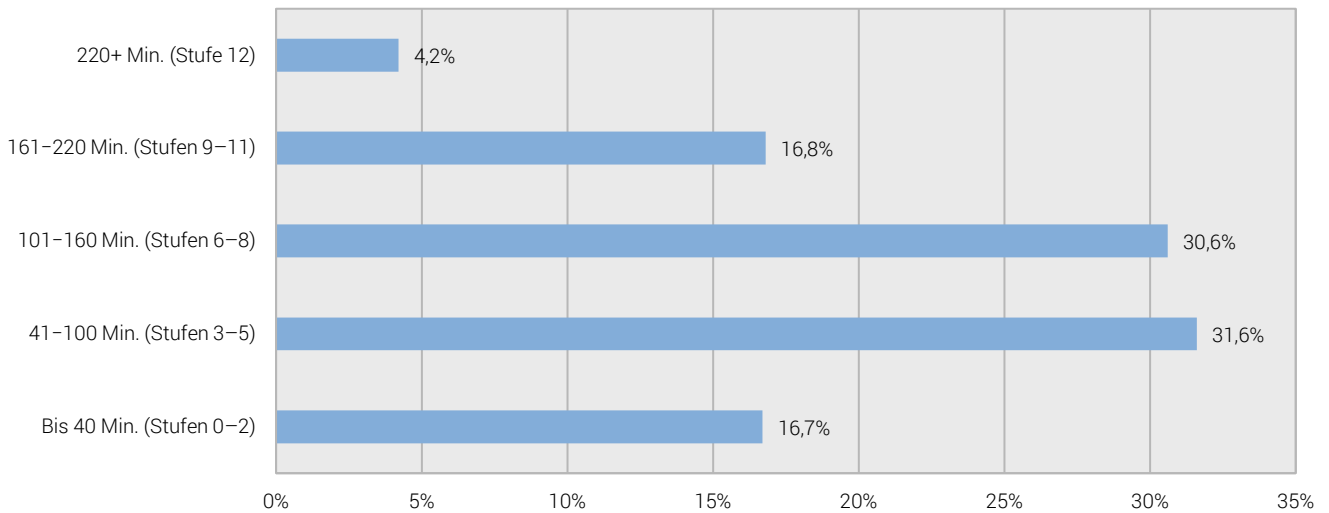
* Beinhaltet keine Altersheime

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege und Betreuung.

*** Hochgerechnete Daten (vgl. Kapitel 2.2.3)

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan © Obsan 2022

G 3.3 Verteilung der Pflegestufen von Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen, Schweiz, 2019



Anmerkung: Beinhaltet keine Altersheime

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

73,4 Stunden Spitex-Pflege pro Klientin und Klient im Jahr

Im Durchschnitt beträgt die Anzahl Pflegestunden pro Klientin beziehungsweise Klient 65+ in einem ganzen Jahr 73,4 Stunden (vgl. T 3.4). Das sind weniger als 15 Minuten pro Tag oder weniger als anderthalb Stunden pro Woche.²⁸ Für die Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Personen sind es 58,0 Stunden und für Klientinnen und Klienten 80+ sind es 82,5 Stunden. Die Anzahl der Betreuungsstunden pro Klientin und Klient in einem ganzen Jahr belaufen sich auf 56,9 Stunden für Personen 65+ und 64,7 Stunden für Personen 80+.

Grosser Anteil Spitex-Pflege und Spitex-Betreuung wird durch öffentliche Spitex geleistet.

Schweizweit versorgt die öffentliche Spitex drei Viertel der Klientinnen und Klienten (75,7%), während die private Spitex (14,5%) und selbstständigen Pflegefachpersonen (9,8%) kleinere Anteile versorgen (siehe T 3.5). Bezüglich Betreuung ist anzumerken, dass selbstständige Pflegefachpersonen in der Regel keine Betreuung leisten. Somit werden schweizweit fast neun von zehn Klientinnen und Klienten (86,1%) durch die öffentliche Spitex betreut und etwas mehr als einer von zehn (13,7%) durch die private Spitex.

T 3.4 Durchschnittliche Anzahl jährlicher Stunden Spitex-Pflege und Spitex-Betreuung pro Klientin und Klient nach Altersklasse, Schweiz, 2019

Altersklassen	Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Stunden pro Spitex Klientin und Klient	
	Spitex-Pflege*	Spitex-Betreuung*
65–79	58,0	42,5
80+	82,5	64,7
65+	73,4	56,9

* Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege/Betreuung.

Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

T 3.5 Klientinnen und Klienten in Spitex-Pflege und Spitex-Betreuung nach Spitex-Organisationstyp, Bevölkerung 65+, Schweiz, 2019

		CH	
		n	%
Spitex-Pflege*	Öffentlich	147 550	75,7
	Privat	28 177	14,5
	Selbstständige Pflegefachpersonen	19 115	9,8
	Total	194 842	100,0
Spitex-Betreuung*	Öffentlich	75 000	86,1
	Privat	11 971	13,7
	Selbstständige Pflegefachpersonen	141	0,2
	Total	87 112	100,0

* Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege/Betreuung.

Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Klientinnen und Klienten der privaten Spitex sind am ältesten, während selbstständige Pflegefachpersonen die jüngsten Klientinnen und Klienten versorgen.

Die Altersverteilung der Klientinnen und Klienten der Spitex-Pflege ist in öffentlichen und privaten Organisationen ähnlich: Etwas weniger als ein Viertel (22,8% respektive 23,5%) der Klientinnen und Klienten ist unter 65 Jahre alt, etwas mehr als ein Viertel (28,7% respektive 25,4%) ist zwischen 65 bis 79 Jahren alt und ungefähr die Hälfte (48,4% respektive 51,1%) ist 80-jährig oder älter (siehe T 3.6). Demgegenüber ist mehr als die Hälfte (52,9%) der Klientinnen und Klienten von selbstständigen Pflegefachpersonen jünger als 65 Jahre und nur 27,6% sind 80-jährig oder älter.

In der Spitex-Betreuung sind Klientinnen und Klienten der öffentlichen Spitex am jüngsten, während selbstständige Pflegefachpersonen die ältesten Klientinnen und Klienten versorgen. Hierbei ist allerdings die äusserst kleine Anzahl von Klientinnen und Klienten (n = 152) selbstständiger Pflegefachpersonen zu beachten.

²⁸ Die durchschnittlichen jährlichen Pflegestunden widerspiegeln neben längerfristigen auch kurzfristige Einsätze (wie beispielsweise Versorgung nach einem Spitalaufenthalt).

T 3.6 Altersverteilung Klientinnen und Klienten in Spitex-Pflege und Spitex-Betreuung nach Spitex-Organisationstyp, Schweiz, 2019

		Öffentliche Spitex		Private Spitex		Selbstständige Pflegefachpersonen	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Spitex-Pflege*	< 65	43 634	22,8	8 659	23,5	21 481	52,9
	65–79	54 961	28,7	9 346	25,4	7 895	19,4
	80+	92 589	48,4	18 831	51,1	11 220	27,6
	Total	191 184	100,0	36 836	100,0	40 596	100,0
Spitex-Betreuung*	< 65	22 981	23,5	2 381	16,6	11	7,2
	65–79	27 191	27,8	3 347	23,3	42	27,6
	80+	47 809	48,8	8 624	60,1	99	65,1
	Total	97 981	100,0	14 352	100,0	152	100,0

* Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege/Betreuung.

Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

4 Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz: 2019 bis 2040 und 2050

In diesem Kapitel wird der Stand der Bevölkerung im Jahr 2019 und deren demografische Entwicklung bis ins Jahr 2040 sowie 2050 dargestellt (BFS, 2020c). Die Beschreibung der demografischen Entwicklung konzentriert sich primär auf die ältere Bevölkerung, bettet diese jedoch in den Kontext der gesamten Bevölkerung ein. Die Ergebnisse der nachfolgenden Kapitel 5 und 6 stützen sich auf das hier beschriebene mittlere Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS. Die Auswirkung des tiefen Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS wird in der Sensitivitätsanalyse in Kapitel 7 geschildert. Des Weiteren wird in Kapitel 7 der Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Szenarien der Bevölkerungsentwicklung diskutiert. In Kasten K 4.1 finden sich die wichtigsten Ergebnisse zur Bevölkerungsentwicklung kurz zusammengefasst.

K 4.1 Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 4 in Kürze

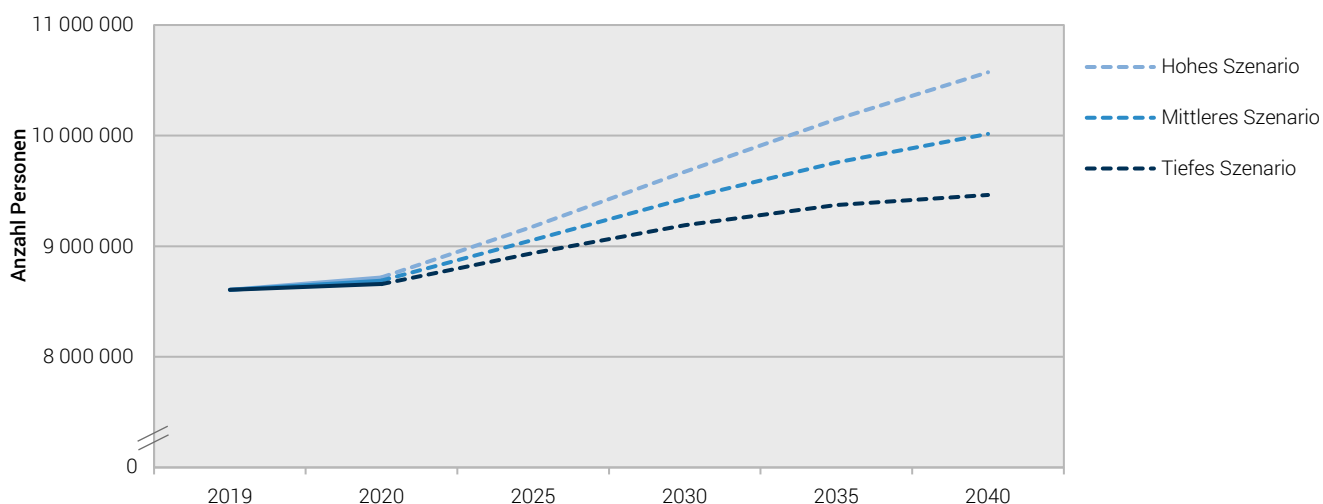
- Die Bevölkerung 65+ wächst bis ins Jahr 2040 um die Hälfte (+52,3%), während das Wachstum (+8,1%) der unter 65-jährigen Personen vergleichsweise gering ausfällt.
- Besonders die höheren Altersklassen wachsen stark: Die Bevölkerung 80+ verdoppelt (+88,3%) sich nahezu, während sich die Bevölkerung 90+ deutlich mehr als verdoppelt (+163,7%).
- Im Gegensatz zum Anteil der Personen 80+, welcher auch nach 2040 weiterhin ansteigt, stagniert das Wachstum bei den 65- bis 79-jährigen Personen ab 2035. Grund für das Wachstum der Altersklasse 80+ sind die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer. Die Ursache für die Stagnation der Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Personen ist das Aufrücken der geburtenschwachen Jahrgänge (ab 1975) in das höhere Alter.

4.1 Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung

Unter Berücksichtigung des tiefen und des hohen Szenarios lässt sich bis ins Jahr 2040 eine Bevölkerung von mindestens 9,5 Millionen bis maximal 10,6 Millionen Personen prognostizieren (siehe

G 4.1). Verglichen mit dem Referenzjahr 2019 entspricht dies einem Bevölkerungswachstum von +0,9 Millionen (+10,6%) bis hin zu +1,9 Millionen Personen (+22,9%). Das mittlere Szenario geht von einer Zunahme der Bevölkerung von +1,4 Millionen (+16,4%) auf 10,0 Millionen Personen aus.

G 4.1 Bevölkerungsstand im Referenzjahr und die drei Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung des BFS, Schweiz, 2019–2040



Szenario	Ist	Prognose		Δ 2019–2040	
	2019	2020	2040	n	%
Hohes Szenario	8 606 033	8 717 536	10 572 632	+1 966 599	+22,9%
Mittleres Szenario	8 606 033	8 688 215	10 015 412	+1 409 379	+16,4%
Tiefes Szenario	8 606 033	8 658 685	9 516 929	+910 896	+10,6%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

4.2 Bevölkerungsentwicklung mit Fokus auf die Bevölkerung 65+

Im Jahr 2019 sind in der Schweiz 13,4% der Bevölkerung zwischen 65 bis 79 Jahre alt und 5,3% sind 80-jährig oder älter (siehe G 4.2 und T 4.1). Folglich ist im Jahr 2019 knapp ein Fünftel (18,7%) der gesamten Bevölkerung mindestens 65-jährig.

Bis ins Jahr 2040 wird der Anteil der Bevölkerung 65+ von knapp einem Fünftel (18,7%) auf ein Viertel (24,4%) ansteigen.

Die Bevölkerung 65+ wird im mittleren Szenario des BFS von 1,6 Millionen Personen im Jahr 2019 auf 2,4 Millionen Personen im Jahr 2040 wachsen, was einem Anstieg von +52,3% entspricht (siehe G 4.2 und T 4.1). Entsprechend wird der Anteil der Bevölkerung 65+ von knapp einem Fünftel (18,7%) auf ein Viertel (24,4%) zunehmen. Diese Verschiebung ist vor allem auf das Aufrücken der Babyboomer-Welle (mit einem Gipfel bei ca. 55 Jahren im Jahr 2019 in der Bevölkerungspyramide) in die oberen Altersklassen (mit einem Gipfel bei ca. 75 Jahren im Jahr 2040) zurückzuführen.

In der Betrachtung der Tabelle T 4.1 fällt ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter und dem prozentualen Wachstum auf: Je höher die Altersklasse desto stärker das prozentuale Wachstum. Die 65- bis 79-jährige Bevölkerung wächst von 1,2 Millionen Personen im Jahr 2019 auf 1,6 Millionen Personen im Jahr 2040, was einer Zunahme von +38,1% entspricht. Im selben Zeitraum verdoppelt (+88,3%) sich der Anteil der Personen 80+ nahezu, was einem Anstieg von 453 670 Personen im Jahr 2019 auf 854 046 Personen im Jahr 2040 entspricht. Am deutlichsten wird dieser Zusammenhang in der Betrachtung der Fünfjahresaltersklassen: Das leichteste Wachstum (+25,1%) ist in der Altersklasse der 65- bis 69-jährigen Personen festzumachen, während die Altersklasse 90+ weitaus am stärksten wächst (+163,7%).

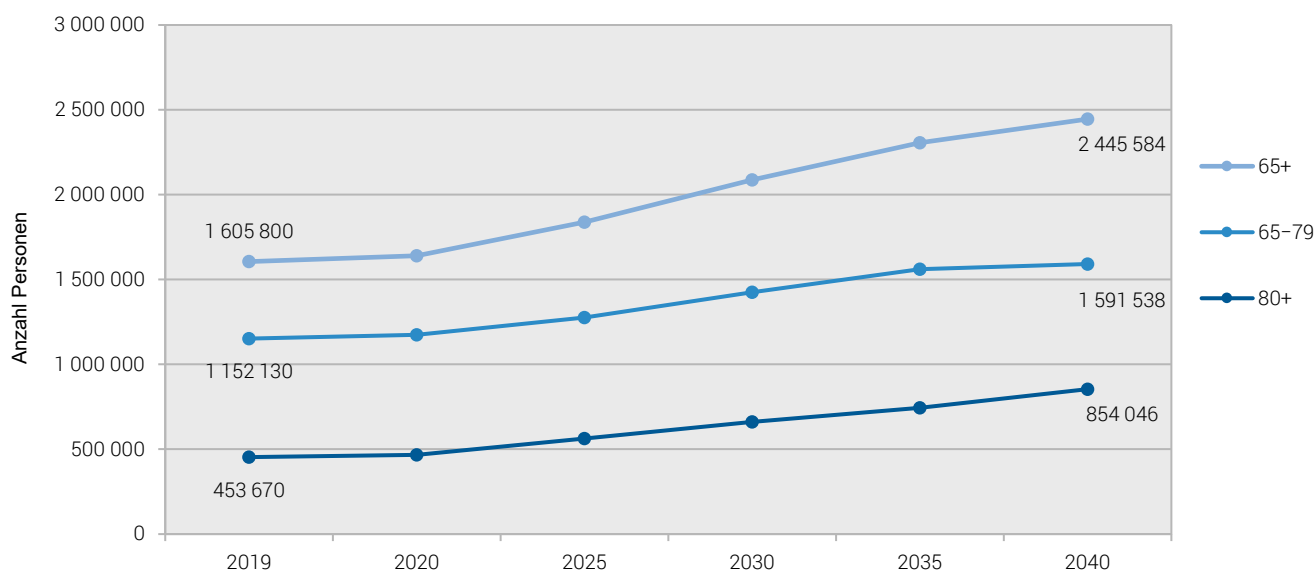
Die Bevölkerung 65+ wächst bis 2040 nicht nur stark an, sie zeigt sich auch zunehmend überaltert (siehe G 4.3). Bis 2035 wächst sowohl die Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Personen wie auch die Altersklasse 80+, wobei anschliessend nur letztere weiterwächst und das Wachstum ersterer stagniert. Dementsprechend nimmt der Anteil der Altersklasse 80+ in der gesamten Bevölkerung 65+ von 28,3% (in 2019) auf 34,9% (in 2040) zu, während der Anteil der 65- bis 79-jährigen Personen im selben Zeitraum von 71,7% auf 65,1% abnimmt.

G 4.2 Bevölkerungspyramide nach Alter und Geschlecht, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, Schweiz, 2019 und 2040



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

G 4.3 Entwicklung der Bevölkerung 65+ nach Altersklasse, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, Schweiz, 2019–2040


Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

T 4.1 Entwicklung der Bevölkerung nach Altersklasse, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, Schweiz, 2019–2040

Bevölkerung	Altersklasse	2019		2040		2019–2040	
		n	%	n	%	Δ (n)	Δ (%)
0–99+	<65	7 000 233	81,3	7 569 828	75,6	+569 595	+8,1%
	65–69	430 612	5,0	538 484	5,4	+107 872	+25,1%
	70–74	400 091	4,6	549 115	5,5	+149 024	+37,2%
	75–79	321 427	3,7	503 939	5,0	+182 512	+56,8%
	80–84	224 513	2,6	378 935	3,8	+154 422	+68,8%
	85–89	146 278	1,7	256 585	2,6	+110 307	+75,4%
	90+	82 879	1,0	218 526	2,2	+135 647	+163,7%
	Total (CH)	8 606 033	100,0	10 015 412	100,0	+1 409 379	+16,4%
65+	65–79	1 152 130	71,7	1 591 538	65,1	+439 408	+38,1%
	80+	453 670	28,3	854 046	34,9	+400 376	+88,3%
	Total (65+)	1 605 800	100,0	2 445 584	100,0	+839 784	+52,3%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

Auch in den 10 Jahren nach 2040 steigt der Anteil der Bevölkerung 80+ weiter an, während das Wachstum bei den 65- bis 79-jährigen Personen stagniert.

Anhand der Fünfjahresaltersklassen lässt sich von 2019 bis 2050 die Entwicklung der in der Grafik G 4.3 beschriebenen Altersklassen und der Effekt der Babyboomer gut nachvollziehen (siehe G 4.4). Seit 2020 steigt die Anzahl Personen im Alter zwischen 65–69 Jahren verstärkt an, erreicht 2030 bis 2035 ein Plateau und sinkt anschliessend wieder.²⁹

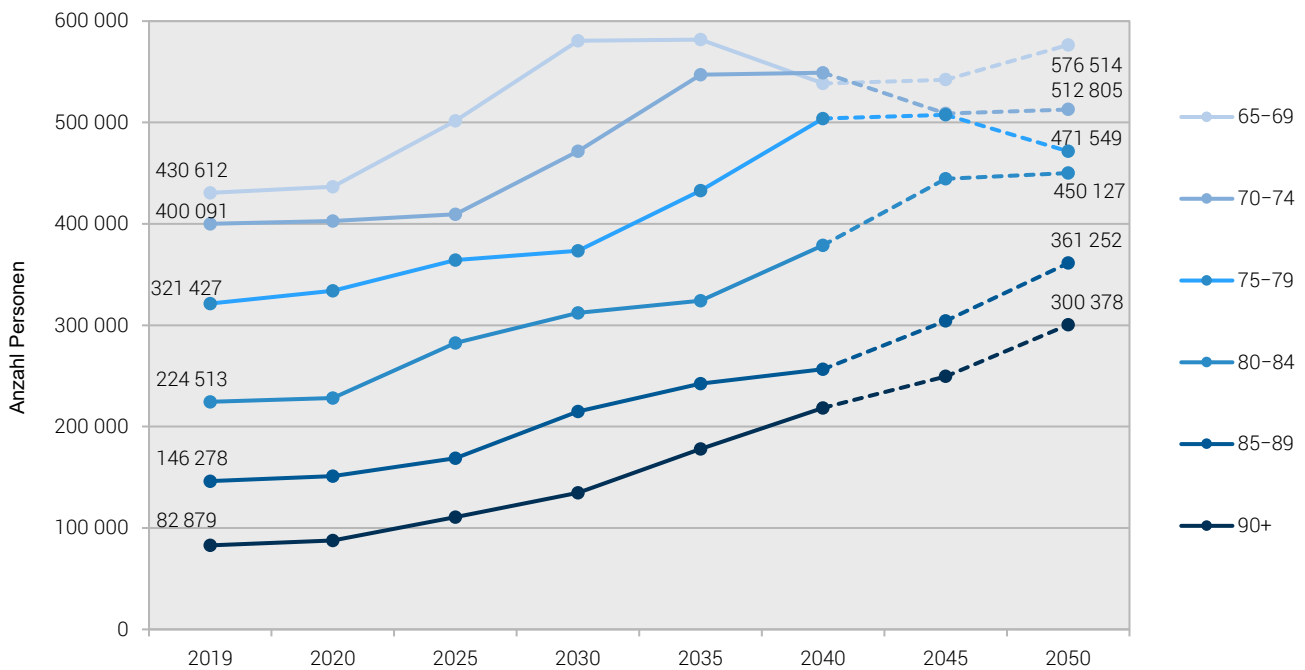
Der Beginn von diesem Plateau verschiebt sich über die weiteren Altersklassen (70–74, 75–79, 80–84 und 85–89) um fünf Jahre nach hinten, wobei das eigentliche Plateau bei den Altersklassen der 85- bis 89-jährigen Personen sowie bei den 90+ nicht mehr ersichtlich ist und erst nach 2050 auftreten dürfte. Dieses jeweilige Plateau entspricht dem Gipfel der geburtenstarken Jahrgänge 1960 bis 1965 (vgl. Grünenfelder & Müller-Jentsch, 2017). Schwächer ausgeprägt, aber ebenfalls gut zu sehen, sind die geburtenstarken Jahrgänge um 1945, gleich zu Beginn der Babyboomer-Jahrgänge. Diese Jahrgänge widerspiegeln sich in der

leichten Erhebung von 2020 bis 2025 in der Altersklasse der 80- bis 84-jährigen Personen respektive von 2025 bis 2030 bei der Altersklasse der 85- bis 89-jährigen Personen.

Diese Verschiebung der Babyboomer-Jahrgänge über die Prognosejahre führt dazu, dass gerade die Altersklasse der 80+ bis ins Jahr 2050 kontinuierlich anwächst. Im Vergleich hierzu stagniert das Wachstum der Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Personen ab 2035 (vgl. G 4.3), da ab diesem Prognosejahr der Effekt der Babyboomer langsam abklingt und die geburtenschwächeren Jahrgänge nach 1975 in das Rentenalter aufrücken.

Über den Prognosehorizont von 2040 hinaus gilt es zu bedenken, dass sich durch das unterschiedliche Wachstum der beiden Altersklassen (65–79 und 80+) auch unterschiedliche Anforderungen an die Alters- und Langzeitpflegestrukturen sowie die Pflege selbst ergeben dürften. Folglich gilt es nicht nur die bevorstehenden Herausforderungen bezüglich der zusätzlich benötigten Kapazitäten anzugehen, sondern auch Fragen zu berücksichtigen, welche sich mit den unterschiedlichen Pflegebedürfnissen einer noch stärker überalterten Bevölkerung ab 2040 ergeben dürften.

G 4.4 Prognostizierte Bevölkerung 65+ nach Fünfjahresaltersklassen, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, Schweiz, 2019–2050



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

²⁹ In der Altersklasse der 65- bis 69-jährigen Personen ergibt sich von 2045 auf 2050 noch einmal ein leichter Anstieg, welcher auf die Jahrgänge 1980 bis 1990 zurückzuführen ist (vgl. Bevölkerungspyramide G 4.2).

5 Bedarfsprognose bis 2040 aufgrund demografischer Alterung

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege aufgrund der demografischen Alterung (unter Berücksichtigung der epidemiologischen Szenarien) und unter einer sich nicht verändernden Versorgungspolitik bis ins Jahr 2040 entwickelt. Folglich zeigen die Ergebnisse in diesem Kapitel auf, welche Bedarfsentwicklung unter *ceteris paribus*³⁰ zu erwarten ist, also unter der Annahme unveränderter Versorgungspolitik, gleichbleibender Pflegedauer und einer mittleren Bevölkerungsentwicklung.

Die Ergebnisse unter *ceteris paribus* haben auch eine Benchmark-Funktion. Sie gelten als **Referenzszenario**, gegenüber welchem alternative Versorgungsszenarien verglichen und eingeschätzt werden können. In Kasten K 5.1 finden sich die wichtigsten Ergebnisse der Bedarfsprognose für das Referenzszenario zusammengefasst.

K 5.1 Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 5 in Kürze

Im Referenzszenario ergibt sich bis ins Jahr 2040 die nachfolgende Situation:

- In Pflegeheimen könnte sich der zukünftige Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten um den Faktor 1,6 erhöhen. Bei einer Annahme von durchschnittlich 59 Betten pro Pflegeheim entspricht dies einem Bedarf an +921 zusätzlichen Pflegeheimen.
- In der Spitex-Pflege und der Spitex-Betreuung dürfte sich die Anzahl Klientinnen und Klienten um das 1,5-fache erhöhen.
- Bei Kurzaufenthalten in Pflegeheimen ist von einem Anstieg der Klientinnen und Klienten um das 1,6-fache zu rechnen.
- Bei den betreuten Wohnformen ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner um den Faktor 1,4 ansteigt.

5.1 Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen

Im Referenzjahr 2019 leben in Pflegeheimen 86 136 Personen 65+, bei 91 425 zur Verfügung stehenden Betten (siehe G 5.1). Diese verfügbaren Betten entsprechen ausschliesslich der Bettenkapazität für die Bewohnerinnen und Bewohner 65+ und sind dementsprechend für die durch jüngere Personen belegten Betten bereinigt (vgl. Kapitel 2.2.1).

Da die Bewohnerinnen und Bewohner für ihre Aufenthaltsdauer gewichtet werden, kann die prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner mit den zukünftig benötigten Langzeitbetten gleichgesetzt werden.

Schweizweit ist bis ins Jahr 2040 mit +45 292 bis +64 359 zusätzlichen Betten in den Pflegeheimen zu rechnen

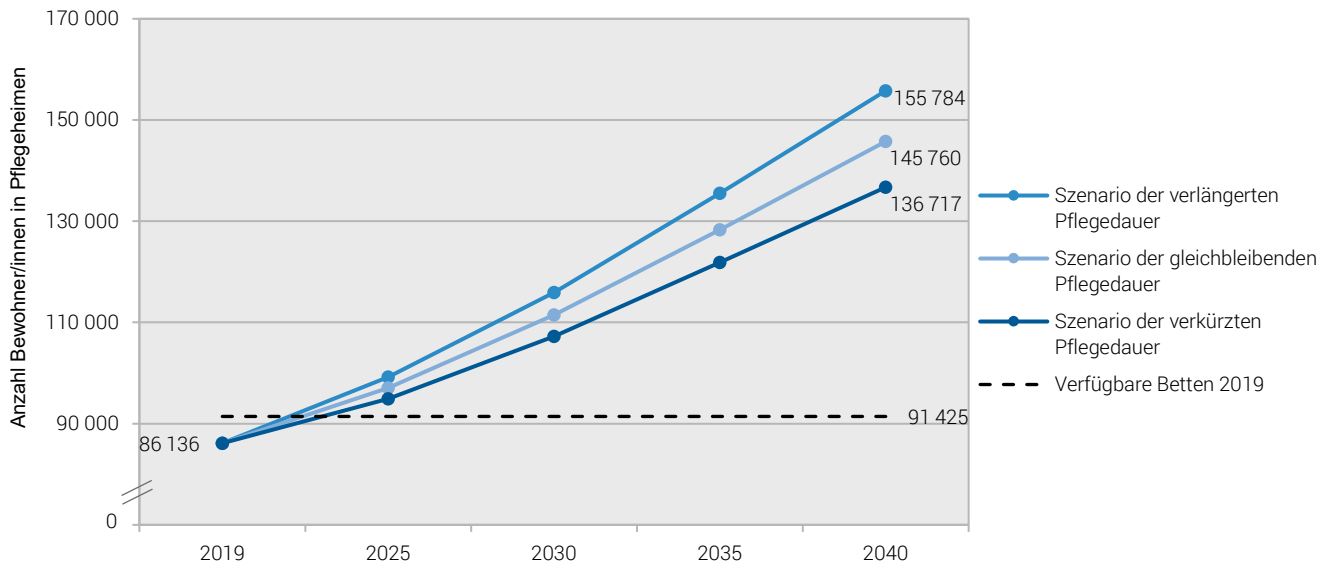
Bei gleichbleibender Pflegedauer ist bis ins Jahr 2040 mit einem Zuwachs von +59 624 Personen auf insgesamt 145 760 Bewohnerinnen und Bewohner zu rechnen. Dies entspricht einem Wachstum von +69,2% (siehe G 5.1). Im Vergleich mit den 91 425 verfügbaren Betten im Referenzjahr 2019, bedeutet dies einen Bedarf an +54 355 zusätzlichen Betten (siehe G 5.1). Der Bedarf an zusätzlichen Betten steigt damit zwischen 2019 und 2040 um das 1,6-fache.

Im Vergleich dazu wächst die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner im Szenario der verkürzten Pflegedauer um +58,7% (auf 136 717 Bewohnerinnen und Bewohner) und im Szenario der verlängerten Pflegedauer um +80,9% (auf 155 784 Bewohnerinnen und Bewohner). Somit dürfte sich der Bedarf an zusätzlichen Betten bis ins Jahr 2040 um den Faktor 1,5 bis 1,7 erhöhen. Dies entspricht im Vergleich mit dem Referenzjahr 2019 zwischen +45 292 bis +64 359 zusätzlichen Betten beziehungsweise zwischen +767 und +1 090 zusätzlichen Pflegeheimen bei einem durchschnittlichen Angebot von 59 Betten pro Pflegeheim.³¹

³⁰ Lateinisch für «unter sonst gleichen Bedingungen».

³¹ Diese Schätzung resultiert aus den verfügbaren Pflegeheimbetten für die ältere Bevölkerungsgruppe und der Anzahl im Prognosemodell berücksichtigter Pflegeheime (BFS, 2019b)

G 5.1 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung, drei epidemiologische Szenarien und unter unveränderter Versorgungspolitik, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Szenario der verkürzten Pflegedauer				Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer				Szenario der verlängerten Pflegedauer			
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	Bedarf zusätzl. Betten	2040	Δ (n)	Δ (%)	Bedarf zusätzl. Betten	2040	Δ (n)	Δ (%)	Bedarf zusätzl. Betten
CH	86 136	136 717	+50 581	+58,7%	+45 292	145 760	+59 624	+69,2%	+54 335	155 784	+69 648	+80,9%	+64 359

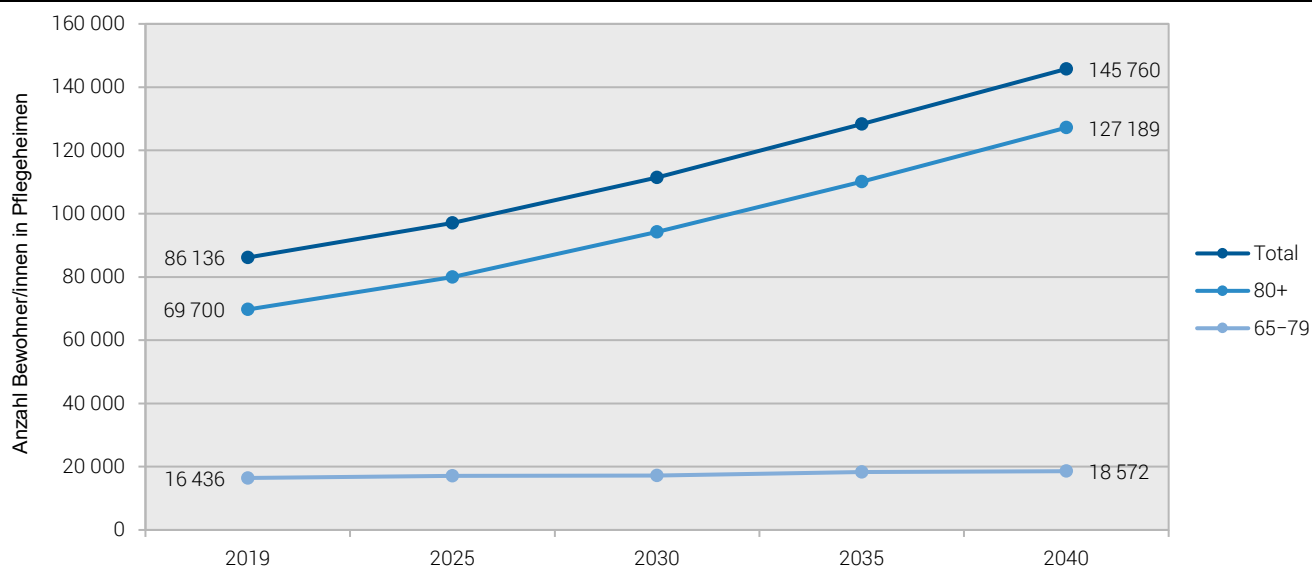
Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Unabhängig von den drei epidemiologischen Szenarien, dürfte die Nachfrage nach einem Pflegeheimbett das vorhandene Angebot bereits vor dem Jahr 2025 übertreffen. Aufgrund der Covid-19-Pandemie könnte sich dieser Zeitpunkt allerdings etwas verzögern, da gerade in Pflegeheimen viele Personen an Covid-19 gestorben sind und potenzielle Bewohnerinnen und Bewohner ihren Eintritt hinausschieben (vgl. Kapitel 7).

Es sind vor allem die Bewohnerinnen und Bewohner 80+, deren Anzahl in Pflegeheimen deutlich zunehmen wird.

Im Kapitel 4 wurde gezeigt, dass vor allem die Bevölkerung 80+ bis ins Jahr 2040 kontinuierlich ansteigt, während das Wachstum der Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Personen ab 2030 stagniert. Dieser Bevölkerungsentwicklung hat auch direkte Auswirkung auf die Altersstruktur in Pflegeheimen (siehe G 5.2). Verglichen mit der Anzahl der 65- bis 79-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner, bei welchen bis ins Jahr 2040 mit einer Zunahme von +13,0% zu rechnen ist, nimmt die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner 80+ deutlich stärker zu (+82,5%). Dementsprechend verlagern sich die Anteile dieser beiden Altersklassen über den Prognosehorizont: Im Jahr 2019 waren 20,1% der Bewohnerinnen und Bewohner 65+ zwischen 65- bis 79-jährig, während es im Jahr 2040 nur noch 12,7% sein werden.

G 5.2 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen nach Altersklasse, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik, Schweiz, 2019–2040



Region	Bewohnerinnen und Bewohner der Altersklasse 65-79				Bewohnerinnen und Bewohner der Altersklasse 80+			
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	16 436	18 572	+2 136	+13,0%	69 700	127 189	+57 489	+82,5%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

5.2 Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und -Betreuung

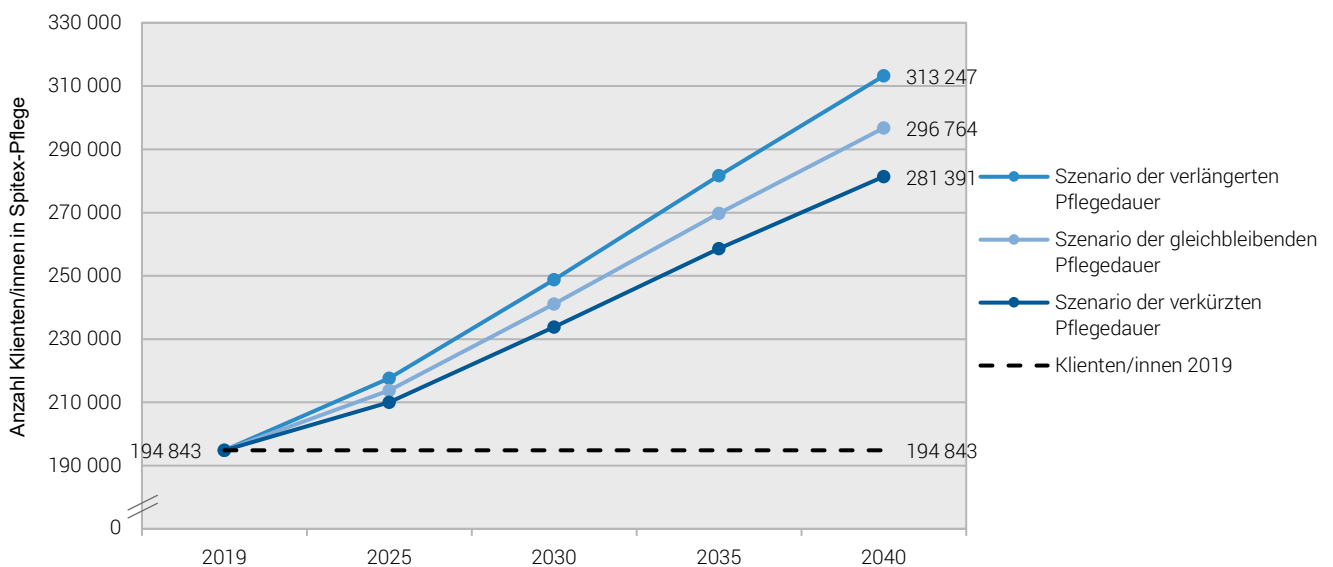
Im Referenzjahr 2019 haben in der Schweiz 194 843 Klientinnen und Klienten über KVG abrechenbare Spitex-Pflege erhalten (siehe G 5.3) und 87 112 Klientinnen und Klienten haben Spitex-Betreuung beansprucht (siehe G 5.4).

Schweizweit ist bis ins Jahr 2040 mit einem Anstieg von +86 548 bis +118 404 zusätzlichen Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege zu rechnen.

Bei gleichbleibender Pflegedauer ist bis ins Jahre 2040 mit einem Zuwachs von +101 921 Klientinnen und Klienten auf insgesamt 296 764 Personen zu rechnen, was einem Wachstum von +52,3%

entspricht. Bei verkürzter oder verlängerter Pflegedauer liegt der Zuwachs an Klientinnen und Klienten bei +86 548 (+44,4%) respektive +118 404 Personen (+60,8%). Dies entspricht insgesamt 281 391 beziehungsweise 313 247 Personen, die im Jahr 2040 Spitex-Pflege benötigen. Folglich könnte sich die Anzahl der Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege von 2019 bis 2040 um den Faktor 1,4 bis 1,6 erhöhen. Die Versorgung dieser zusätzlichen Klientinnen und Klienten wird ein entsprechend erhöhter Bedarf an Spitex-Personal erfordern (vgl. Merçay et al., 2021).

G 5.3 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Pflege, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung, drei epidemiologische Szenarien und unter unveränderter Versorgungspolitik, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Szenario der verkürzten Pflegedauer			Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer			Szenario der verlängerten Pflegedauer		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (Anz.)	Δ (%)
CH	194 843	281 391	+86 548	+44,4%	296 764	+101 921	+52,3%	313 247	+118 404	+60,8%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

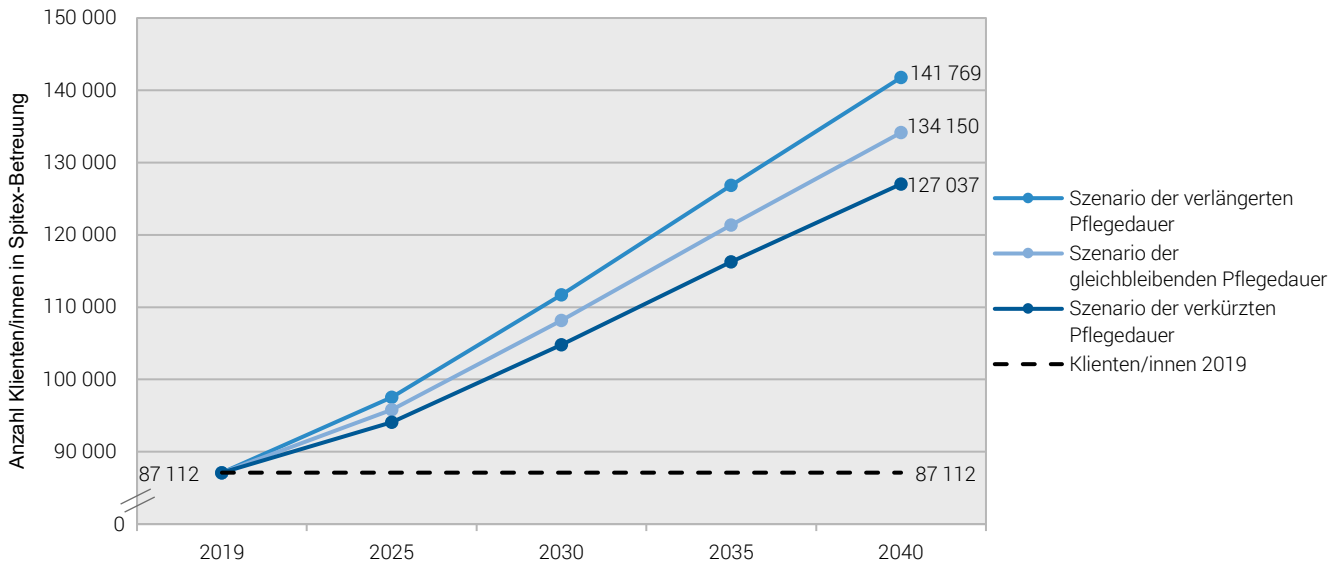
© Obsan 2022

Das prozentuale Wachstum der Klientinnen und Klienten in der Spitex-Betreuung bewegt sich in ähnlichem Ausmass wie in der Spitex-Pflege.

Bei gleichbleibender Pflegedauer ist zu erwarten, dass sich die Anzahl Klientinnen und Klienten der Spitex-Betreuung bis ins Jahr 2040 um +47 038 Personen (+54,0%) erhöht, was insgesamt

134 150 Klientinnen und Klienten entspricht. Wird von verkürzter oder verlängerter Pflegedauer ausgegangen, so wächst die Anzahl Klientinnen und Klienten um +39 925 (+45,8%) respektive +54 657 Personen (+62,7%) auf 127 037 respektive 141 769 Klientinnen und Klienten an. Ähnlich der Spitex-Pflege könnte sich die Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Betreuung zwischen 2019 und 2040 um einen Faktor von 1,5 bis 1,6 erhöhen.

G 5.4 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Betreuung, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung, drei epidemiologische Szenarien und unter unveränderter Versorgungspolitik, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Szenario der verkürzten Pflegedauer			Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer			Szenario der verlängerten Pflegedauer		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	87 112	127 037	+39 925	+45,8%	134 150	+47 038	+54,0%	141 769	+54 657	+62,7%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

5.3 Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen

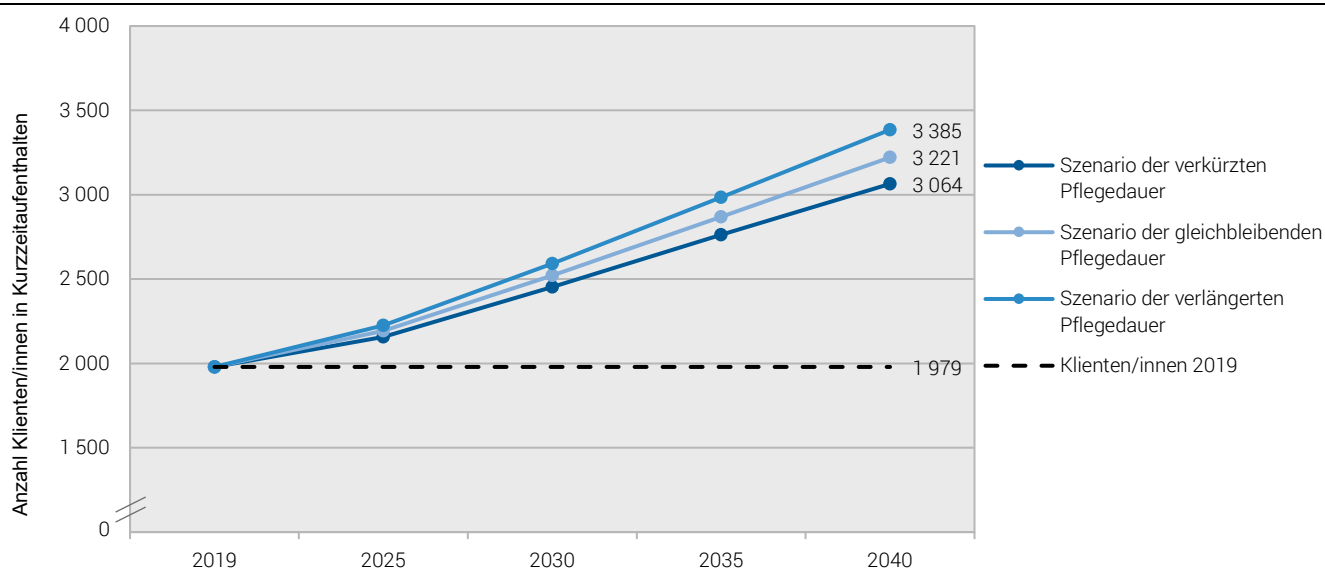
Im Referenzjahr 2019 haben 1 979 Klientinnen und Klienten einen Kurzzeitaufenthalt in einem Pflegeheim in Anspruch genommen (siehe G 5.5).

Bis ins Jahr 2040 ist mit einem Anstieg von +1 085 bis +1 406 Kurzzeitbetten zu rechnen.

Bei gleichbleibender Pflegedauer ist bis ins Jahr 2040 schweizweit mit 3 221 Personen in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen zu rechnen, was einem Anstieg von +1 242 Betten³² (+62,8%,

siehe G 5.5) entspricht. Des Weiteren ist auch bei verkürzter Pflegedauer eine Zunahme zu erwarten: um +1 085 Personen bzw. Betten (+54,8%) auf 3 064 Klientinnen und Klienten. Im Szenario der verlängerten Pflegedauer nimmt die Anzahl der Klientinnen und Klienten bzw. Betten um +1 406 Personen (+71%) auf 3 385 Klientinnen und Klienten zu. Mit anderen Worten: Die Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufenthalten könnte sich zwischen 2019 und 2040 um den Faktor 1,5 bis 1,7 erhöhen (Faktor 1,6 gemäss dem Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer).

G 5.5 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung, drei epidemiologische Szenarien und unter unveränderter Versorgungspolitik, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Szenario der verkürzten Pflegedauer		Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer			Szenario der verlängerten Pflegedauer			
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	1 979	3 064	+1 085	+54,8%	3 221	+1 242	+62,8%	3 385	+1 406	+71,0%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

³² Da die Klientinnen und Klienten für ihre Aufenthaltsdauer gewichtet werden, kann die prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten mit

den zukünftig benötigten Kurzzeitbetten gleichgesetzt werden (vgl. Kapitel 2).

5.4 Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen

Im Referenzjahr 2019 leben schätzungsweise 32 731 Personen 65+ in einer betreuten Wohnform, was ungefähr einem Anteil von 2% der Bevölkerung 65+ entspricht (siehe G 5.6). In der Interpretation der Ergebnisse gilt es den folgenden Punkt zu beachten: In der Schweiz gibt es nur lückenhafte und keine umfänglichen Datengrundlagen im Bereich der betreuten Wohnformen, weshalb die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner im Referenzjahr 2019 geschätzt werden musste (vgl. Kapitel 2.2.3).

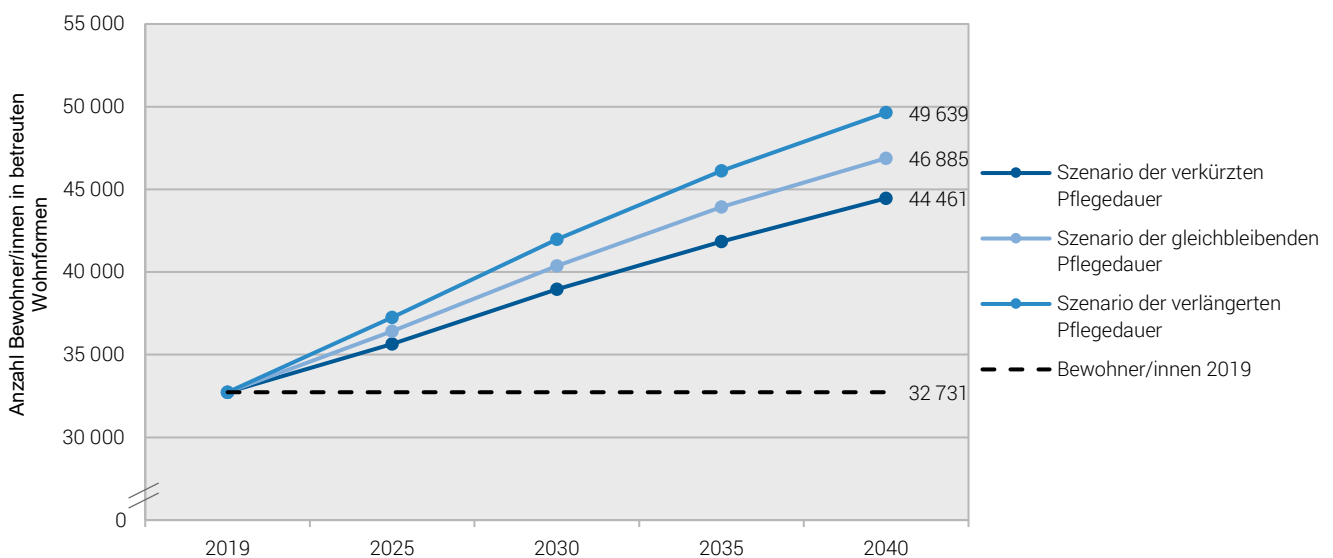
Schweizweit ist bis ins Jahr 2040 mit +11 730 bis +16 908 zusätzlichen Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen zu rechnen.

Bei gleichbleibender Pflegedauer ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen bis ins Jahr 2040 um +14 154 Personen (+43,2%) auf 46 885

Bewohnerinnen und Bewohner ansteigen wird (siehe G 5.6). Folglich könnte die Anzahl Personen bei gleichbleibender Pflegedauer um das 1,4-fache steigen. Bei verkürzter Pflegedauer steigt die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner um +11 730 Personen (+35,8%) auf 44 461 Bewohnerinnen und Bewohner an. Bei verlängerter Pflegedauer sind es +16 908 Personen (+51,7%) mehr, was insgesamt 49 639 Bewohnerinnen und Bewohnern entspricht.

Im Vergleich mit den Bedarfsprognosen der anderen Alters- und Langzeitpflegestrukturen, fallen im Bereich der betreuten Wohnformen ein weniger starkes Wachstum und die daraus resultierenden flacheren Verläufe in Grafik G 5.6 auf. Dieser Unterschied ist vor allem auf die Altersstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen zurückzuführen. Hier ist der Anteil der 65- bis 79-jährigen Personen deutlich höher als der Anteil der Altersklasse 80+ und unterscheidet sich daher (beispielsweise) deutlich von der Alterststruktur in den Pflegeheimen (vgl. Kapitel 3). Gerade das stagnierende Wachstum der 65- bis 79-jährigen Bevölkerung ab 2030 führt folglich dazu, dass das erwartete Wachstum der Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen ab 2030 weniger stark ansteigt als in den Jahren von 2019 bis 2030.

G 5.6 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in betreuten Wohnformen, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung, drei epidemiologische Szenarien und unter unveränderter Versorgungspolitik, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Szenario der verkürzten Pflegedauer			Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer			Szenario der verlängerten Pflegedauer		
	2019	2040	$\Delta (n)$	$\Delta (\%)$	2040	$\Delta (n)$	$\Delta (\%)$	2040	$\Delta (n)$	$\Delta (\%)$
CH	32 731	44 461	+11 730	+35,8%	46 885	+14 154	+43,2%	49 639	+16 908	+51,7%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan © Obsan 2022

6 Bedarfsprognose bis 2040 unter Veränderungen in der Versorgungspolitik

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, welchen Effekt unterschiedliche Entwicklungen in der Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege auf den strukturspezifischen Bedarf haben könnten. Die versorgungspolitischen Szenarien werden für die Berechnung der Bedarfsprognose jeweils mit dem mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung und dem epidemiologischen Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer kombiniert.

Als Benchmark dienen die Ergebnisse des Referenzszenarios, welches von unveränderter Versorgungspolitik ausgeht (vgl. Kapitel 5). In Kasten K 6.1 sind wichtige methodische Überlegungen aufgeführt, welche für die Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind (vgl. auch Kapitel 2). In Kasten K 6.2 werden die zentralen Ergebnisse der Bedarfsprognose unter veränderter Versorgungspolitik für die jeweilige Alters- und Langzeitpflegestruktur zusammengefasst.

K 6.1 Kurze Erinnerung der modellierten versorgungspolitischen Szenarien (vgl. Kapitel 2)

- **Alternative Versorgung von leichtpflegebedürftigen Personen:** Das Szenario der leichten Heimentlastung nimmt an, dass Personen mit einer Pflegestufe von 0–2 (0 bis 40 Minuten Pflege täglich) zukünftig nicht mehr in ein Pflegeheim eintreten, sondern alternativ versorgt werden. Eine Ausnahme bildet ein Sockel an leichtpflegebedürftigen Personen, welche aus medizinischen Gründen nicht ausserhalb von einem Pflegeheim versorgt werden können. Das Szenario der mittleren Heimentlastung unterscheidet sich einzig bezüglich der Pflegebedürftigkeit, welche sich an den Pflegestufen 0–3 (0 bis 60 Minuten Pflege täglich) orientiert. Als Konsequenz dieser alternativen Versorgung entsteht in beiden Szenarien ein Substitutionsfluss von Pflegeheimen in Richtung des angestammten Zuhauses und der betreuten Wohnformen, wobei die Verteilung zwischen diesen beiden Aufenthaltsorten über einen Verteilungsschlüssel geregelt wird. Unabhängig vom neuen Aufenthaltsort werden die Pflege- und Betreuungsleistungen durch die Spitex erbracht. Des Weiteren entsteht durch die Substitution in das angestammte Zuhause ein indirekter Substitutionsfluss in die Kurzeitaufenthalte, da davon ausgegangen wird, dass die neu zuhause lebenden Personen (potenzielle) Nutzerinnen und Nutzer dieser Entlastungsstruktur sind.
- **Ausbau betreuter Wohnformen:** Dieses Szenario geht davon aus, dass die aktuelle Nachfrage nach betreuten Wohnformen das vorhandene Angebot übertrifft. Folglich wird die tatsächlich beobachtete Nachfrage von 2% um +50% erhöht, was einer Inanspruchnahmerate von 3% entspricht. Somit illustriert dieses Szenario, welches Angebot ab dem ersten Prognosejahr notwendig wäre, um die erhöhte Nachfrage zu decken.
- Beide versorgungspolitischen Szenarien sind zwei eigenständige und voneinander unabhängige Modellierungen. Die Bedarfsprognosen funktionieren nicht nach dem Prinzip der Annäherung, sondern die versorgungspolitischen Massnahmen greifen ab dem ersten Prognosejahr 2025 und zeigen unmittelbar deren Auswirkungen auf.

K 6.2 Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 6 in Kürze

Alternative Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen in den Szenarien der Heimentlastung (vgl. Kapitel 2.7.1)

- Dank einer Substitution lässt sich der Zuwachs an zusätzlichen Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen gegenüber dem Referenzszenario (d.h. mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, gleichbleibende Pflegedauer und unveränderte Versorgungspolitik) um -10 111 (-6,9%) respektive -14 014 (-9,6%) Personen reduzieren. Folglich entspricht dies einem Zuwachs von +40 321 bis +44 224 zusätzlichen Betten anstelle der 54 335 Betten im Referenzszenario.
- Für die Spitex bedeuten die Substitutionsflüsse ein starkes Wachstum. In beiden Szenarien wird die Anzahl Klientinnen und Klienten der Spitex-Pflege um das 1,6-fache, in der Spitex-Betreuung um das 1,7- bis 1,8-fache zunehmen. Im Referenzszenario beläuft sich dieser Anstieg jeweils auf den Faktor 1,5.
- Die Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufenthalten könnte aufgrund der Substitution um den Faktor 1,7 zunehmen (gegenüber dem Faktor 1,6 im Referenzszenario).
- In betreuten Wohnformen ist aufgrund der Substitution mit einem Anstieg der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner um das 1,6 bis 1,7-fache zu rechnen (gegenüber dem 1,4-fachen im Referenzszenario).

Ausbau betreuter Wohnformen (vgl. Kapitel 2.7.2)

- Unter der Annahme einer Inanspruchnahmerate von 3% (gegenüber den beobachteten 2% im Referenzjahr 2019) wird sich die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner bis ins Jahr 2040 um den Faktor 2,1 erhöhen.

6.1 Alternative Versorgung: Szenarien der Heimentlastung

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse für das versorgungspolitische Szenario der leichten und mittleren Heimentlastung (d.h. die alternative Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen) präsentiert. Es gilt zu beachten, dass es sich bei der Substitution nicht um eine tatsächliche Verschiebung der momentan im Pflegeheim lebenden Personen handelt, sondern um einen Orientierungswert, der zur Bestimmung dient, wie viele Personen mit einer niedrigen Pflegebedürftigkeit zukünftig in ihrem angestammten Zuhause oder in einer betreuten Wohnform versorgt werden könnten und deshalb nicht in ein Pflegeheim ziehen werden.

6.1.1 Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen

Trotz Substitution steigt der Bedarf an Langzeitbetten bis ins Jahr 2040 weiter an, wenn auch etwas leichter als im Referenzszenario

Im Referenzszenario steigt die erwartete Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen von 86 136 Personen im Referenzjahr 2019 auf 145 760 Personen im Jahr 2040 an (siehe G 6.1). Das ist eine Zunahme um +59 624 Personen (+69,2%). Werden leichtpflegebedürftige Personen zukünftig ausserhalb der Pflegeheime versorgt, wächst die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner dennoch an, wenn auch etwas weniger stark als im Referenzszenario: Im Szenario der leichten Heimentlastung ist mit +49 513 zusätzlichen Personen (+57,5%) zu rechnen, während es im Szenario der mittleren Heimentlastung +45 610 zusätzliche Personen (+53,0%) sind.

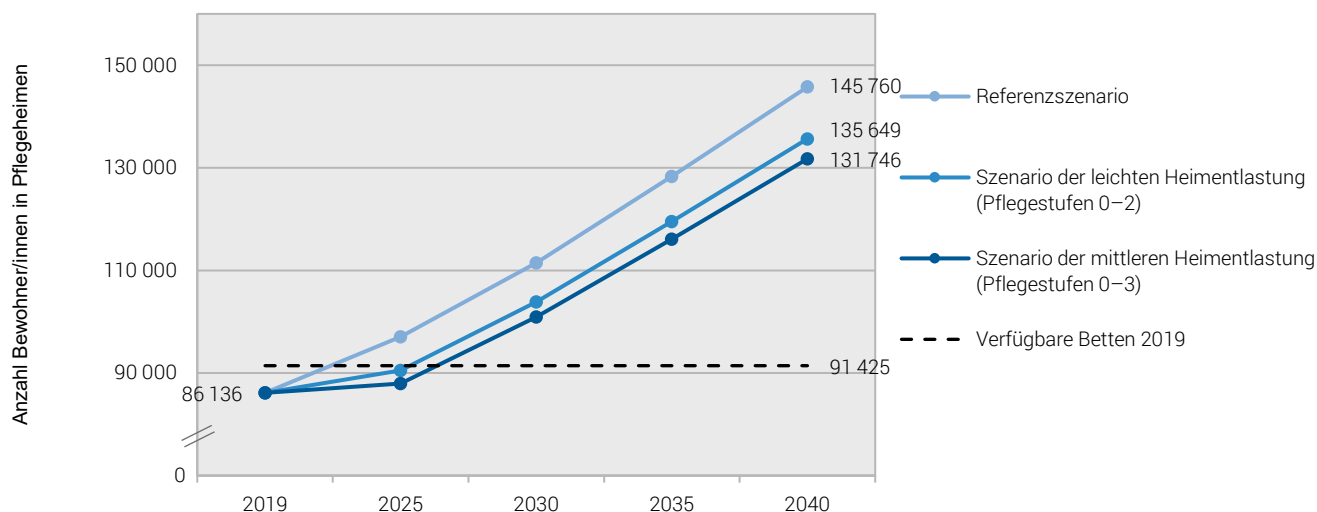
Vergleicht man die für das Jahr 2040 prognostizierte Anzahl Personen mit den 2019 zur Verfügung stehenden Betten in Pflegeheimen (91 425 Betten; siehe G 6.1), so steigt der Bettenbedarf im Referenzszenario um +54 335 zusätzliche Betten an. Bei einer Substitution ist im Szenario der leichten Heimentlastung mit +44 224 Personen zu rechnen, während es im Szenario der mittleren Heimentlastung +40 321 zusätzliche Betten sind. Durch die Substitution lässt sich der erwartete Zuwachs an zusätzlichen Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber dem Referenzszenario um -10 111 (-6,9%) respektive -14 014 (-9,6%) Personen reduzieren. Geht man von durchschnittlich 59 Betten pro Pflegeheim aus, entsprechen die zusätzlichen Betten im Szenario der leichten Heimentlastung +750 und im Szenario der mittleren Heimentlastung +683 zusätzlich benötigten Pflegeheimen (gegenüber +921 zusätzlich benötigten Pflegeheimen im Referenzszenario).

Des Weiteren ist in Grafik G 6.2 ersichtlich, dass bei einer Substitution der Bedarf an zusätzlichen Betten das schweizweite Angebot zwischen 2025 und 2030 übertreffen wird, während dies bei unveränderter Versorgungspolitik bereits vor 2025 der Fall sein wird.³³

den Pflegeheimen Personen an Covid-19 gestorben sind und potenzielle Bewohnerinnen und Bewohner ihren Eintritt hinauszögern (vgl. Kapitel 7).

³³ Aufgrund der Covid-19-Pandemie könnte sich dieser Zeitpunkt allerdings in allen Szenarien etwas nach hinten verschieben, da gerade in

G 6.1 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Referenzszenario				Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0–2)				Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0–3)			
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	Bedarf zusätzl. Betten	2040	Δ (n)	Δ (%)	Bedarf zusätzl. Betten	2040	Δ (n)	Δ (%)	Bedarf zusätzl. Betten
CH	86 136	145 760	+59 624	+69,2%	+54 335	135 649	+49 513	+57,5%	+44 224	131 746	+45 610	+53,0%	+40 321

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

6.1.2 Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und -Betreuung

Die Substitution hat ein starkes Wachstum der Spitex zur Folge: +14 301 bis +19 824 Klientinnen und Klienten von Pflege und Betreuung mehr als im Referenzszenario.

Infolge der Substitution werden Personen, welche im Referenzszenario in Pflegeheimen versorgt worden wären, alternativ durch die Spitex im angestammten Zuhause oder in betreuten Wohnformen gepflegt sowie betreut.³⁴ Dies entspricht im Szenario der leichten/mittleren Heimentlastung +14 301/+19 824 zusätzlichen Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege (+4,8% respektive +6,4% gegenüber dem Referenzszenario) sowie der Spitex-Betreuung (+10,7% respektive +13,4% gegenüber dem Referenzszenario).³⁵

Durch die Substitution wird der erwartete Spitex-Pflegebedarf um den Faktor 1,6 und der erwartete Spitex-Betreuungsbedarf um den Faktor 1,7 bis 1,8 im Vergleich zum Referenzjahr erhöht.

Gegenüber dem Referenzszenario (+52,3%) bedeutet die alternative Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen durch die Spitex-Pflege einen Anstieg von rund 60%. Im Szenario der leichten Heimentlastung ist mit +116 222 neuen Klientinnen und Klienten (+59,6%) zu rechnen, während es im Szenario der mittleren Heimentlastung +121 745 Personen (+62,5%) sind (G 6.2). Die Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege könnte in der Folge der veränderten Versorgungspolitik zwischen 2019 und 2040 in beiden Szenarien um das 1,6-fache anstatt um das 1,5-fache wie im Referenzszenario steigen.

³⁴ Der Zuwachs an Klientinnen und Klienten in der Spitex-Betreuung und Spitex-Pflege ist in absoluten Zahlen identisch, da eine leichtpflegebedürftige Person, die zukünftig nicht mehr ins Pflegeheim eintritt, jeweils Pflege- und Betreuungsleistungen der Spitex beanspruchen wird.

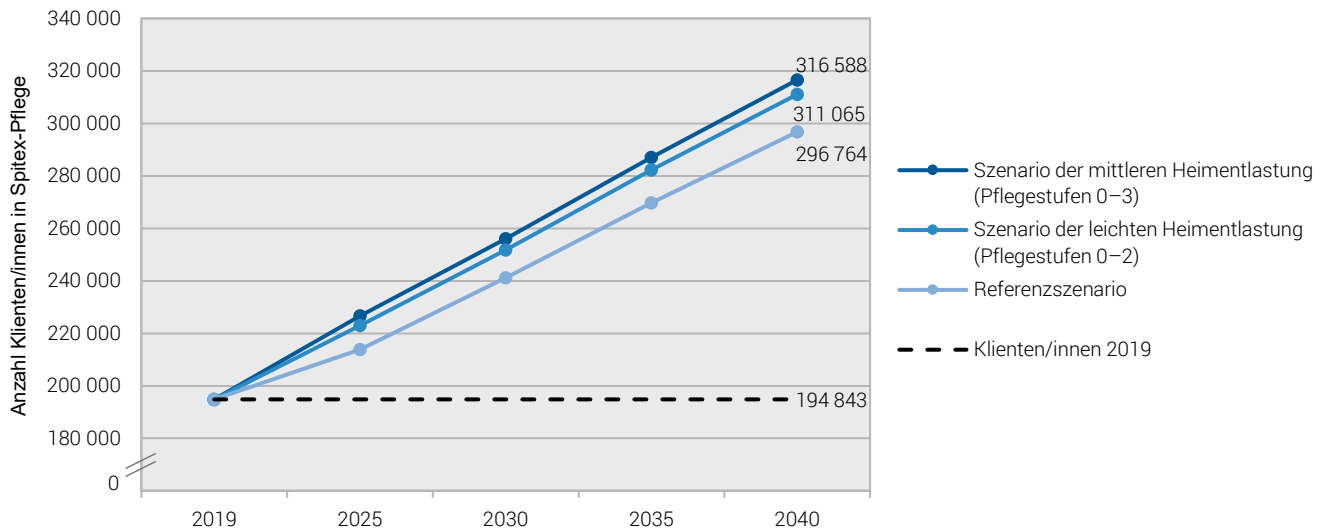
³⁵ Die Anzahl der neuen Klienten/innen in der Spitex entspricht nicht eins zu eins der Anzahl der substituierten Bewohner/innen der Pflegeheime

(-10 111 versus +14 301 respektive -14 014 versus + 19 824 Personen). Grund hierfür ist, dass Bewohner/innen in Pflegeheimen in Vollzeitäquivalenten gezählt werden (d.h. sie wurden für ihre Aufenthaltsdauer gewichtet), während die Klienten/innen in der Spitex einzeln gezählt und nicht gewichtet werden. Entsprechend müssen die Bewohner/innen der Pflegeheime bei einer Substitution transformiert werden, um den Klienten/innen der Spitex zu entsprechen.

Im Bereich der Spitex-Betreuung steigt die Anzahl Klientinnen und Klienten zwischen 2019 und 2040 im Szenario der leichten Heimentlastung um +61 339 Personen (+70,4%) und im Szenario der mittleren Heimentlastung um +66 862 Personen (+76,8%) an (G 6.3). Im Vergleich dazu beläuft sich der Anstieg im Referenz-

szenario auf +47 038 Personen (+54,0%). Folglich könnte die Anzahl Klientinnen und Klienten der Spitex-Betreuung durch Veränderungen in der Versorgungspolitik zwischen 2019 und 2040, je nach Szenario, um das 1,7- bis 1,8-fache steigen. Im Referenzszenario ist hingegen von einem Anstieg um das 1,5-fache auszugehen.

G 6.2 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Pflege, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, Schweiz, 2019–2040



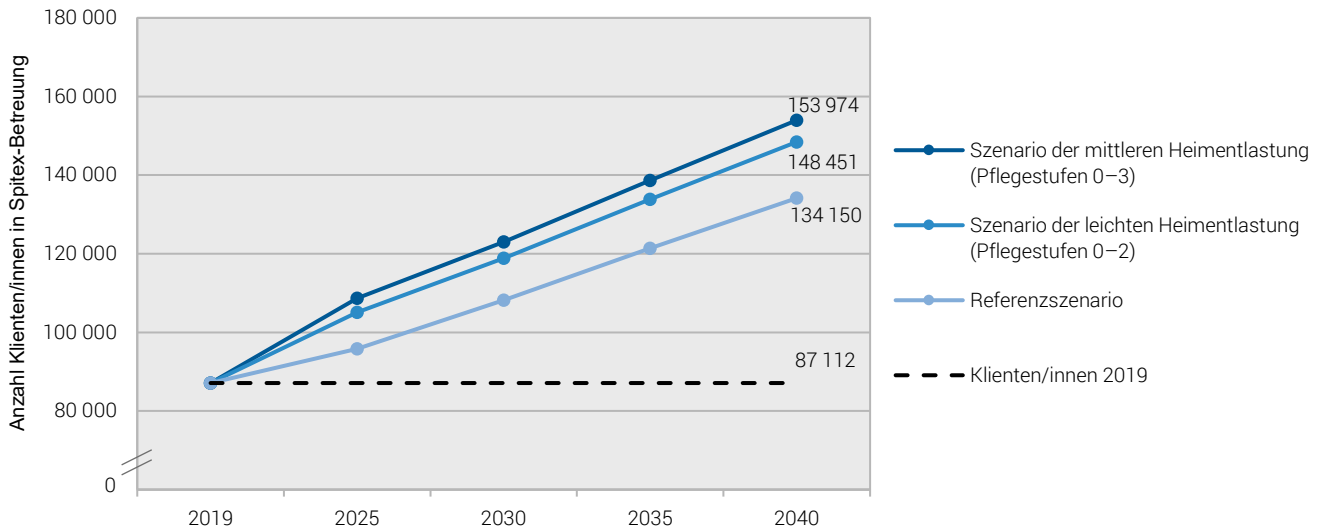
Region	Referenzjahr	Referenzszenario			Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0–2)			Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0–3)		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	194 843	296 764	+101 921	+52,3%	311 065	+116 222	+59,6%	316 588	+121 745	+62,5%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

G 6.3 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Betreuung, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Referenzszenario			Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0–2)			Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0–3)		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	87 112	134 150	+47 038	+54,0%	148 451	+61 339	+70,4%	153 974	+66 62	+76,8%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

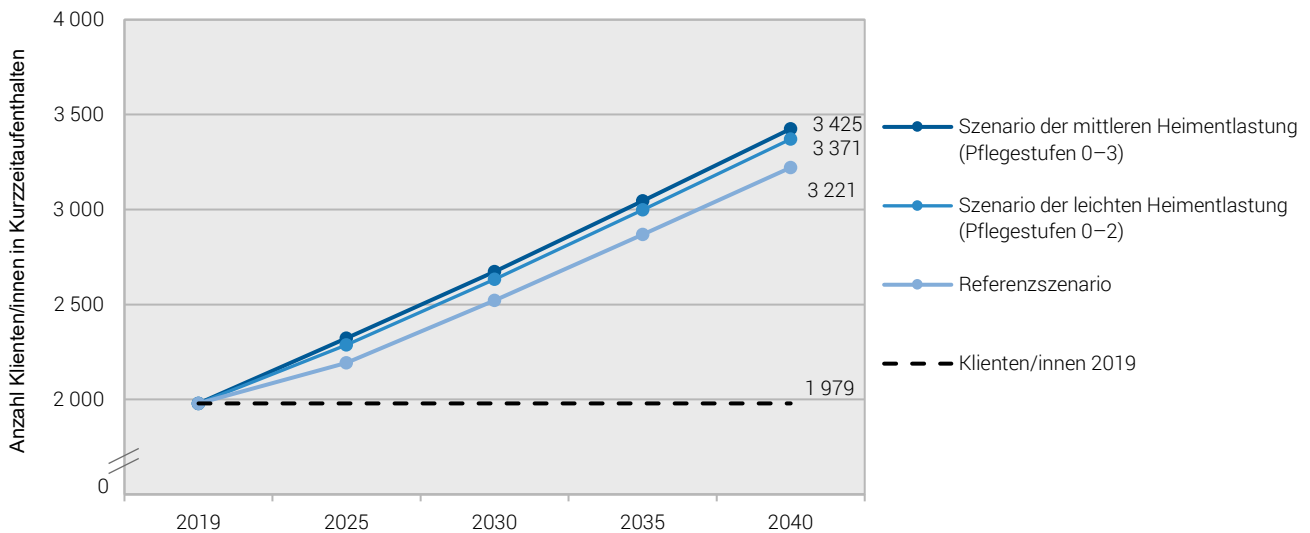
6.1.3 Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen

Die Kurzzeitaufenthalte werden primär durch pflege- und betreuungsbedürftige Personen in Anspruch genommen, welche in ihrem angestammten Zuhause leben und deren pflegende Angehörige auf temporäre Entlastung angewiesen sind. Folglich ist aufgrund der Heimentlastung und dem damit verbundenen Anstieg des Bedarfs in der Spitex auch von einer Zunahme der Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen auszugehen.

Verglichen mit dem Referenzszenario führt die Substitution zu einem stärkeren Bedarfsanstieg in Kurzzeitaufenthalten.

Im Referenzszenario ist mit einem Anstieg von +1 242 Personen bzw. Betten³⁶ (+62,8%) auf insgesamt 3 221 Klientinnen und Klienten zu rechnen, während sich der Zuwachs im Szenario der leichten Heimentlastung auf +1 392 Personen bzw. Betten (+70,3%) beläuft. Dies entspricht insgesamt 3 371 Personen (siehe G 6.4). Im Szenario der mittleren Heimentlastung steigt die Anzahl um +1 446 Personen bzw. Betten (+73,1%) auf insgesamt 3 425 Klientinnen und Klienten. Die Anzahl der benötigten Betten könnte so zwischen 2019 und 2040 um das 1,7-fache steigen, statt um das 1,6-fache wie im Referenzszenario.

G 6.4 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Referenzszenario			Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0-2)			Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0-3)		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	1 979	3 221	+1 242	+62,8%	3 371	+1 392	+70,3%	3 425	+1 446	+73,1%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

³⁶ Da die Klientinnen und Klienten für ihre Aufenthaltsdauer gewichtet werden, können die prognostizierten Klientinnen und Klienten mit den zukünftig benötigten Kurzzeitbetten gleichgesetzt werden.

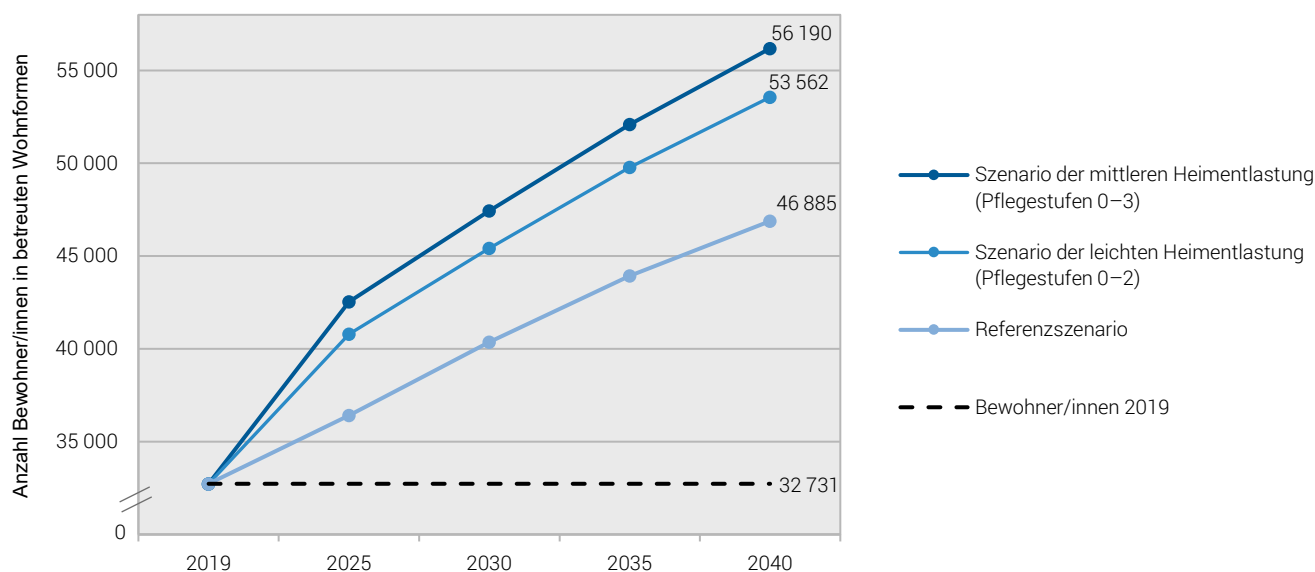
6.1.4 Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen

Für gewisse leichtpflegebedürftig Personen kommt als Alternative zum Pflegeheim nur eine betreute Wohnform in Frage, was unterschiedliche Gründe haben kann. So können diese Personen beispielsweise bei temporär erhöhter Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit entsprechende Angebote vor Ort beziehen oder sie haben keine Möglichkeit, in ihrem angestammten Zuhause auf soziale Netzwerke zurückzugreifen. Des Weiteren kann ein medizinischer Grund für eine Platzierung in einer alters- sowie behindertengerechten betreuten Wohnform sprechen.

Im Vergleich mit dem Referenzszenario wird die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen in den Szenarien der Heimentlastung bis ins Jahr 2040 um +6 677 bis +9 305 weitere Personen ansteigen.

Die Szenarien der Heimentlastung führen voraussichtlich dazu, dass +6 677 Personen (leichte Heimentlastung) respektive +9 305 Personen (mittlere Heimentlastung) zusätzlich in einer betreuten Wohnform leben werden: Im Referenzszenario ist von 2019 bis 2040 von einem Anstieg um fast die Hälfte (+43,2%; +14 154 Personen) von 32 731 auf 46 885 Bewohnerinnen und Bewohner auszugehen (siehe G 6.5). Im Vergleich dazu ist im Szenario der leichten Heimentlastung mit einem Anstieg um knapp zwei Drittel (+63,6%; +20 831 Personen) und im Szenario der mittleren Heimentlastung mit einem Anstieg um fast drei Viertel (+71,7%; +23 459 Personen) zu rechnen. Während der Bedarf an betreuten Wohnformen im Referenzszenario zwischen 2019 und 2040 um das 1,4-fache ansteigt, erhöht sich dieser in beiden Szenarien der Heimentlastung um das 1,6- bis 1,7-fache.

G 6.5 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in betreuten Wohnformen, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, Schweiz, 2019–2040



Region	Referenzjahr	Referenzszenario			Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0-2)			Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0-3)		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	32 731	46 885	+14 154	+43,2%	53 562	+20 831	+63,6%	56 190	+23 459	+71,7%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan

6.2 Szenario zum Ausbau von betreuten Wohnformen

Im folgenden Szenario wird von einer Nachfrage an betreuten Wohnformen ausgegangen, welche das tatsächlich vorhandene Angebot übertrifft. Zuhause lebende Personen könnten zukünftig einen Umzug in eine betreute Wohnform gegenüber einem Pflegeheim eintritt vermehrt bevorzugen. Gleichzeitig sind in vielen Kantonen nicht genügend Kapazitäten vorhanden. Dieses Szenario wird unabhängig von den Prognosen für die anderen Alters- und Langzeitpflegestrukturen modelliert und beinhaltet somit keine modellierten Interdependenzen (wie z.B. die Substitutionsflüsse).

Gemäss den Ecoplan-Daten zu den intermediären Strukturen (vgl. Kapitel 2) ist im Bereich der betreuten Wohnformen von einer aktuellen Inanspruchnahmerate von 2% auszugehen. Diese Annahme wird im Referenzszenario übernommen und der zukünftige Bedarf entsprechend berechnet. Das versorgungspolitische Szenario zum Ausbau der betreuten Wohnformen geht von einer um +50% höheren Nachfrage aus, was einer Inanspruchnahmerate von 3% entspräche, welche über den Prognosezeitraum bis ins Jahr 2040 angewendet wird. Folglich wird mit diesem Szenario aufgezeigt, welche ungefähre Anzahl von betreuten Wohnformen nötig wäre, um die eigentliche höhere Nachfrage zu decken.

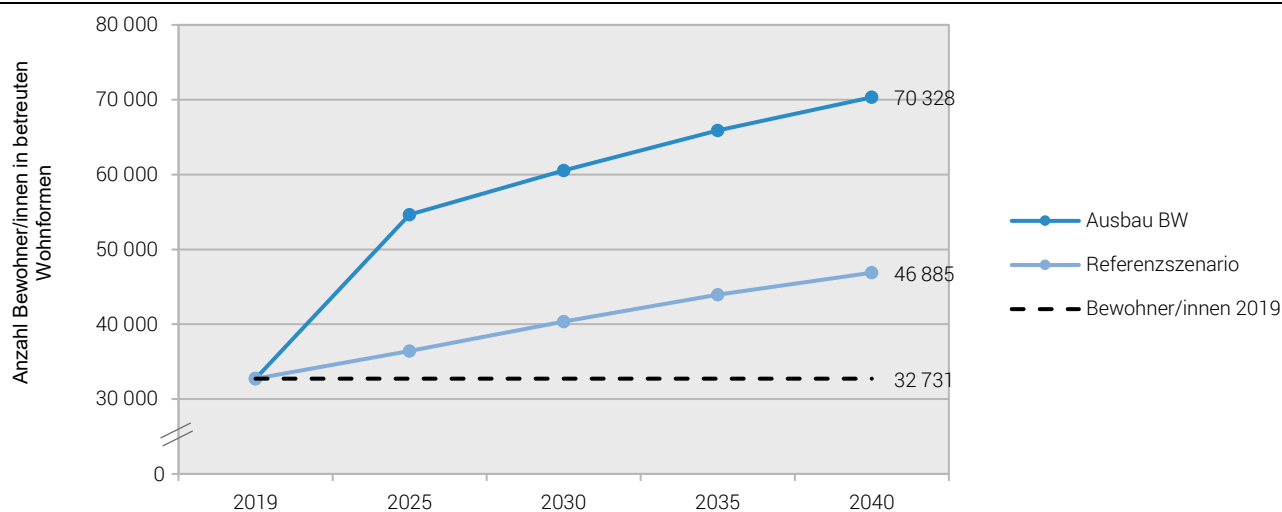
In betreuten Wohnformen +23 443 zusätzliche Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber dem Referenzszenario

Bis ins Jahr 2040 wird im Referenzszenario die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen um +43,2% (+14 154 Personen) auf 46 885 Personen zunehmen (siehe G 6.6).

Wird zusätzlich von einer um 50% höheren Nachfrage nach betreuten Wohnformen ausgegangen, wird sich die Anzahl Personen, die bis 2040 in betreuten Wohnformen leben, im Vergleich zu 2019 mehr als verdoppeln: Es wäre mit einem Zuwachs von +37 597 Personen auf insgesamt 70 328 Bewohnerinnen und Bewohner (+114,9%) zu rechnen, d.h. mit +23 443 Personen mehr als im Referenzszenario. Bei einer Inanspruchnahmerate von 3% würde der Bedarf an betreuten Wohnformen somit um das 2,1-fache steigen. Im Vergleich dazu erfährt der Bedarf gemäss Referenzszenario mit einer Inanspruchnahmerate von 2% einen Anstieg um das 1,4-fache.

In betreuten Wohnformen wächst die Altersklasse 80+ deutlich stärker als jene der 65- bis 79-Jährigen.

Das stärkere demografische Wachstum der Altersklasse 80+ im Vergleich zu den 65- bis 79-Jährigen spiegelt sich in den Bedarfsprognosen nach Altersklasse: Bei den 65- bis 79-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner betreuter Wohnformen ist bis ins Jahr 2040 mit einer Zunahme von +75,3% zu rechnen. Bei den über 80-Jährigen wird jedoch ein Anstieg von deutlich mehr als einer Verdoppelung (+152,9%) erwartet (siehe G 6.7). Diese unterschiedlichen Wachstumsverläufe führen zu einer Verlagerung des Altersverhältnisses in betreuten Wohnformen. Im Referenzjahr 2019 fällt die Anzahl Personen in beiden Altersklassen nahezu identisch aus: 16 038 Personen in einem Alter von 65- bis 79 Jahren (49,0%) respektive 16 693 über 80-Jährige (51,0%). Im Jahr 2040 werden im Verhältnis deutlich weniger Bewohnerinnen und Bewohner der jüngeren Altersklasse zugehören: Die 65- bis 79-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner werden noch mit einem Anteil von 40,0% vertreten sein (28 109 Personen), die Altersgruppe 80+ mit einem Anteil von 60,0% (42 219 Personen).

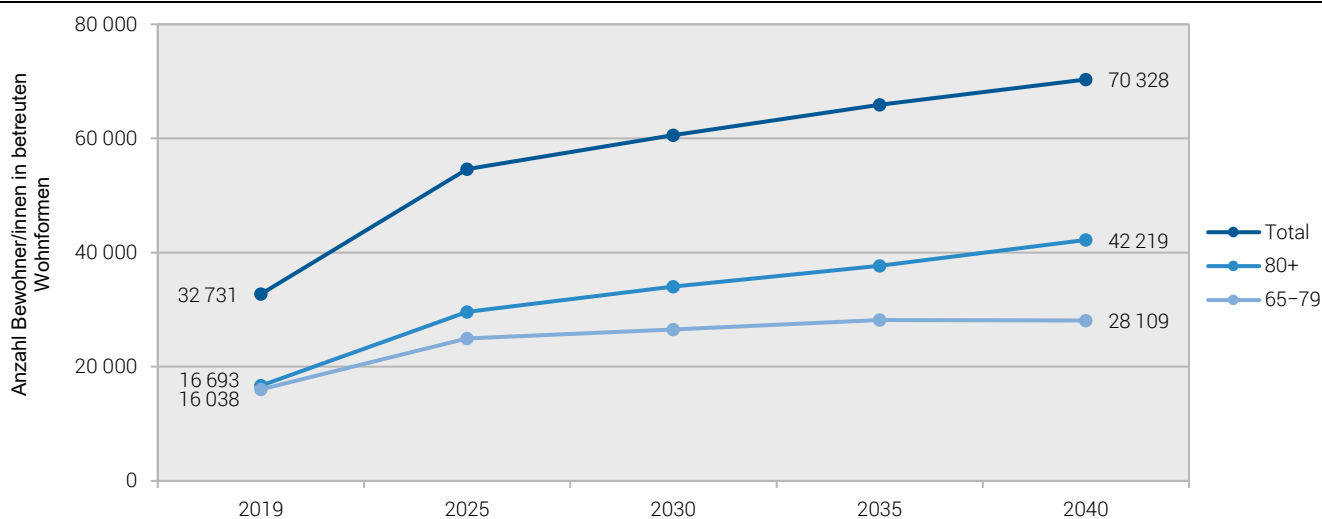
G 6.6 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in betreuten Wohnformen, Referenzszenario* und bei Ausbau der betreuten Wohnformen, Schweiz, 2019–2040


Region	Referenzjahr	Referenzszenario Inanspruchnahmerate: 2%			Ausbau betreuter Wohnformen Inanspruchnahmerate: 3%		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	32 731	46 885	+14 154	+43,2%	70 328	+37 597	+114,9%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

G 6.7 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in betreuten Wohnformen nach Altersklasse, Referenzszenario* und bei Ausbau der betreuten Wohnformen, Schweiz, 2019–2040


Region	Altersklasse: 65–79 Jahre				Altersklasse: 80+ Jahre			
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)
CH	16 038	28 109	+12 071	+75,3%	16 693	42 219	+25 526	+152,9%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

7 Die Auswirkungen von Covid-19 auf die Bedarfsprognosen

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts lässt sich noch nicht eindeutig vorhersagen, ob die Covid-19-Pandemie eine vorübergehende oder dauerhafte Auswirkung auf den zukünftigen Bedarf an Alters- und Langzeitpflege haben wird. Grundsätzlich sind zwei unterschiedliche Effekte vorstellbar:

Zum einen könnte sich die Pandemie auf die Demografie auswirken, insbesondere in den höheren Altersklassen. Sollte die beobachtete Übersterblichkeit mehrere Jahre andauern, so könnte dies zu einem Rückgang der Anzahl Personen führen, welche Alters- und Langzeitpflege beanspruchen werden. Diese potenzielle Auswirkung der Covid-19-Pandemie auf die demografische Entwicklung wird in Kapitel 7.1 diskutiert.

Zum anderen könnte sich die Pandemie auf das Eintrittsverhalten in Pflegeheime auswirken, indem die Menschen den Eintritt aufschieben oder gänzlich davon absehen, was wiederum eine Verlagerung des Alters- und Langzeitpflegebedarfs hin zu den Leistungen der Spitex mit sich bringen würde. Dieser Aspekt wird in Kapitel 7.2 diskutiert. Sollten die beobachteten Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Demografie und die Inanspruchnahme der Pflegeheime und der Spitex anhalten, dann wäre eine Aktualisierung der in diesem Bericht dargelegten Bedarfsprognosen erforderlich.

Um die Auswirkungen solcher Annahmen auf die Bedarfsprognosen bewerten zu können, wird in Kapitel 7.3 eine **Sensitivitätsanalyse** präsentiert. Hierfür wird das tiefe Szenario zur Bevölkerungsentwicklung des BFS als Annäherung an eine weniger starke demografische Entwicklung aufgrund der Auswirkungen einer anhaltenden Covid-19-Pandemie verwendet (siehe Kapitel 7.1).³⁷ Zusätzlich wird das Heimentlastungsszenario angewendet, um Veränderungen in der Inanspruchnahme der Pflegeheime und der Spitex zu berücksichtigen (siehe Kapitel 7.2).

K 7.1 Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 7 in Kürze

- Die Covid-19-Pandemie hat im Jahr 2020 dazu geführt, dass die Zahl der **Todesfälle** in der Schweiz angestiegen und die Lebenserwartung gesunken ist. Die ersten Analysen für das Jahr 2021 deuten allerdings darauf hin, dass die Zahl der Todesfälle wieder zurückgeht. Somit werden die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die demografische Entwicklung möglicherweise nicht anhalten.
- Die Covid-19-Pandemie hat in der Schweiz eine **Verhaltensänderung** in der **Inanspruchnahme** von Pflegeheimen und der Spitex bewirkt: Zwischen 2019 und 2020 ist die Zahl der Pflegeheimeintritte um -3% zurückgegangen und die durchschnittliche Auslastung von 94,3% im Jahr 2019 auf 93,3% im Jahr 2020 gesunken. Aufgrund der Ende 2021 vom Obsan durchgeführten Experteninterviews kann davon ausgegangen werden, dass die Verhaltensänderungen in den stark ambulant-orientierten Kantonen vorübergehend sind. In diesen Kantonen sind vor allem jene Personen in Pflegeheime eingetreten, für die es aufgrund ihres Gesundheitszustands kaum Alternativen gibt. In den anderen drei Kantonsgruppen scheinen die Verhaltensänderungen eher von Dauer zu sein. Die Belegungsraten in Pflegeheimen steigen nur schwerlich wieder auf das Niveau vor der Pandemie an. Hier begünstigen die Umstände die Suche nach Alternativen zum Pflegeheim, vor allem für Personen, deren Gesundheitszustand dies auch zulässt. Die bestehenden **Trends** zu einem Strukturwandel in der Alters- und Langzeitpflege werden dadurch beschleunigt.
- Die **Sensitivitätsanalysen** zeigen auf, wie sich allfällig langfristige Auswirkungen der Covid-19-Pandemie (d.h. veränderte demografische Entwicklung oder angepasstes Inanspruchnahmeverhalten) auf die in diesem Bericht vorgestellten Bedarfsprognosen auswirken könnten.
- Die Sensitivitätsanalyse auf Basis des tiefen Szenarios der Bevölkerungsentwicklung deutet darauf hin, dass der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege im Jahr 2040 möglicherweise geringer ausfallen würde als in Kapitel 5 beschrieben:

³⁷ Diese Lösung wurde von der Sektion Demografie und Migration des BFS vorgeschlagen, die für die Erstellung der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung zuständig ist.

Der Bedarf an Pflegeheimen würde um den Faktor 1,5 steigen (statt um 1,7) und der Bedarf an Spitex-Leistungen um den Faktor 1,4 (statt um 1,5).

- Die Sensitivitätsanalyse zeigt, dass auch wenn die im Jahr 2020 beobachteten Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten langfristig anhalten würden, der Bedarf an Pflegeheimbetten und Spitex-Leistungen dennoch erheblich steigt.
- Obwohl die ersten Daten aus dem Jahr 2021 darauf hindeuten, dass die Covid-19-Pandemie die demografische Entwicklung nicht nachhaltig beeinflussen sollte, müssen die Auswirkungen in den kommenden Jahren beobachtet und die Bedarfsprognosen in diesem Bericht gegebenenfalls angepasst werden.

7.1 Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die demografische Entwicklung

Die Covid-19-Pandemie hatte zwischen 2019 und 2020 eine starke aber sehr **kurzfristige Auswirkung** auf die Demografie, insbesondere auf die Bevölkerung 65+. In diesem Zeitraum ist die Zahl der Todesfälle in der Schweiz über alle Altersklassen hinweg um +12% gestiegen (BFS, 2021b). In der Altersklasse 65+ beträgt dieser Anstieg +14%, während es bei Personen 80+ ein Anstieg von +16% ist. Gleichzeitig ist die Lebenserwartung bei der Geburt im selben Zeitraum für Männer um -0,9 Jahre und für Frauen um -0,5 Jahre gesunken (BFS, 2021b).

Die Szenarien der Bevölkerungsentwicklung des BFS, die in diesem Bericht verwendet werden, weichen daher für das Jahr 2020 von der Realität ab. Ein Vergleich zwischen den beobachteten Bevölkerungszahlen im Jahr 2020 und den (auf den Bevölkerungszahlen 2019 beruhenden) Szenarien des BFS für dasselbe Jahr zeigt, dass die Bevölkerung 65+ in den drei Szenarien tiefes, mittleres und hohes Bevölkerungswachstum überschätzt wird (BFS, 2021c).³⁸ Besonders gross sind die Abweichungen bei der Bevölkerung 80+: Im tiefen Szenario wurde die Bevölkerung 80+ für das Jahr 2020 um 1,3%, im mittleren Szenario um 1,9% und im hohen Szenario um 2,6% überschätzt. Die Überschätzung der 65- bis 79-jährigen Bevölkerung ist hingegen weniger stark ausgeprägt (0,2% für das mittlere Szenario) und liegt im tiefen Szenario nahezu bei null (0,05%; BFS, 2021c). Für die Situation im Jahr 2020 scheint das tiefe Szenario daher für die höheren Altersklassen repräsentativer zu sein als die anderen beiden Szenarien.

Die entscheidende Frage ist, ob sich diese kurzfristigen Auswirkungen auf die demografische Entwicklung längerfristig fortsetzen werden. Einerseits ist es möglich, dass die Covid-19-Pandemie in der Zukunft nur minimale Auswirkungen auf die Demografie hat, da sie nachlässt und allmählich verschwindet oder weil sie endemisch wird und die Auswirkungen durch die Impfung von Risikopersonen begrenzt werden können. Unter dieser Annahme

würden sich die Todesfälle und die Lebenserwartung dem Ausgangsniveau vor der Covid-19-Pandemie angleichen und die demografische Entwicklung würde sich wieder dem mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS annähern. Andererseits ist es möglich, dass die Covid-19-Pandemie so lange andauert, dass die Todesfälle dauerhaft über dem Niveau vor der Pandemie bleiben oder die Lebenserwartung dauerhaft sinkt. Unter dieser zweiten Annahme würde die Anzahl der Personen 65+, welche auf Alters- und Langzeitpflege angewiesen sind, abnehmen und die demografische Entwicklung würde hinter den aktuellen Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung des BFS bleiben.

Erste Analysen der Daten 2021 deuten allerdings darauf hin, dass sich die Covid-19-Pandemie eher kurzfristig auf die Demografie auswirken könnte und sich die demografische Entwicklung rasch dem mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS annähern wird. Eine nicht abgebildete Obsan-Analyse der aktuellsten Statistik der Todesursachen und Totgeburten (BFS, 2021f) für die Bevölkerung 65+ zeigt, dass die im Jahr 2021 beobachtete Zahl der Todesfälle um +4,0% höher ist als erwartet. Dieser Prozentsatz ist somit höher als der maximal beobachtete Prozentsatz zwischen 2010 und 2019 (Übersterblichkeit von +3,8% bei einer besonders virulenten Grippe im Jahr 2015; Weitkunat et al., 2021), jedoch sind diese +4,0% schon wieder deutlich geringer als die im Jahr 2020 beobachteten +12%. Eine aktuelle Studie (Locatelli & Rousson, 2022) zur Sterblichkeit in der Schweiz zeigt, dass für alle Altersklassen das Niveau vor der Pandemie beinahe wieder erreicht ist. Einzige Ausnahme bildet die Altersklasse der 60- bis 70-jährigen Männer, bei welchen die Sterblichkeit im Jahr 2021 höher ist als im Jahr 2019.

7.2 Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme

Über die Demografie hinaus, kann sich die Covid-19-Pandemie sowohl kurz-, mittel- als auch langfristig auf die Inanspruchnahme der Alters- und Langzeitpflegestrukturen auswirken. Da die Todesfälle in Pflegeheimen zwischen 2019 und 2020 um +16% anstiegen (BFS, 2021a) und sich die Rahmenbedingungen für Angehörigenbesuche in den Pflegeheimen von Pandemiebeginn an verschärft haben, ist es schnell zu Vorbehalten gegenüber einem Pflegeheimenintritt gekommen. Die Zahl der Eintritte in die Langzeitaufenthalte ist im Jahr 2020 um -3% zurückgegangen, vor allem zwischen Ende März und Anfang Mai, also in den ersten Monaten der Covid-19-Pandemie (BFS, 2021a). Bei den Kurzaufenthalten ist der Rückgang mit -18% über das gesamte Jahr noch deutlicher gewesen, wobei auch hier der Rückgang in den ersten Monaten der Covid-19-Pandemie am stärksten gewesen ist. Der Anstieg der Todesfälle in Pflegeheimen in Verbindung mit dem Rückgang der Pflegeheimenintritte hat dazu geführt, dass die Inanspruchnahme von Langzeitaufenthalten von 5,3% im Jahr 2019 auf 5,0% im Jahr 2020 gesunken ist (ein Rückgang um -7,0%³⁹) und dass die Auslastung der Langzeitbetten von 94,3%

³⁸ Näheres zu diesen drei Szenarien des BFS findet sich in Kapitel 2.5.

³⁹ Siehe unstandardisierte Inanspruchnahmerate gemäss Obsan Webindikator (Obsan, 2022)

im Jahr 2019 auf 93,3% im Jahr 2020 zurückgegangen ist (BFS, 2021a). Die Anzahl der Langzeitbetten, die für eine gewisse Zeit unbesetzt geblieben sind, ist also mit der Covid-19-Pandemie angestiegen. Parallel dazu ist die Zahl der Personen, die Spitex-Pflege in Anspruch genommen hat, zwischen 2019 und 2020 um +6,7% angestiegen (BFS, 2021e). Dieser Anstieg ist bei der Altersklasse 80+ gar noch ausgeprägter.

Da die Daten für 2021 noch nicht vorliegen, ist es derzeit nicht möglich, die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme der Pflegeheime und der Spitex in diesem Jahr zu ermitteln. Mit dem Ziel, erste Hinweise in diese Richtung zu erhalten, führte das Obsan im Dezember 2021 Interviews mit Expertinnen und Experten aus 13 Kantonen⁴⁰ durch (siehe K 7.2 für detaillierte Ergebnisse der Experteninterviews). Der Fokus lag dabei jeweils auf einem Vergleich des Jahres 2019 mit den Jahren 2020 und 2021. In der Auswahl der kantonalen Expertinnen und Experten wurde darauf geachtet, aus den vier Kantonsgruppen jeweils drei bis vier Kantone zu berücksichtigen sowie mit den für die Pflegeheime und Spitex zuständigen Personen zu sprechen.

Diese Experteninterviews zeigen, dass während der Wellen der Covid-19-Pandemie überall eine Zurückhaltung beim Pflegeheimeintritt zu beobachten gewesen ist, aus Angst vor Ansteckung und Isolationsmassnahmen. In den Kantonen, die zur stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe gehören, in der vor allem Personen in die Pflegeheime eintreten, für die es aufgrund ihres Gesundheitszustands kaum alternative Versorgungsmöglichkeiten gibt, berichten die Expertinnen und Experten, dass die Belegungsraten der Pflegebetten zwischen den Pandemiespitzen wieder auf das übliche Niveau zurückgegangen sind. In den anderen Kantonsgruppen sind die Belegungsraten in Pflegeheimen langsamer angestiegen oder sogar dauerhaft niedriger geblieben. In diesen Kantonsgruppen fördert die Covid-19-Pandemie die Suche nach Alternativen zum Eintritt in ein Pflegeheim für Personen, deren Gesundheitszustand dies zulässt, und wirkt teilweise als Beschleuniger für die Verlagerung in Richtung der ambulanten Versorgung. In diesem Sinne decken sich die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf das Inanspruchnahmeverhalten mit den Szenarien der Heimentlastung, die in diesem Bericht modelliert werden.

K 7.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Experteninterviews zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme der Pflegeheime und der Spitex in den Jahren 2020 und 2021

Personen 65+ und deren Angehörige haben Pflegeheimeintritte verzögert oder gemieden und haben die Betreuung und Pflege zunächst informell und vermehrt ambulant substituiert.

Die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten aus den Kantonen verdeutlichen, dass im Verlauf der Covid-19-Pandemie eine Zurückhaltung gegenüber einem Pflegeheimeintritt zu beobachten gewesen ist. Diese Zurückhaltung könnte durch Ängste vor einer Ansteckung mit Covid-19 sowie den Schutzmassnahmen (z.B. Besuchsverbote und Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner) in Pflegeheimen erklärbar sein, welche insbesondere vor Beginn der Impfmassnahmen (ab ca. 2. Quartal 2021) zu beobachten gewesen sind. Die Übersterblichkeit in Pflegeheimen und die verzögerten oder gar annullierten Pflegeheimeintritte haben zusammen zu Einbrüchen in den Belegungsquoten, insbesondere im Zeitraum 4. Quartal 2020 bis 2. Quartal 2021 geführt. Laut den Expertinnen und Experten haben die Angehörigen mit informeller Pflege und Betreuung die verzögerten oder gar annullierten Pflegeheimeintritte teilweise kompensiert.

Zudem berichteten die Expertinnen und Experten, dass die Inanspruchnahme der Spitex zugenommen hat, insbesondere der Spitex-Pflege. Diese Zunahme an Spitex-Leistungen ist 2020 zunächst etwas weniger stark gewesen und ist 2021 deutlich angestiegen. Als mögliche Erklärungen für diesen Verlauf von 2020 auf 2021 wurden die Ängste der Klientinnen und Klienten und deren Angehörigen vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus genannt. So wurde auch der Kontakt zu Spitex-Mitarbeitenden eingeschränkt, insbesondere vor der Verfügbarkeit eines Covid-19-Impfstoffs. Zudem ist es im Verlauf der Pandemie vermehrt zu frühzeitigen Spitalentlassungen von Personen 65+ gekommen, welche die Spitex-Dienste in komplexen und pflege-intensiven Fällen substituiert haben.

Die Covid-19-Pandemie scheint bestehende Trends in der Alters- und Langzeitpflege zu akzentuieren und verdeutlicht kantonspezifische Unterschiede in der Versorgungspolitik.

Am deutlichsten wird dies im Vergleich der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe mit den anderen Kantonsgruppen, insbesondere der stationär-orientierten Kantonsgruppe. In der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe** hat sich die Anzahl der Personen, welche aufgrund der erhöhten Pflegebedürftigkeit für einen Pflegeheimeintritt in Frage kommen, durch die Übersterblichkeit verringert. Beispielsweise berichteten die Expertinnen und Experten von einem Abbau der Pflegeheim-Wartelisten in Spitälern. Allerdings sind bis Ende November 2021 die Belegungsraten in Pflegeheimen wieder auf ein ähnliches Niveau (ca. 98%) wie vor der Covid-19-Pandemie zurückgekehrt. Diese Normalisierung könnte vor allem auf die erhöhte

⁴⁰ AG, BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, SG, SO, SZ und VS

Pflegebedürftigkeit und dem damit verbundenen gesundheitlichen Risiko zurückzuführen sein, dass ein Pflegeheimenritt nicht länger hinausgezögert werden konnte. Des Weiteren ist die Spitex für Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und gelegentlich für die Nachsorge von Covid-19-Fällen mobilisiert worden, während sie ihre Aktivitäten im Bereich der Langzeitpflege nicht ausgebaut hat.

In den anderen Kantonsgruppen, insbesondere der **stationär-orientierten Kantonsgruppe**, steigen die Belegungsraten langsamer wieder an oder bleiben aktuell noch niedriger als zuvor. In diesen Kantonsgruppen scheint die Covid-19-Pandemie die Suche nach Alternativen zum Pflegeheimenritt für Personen, deren Pflegebedürftigkeit dies zulässt, zu fördern. Auch wenn von vorübergehender informeller Pflege und Betreuung berichtet wurde, scheint die Covid-19-Pandemie als Beschleuniger für eine Substitution hin zur Spitex zu wirken. In diesem Sinne decken sich die Auswirkungen der Pandemie auf das Verhalten bezüglich der Pflegeheimenritte mit dem in diesem Bericht modellierten Szenario der Heimentlastung.

Wie wird die Langfristigkeit eines Covid-19-Effekts gesehen? Die grösste Herausforderung bleiben die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer.

Ob die beschriebenen Veränderungen in den Pflegeheimen und der Spitex eine kurz- oder mittelfristige Akzentuierung der bereits vor Covid-19 zu beobachtenden Trends ist, ist für die Expertinnen und Experten von besonderem Interesse, obschon aktuell schwer zu beurteilen. Die Rückmeldungen zeigen jedoch, dass meist erwartet wird, dass der Bedarfsanstieg an Alters- und Langzeitpflege aufgrund der geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer weiterhin die grösste Herausforderung für die Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege bleibt.

7.3 Sensitivitätsanalyse der Bedarfsprognosen aufgrund der Covid-19-Pandemie

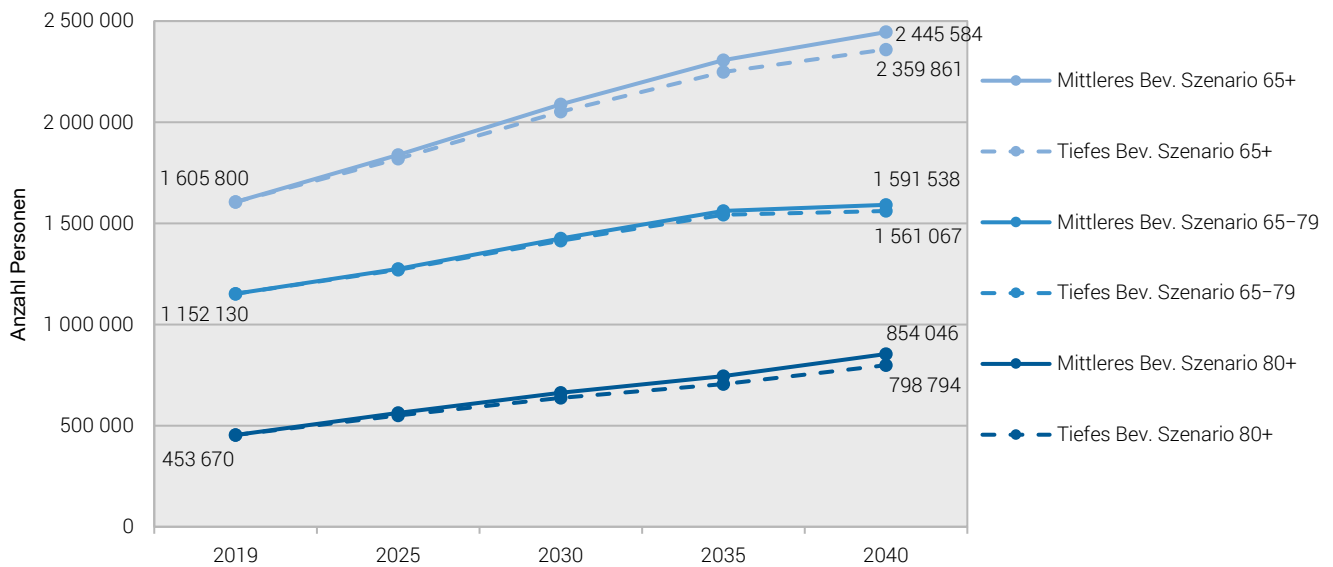
Das Ziel der Sensitivitätsanalyse ist, zu untersuchen, wie sich die Covid-19-Pandemie auf die in diesem Bericht präsentierten Bedarfsprognosen auswirkt, wenn deren Effekte auf die Demografie (z.B. erhöhte Sterblichkeit) sowie das beobachtete Inanspruchnahmeverhalten (z.B. Hinauszögern der Pflegeheimenritte) der Bevölkerung 65+ anhalten sollten. Für diesen Zweck wird der Einfluss des tiefen Szenarios der Bevölkerungsentwicklung des BFS auf die Bedarfsprognosen analysiert, da es die demografische Entwicklung unter der Annahme einer erhöhten Sterblichkeit bei den Personen 65+ besser abbildet. Darüber hinaus werden die Auswirkungen einer dauerhaften Verhaltensänderung in der Inanspruchnahme der Pflegeheime und der Spitex auf die Bedarfsprognosen berücksichtigt, indem das Szenario der Heimentlastung in der Sensitivitätsanalyse angewendet wird.

7.3.1 Auswirkungen einer dauerhaft veränderten Demografie auf die Bedarfsprognosen

Im tiefen Szenario der Bevölkerungsentwicklung steigt die Altersklasse 65+ um -3,5% geringer an als im mittleren Szenario (um -6,5% geringer bei der Altersklasse 80+).

Die Verwendung des tiefen Szenarios der Bevölkerungsentwicklung des BFS bedeutet, dass die Prognose der Bevölkerung 65+ bis ins Jahr 2040 um -3,5% niedriger ausfällt als im mittleren Szenario (siehe G 7.1). Anstelle eines Anstiegs von 1,6 Millionen auf 2,4 Millionen Personen, steigt die Bevölkerung 65+ im tiefen Szenario bis im Jahr 2040 auf 2,3 Millionen Personen an. Diese Differenz ist in der Bevölkerung 80+ mit -6,5% noch grösser: Anstelle der erwarteten 854 046 Personen im mittleren Szenario, ist im tiefen Szenario mit 798 794 Personen bis im Jahr 2040 zu rechnen. In der Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Personen beträgt die Differenz zwischen den beiden Szenarien -1,9%.

G 7.1 Prognose der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersklasse, tiefes und mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung, Schweiz, 2019–2040



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

Ein 1,5-facher statt 1,7-facher Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in Pflegeheimen und ein 1,4-facher statt 1,5-facher Bedarf an Spitex-Pflege

Falls sich die Bevölkerung gemäss dem tiefen Szenario entwickeln sollte, würde die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen von 86 136 im Jahr 2019 auf 132 523 im Jahr 2040 steigen (+53,9%; siehe G 7.2 und T 7.1). Die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner würde in diesem Zeitraum um +46 387 Personen zunehmen statt um +59 624 Personen wie im mittleren Szenario, d.h. um -22,2%⁴¹ weniger. Die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner würde somit um das 1,5-fache statt um das 1,7-fache ansteigen (siehe T 7.1), was immer noch einen erheblichen Bedarfsanstieg darstellt.

Die Auswirkungen des tiefen Szenarios der Bevölkerungsentwicklung auf die Bedarfsprognosen der Spitex sind ähnlich: In der Spitex-Pflege würde die Anzahl Klientinnen und Klienten zwischen 2019 und 2040 um +82 215 Personen steigen, statt um +101 921 Personen wie im mittleren Szenario. Diese Differenz in der Bedarfsprognose von -19,3% für das tiefe Szenario im Vergleich zum mittleren Szenario gilt auch für die Spitex-Betreuung. Die Anzahl Klientinnen und Klienten beider Spitex-Bereiche würde sich demnach zwischen 2019 und 2040 um den Faktor 1,4 statt 1,5 erhöhen.

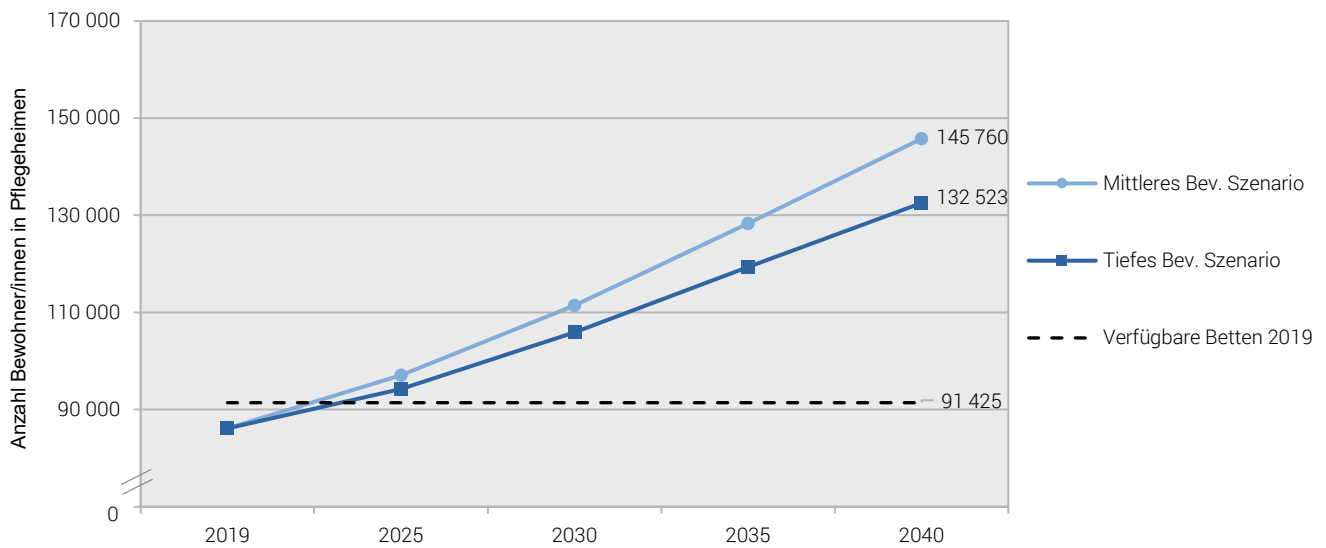
Während die Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen beim mittleren Szenario von 1 979 Personen im Jahr 2019 auf 3 221 Personen im Jahr 2040 ansteigt, beschränkt sich die Anzahl beim tiefen Szenario auf insgesamt 2 977 Personen. Demnach fällt der Anstieg bei Anwendung des tiefen Szenarios um -19,6% geringer aus und der Bedarf steigt um das 1,5-fache, während es im mittleren Szenario um das 1,6-fache wäre.

Die Auswirkungen des tiefen Szenarios sind in Bezug auf die betreuten Wohnformen ebenfalls weniger stark. Der Anstieg der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner beläuft sich auf +12 016 Personen, während es im mittleren Szenario +14 154 Personen wären. Demnach fällt bei Anwendung des tiefen Szenarios der Bedarf um -15,1% geringer aus und steigt verglichen mit dem mittleren Szenario um das 1,37-fache anstatt das 1,43-fache.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Reduktion des Bedarfs an Alters- und Langzeitpflege, die mit der Anwendung des tiefen statt des mittleren Szenarios der Bevölkerungsentwicklung verbunden ist, in den Pflegeheimen am stärksten und in den betreuten Wohnformen am schwächsten auswirkt. Dies hängt mit der Altersstruktur der Klientel in den verschiedenen Strukturen zusammen: Der Anteil der Bevölkerung 80+ ist in Pflegeheimen höher als in anderen Strukturen und fällt gerade bei den betreuten Wohnformen am geringsten aus (siehe Kapitel 3, T 3.3)

⁴¹ Die Berechnung ergibt sich wie folgt:
 $-22,2\% = (46\,387 - 59\,624) / 59\,624 \cdot 100$

G 7.2 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen, tiefes und mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung und epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer, Schweiz, 2019–2040



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

T 7.1 Prognose des Bedarfs in verschiedenen Strukturen der Alters- und Langzeitpflege, tiefes und mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung und epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer, Schweiz, 2019–2040

	BFS Bevölkerungs-szenarien	Anzahl Personen 2019	Gleichbleibende Pflegedauer		
			Prognose bis 2040	Δ (n)	Δ (%)
Pflegeheime	Mittleres Szenario	86 136	145 760	+59 624	+69,2%
	Tiefes Szenario	86 136	132 523	+46 387	+53,9%
Spitex-Pflege	Mittleres Szenario	194 843	296 764	+101 921	+52,3%
	Tiefes Szenario	194 843	277 058	+82 215	+42,2%
Spitex-Betreuung	Mittleres Szenario	87 112	134 150	+47 038	+54,0%
	Tiefes Szenario	87 112	125 071	+37 959	+43,6%
Kurzzeitaufenthalte	Mittleres Szenario	1 979	3 221	+1 242	+62,8%
	Tiefes Szenario	1 979	2 977	+998	+50,4%
Betreute Wohnformen	Mittleres Szenario	32 731	46 885	+14 154	+43,2%
	Tiefes Szenario	32 731	44 747	+12 016	+36,7%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan © Obsan 2022

7.3.2 Auswirkung einer dauerhaften Änderung des Inanspruchnahmeverhaltens auf die Bedarfsprognosen

Eine Verhaltensänderung in dem Ausmass, wie sie 2020 zu beobachten war, verringert den zukünftigen Bedarf an Pflegeheimplätzen nur geringfügig.

Die Covid-19-Pandemie hat sich – zumindest kurzfristig – auf das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung 65+ ausgewirkt (siehe Kapitel 7.2). In den meisten Kantonsgruppen hat die Covid-19-Pandemie die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen begünstigt, ausser in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe, wo sich das Muster der Inanspruchnahme nach den Spitzen der Ansteckungswellen rasch wieder normalisiert hat. Insgesamt ist im Jahr 2020 ein Rückgang der Pflegeheimeintritte von –3% zu beobachten gewesen (BFS, 2021a). Diese Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens der Bevölkerung 65+ entspricht den in diesem Bericht modellierten Szenarien der Heimentlastung (vgl. Kapitel 2.7.1), obwohl die im Jahr 2020 beobachtete Auswirkung der Pandemie unmittelbar gewesen ist, während eine Änderung der Versorgungspolitik, wie sie für diese Szenarien angenommen wird, Zeit für die Umsetzung benötigen würde. Die Covid-19-Pandemie beschleunigt also den laufenden Strukturwandel.

Der Rückgang der Pflegeheimeintritte um –3% entspricht, gemessen an der Anzahl Personen, einem Szenario der Heimentlastung, bei dem die gegenwärtigen Bewohnerinnen und Bewohner ohne Pflegebedürftigkeit nicht mehr in den Pflegeheimen betreut werden. Wird dieses Szenario der Heimentlastung auf die Bevölkerungszahlen 2019 angewendet, wären 1 141 Personen nicht mehr in Pflegeheimen betreut worden, was dem 2020 beobachteten Rückgang der Pflegeheimeintritte entspricht.

Mit diesem sehr leichten Szenario der Heimentlastung beträgt die Zunahme der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner bis 2040 insgesamt +58 804 statt +59 624 wie im Referenzszenario (siehe Kapitel 5). Das Wachstum der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner reduziert sich somit um –820 Personen (–1,4%). Die Substitution hin zur Spitex bedeutet ihrerseits, dass die Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und der Spitex-Betreuung im Vergleich zum Referenzszenario um +1 168 Personen steigt (+0,4% in der Pflege und +0,9% in der Betreuung).

7.3.3 Schlussfolgerung der Sensitivitätsanalyse

Die Sensitivitätsanalyse zeigt, dass die in diesem Bericht präsentierten Bedarfsprognosen den zukünftigen Bedarf an Alters- und Langzeitpflege bis im Jahr 2040 um ca. 20% überschätzen könnten, sofern sich die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Demografie der älteren Bevölkerung sowie deren Inanspruchnahmeverhalten fortsetzen sollten. Allerdings ist weiterhin mit einem erheblichen Anstieg des Bedarfs an Alters- und Langzeitpflege zu rechnen, auch mit den allfälligen nachhaltigen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie. Aufgrund der bislang verfügbaren Informationen (Januar 2022) scheinen diese Auswirkungen aber nicht von längerfristiger Dauer zu sein. So deutet beispielsweise die Studie von Locatelli und Rousson (2021; 2022) darauf hin, dass die demografische Entwicklung nicht nachhaltig durch die Covid-19-Pandemie beeinflusst wird. Nichtsdestotrotz müssen die Auswirkungen in den kommenden Jahren beobachtet und die Bedarfsprognosen aus diesem Bericht gegebenenfalls aktualisiert werden.

8 Regionalisierung

Die Gesundheitspolitik liegt im Zuständigkeitsbereich der Kantone. Entsprechend gibt es in der Organisation der Alters- und Langzeitpflege erhebliche kantonale Unterschiede (siehe Dutoit, Füglistler-Dousse & Pellegrini, 2016), die so bedeutend sind, dass sich die versorgungspolitischen Szenarien in den Kantonen unterschiedlich auswirken. Diesen kantonalen Unterschieden soll Rechnung getragen werden, obschon der eigentliche Fokus dieser Studie auf den Bedarfsprognosen für die Alters- und Langzeitpflege auf Ebene der Schweiz liegt.

Um die Unterschiede der Kantone in den Modellierungen berücksichtigen zu können, wurden die Kantone mithilfe einer Clusteranalyse (vgl. Kapitel 2.4) in vier Gruppen eingeteilt, die in Kapitel 8.1 beschrieben sind. Im darauffolgenden Kapitel 8.2 wird auf die in den Kantonsgruppen unterschiedliche Bevölkerungsentwicklung bis 2040 eingegangen. Die spezifischen Bedarfsprognosen nach Kantonsgruppen werden schliesslich in Kapitel 8.3 aufgrund der demografischen Alterung und in Kapitel 8.4 unter Berücksichtigung der versorgungspolitischen Szenarien beschrieben.

8.1 Porträt der Kantonsgruppen

K 8.1 Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 8.1 und 8.2 in Kürze

- Die Klientel der Alters- und Langzeitpflegestrukturen ist im Jahr 2019 in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe am ältesten, in der stationär-orientierten Kantonsgruppe am jüngsten.
- Das geringste demografische Wachstum der Bevölkerung 65+ bis im Jahr 2040 ist in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe zu erwarten (+44,1%), während im Gegensatz dazu bei der stationär-orientierten Kantonsgruppe die höchste demografische Alterung der Bevölkerung 65+ zu erwarten ist (+59,6%) – sowohl bei den 65- bis 79-jährigen Personen als auch bei der Bevölkerung 80+.

Abbildung G 8.1 zeigt die vier Kantonsgruppen anhand der verschiedenen Indikatoren, die initial in der Clusteranalyse verwendet wurden (siehe Kapitel 2.4). Die nachfolgende Beschreibung der einzelnen Kantonsgruppe lässt sich daraus ableiten.

Die **stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe (GE, JU, NE, VD und TI)** umfasst jene Kantone, die das Prinzip «ambulant vor stationär» umgesetzt haben. Diese Kantonsgruppe verfügt über die niedrigste Inanspruchnahmerate der Pflegeheime und gleichzeitig über die höchste Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege (siehe dunkelblaue Linie in G 8.1 und T 8.1). In Pflegeheimen werden Personen mit eher mittlerem bis hohem Pflegebedarf (ca. ab Pflegestufe 3) versorgt.⁴² Hier treten die Personen auch am spätesten in ein Pflegeheim ein und erhalten dort die meiste Pflege (in Minuten pro Tag). Die Anzahl der Pflegestunden pro Klientin und Klient ist hier am höchsten.

In der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe (BE, BS, FR und VS)** ist die ambulante Versorgung relativ stark ausgebaut, während gleichzeitig ein mittelstarkes Angebot an Pflegeheimen besteht. Die Inanspruchnahmeraten sowohl der Pflegeheime als auch der Spitex-Pflege sind an zweithöchster Stelle der vier Kantonsgruppen. Der Anteil der Personen, welcher die Spitex-Betreuung in Anspruch nimmt, ist vergleichsweise am höchsten. Mit einem relativ niedrigen Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen, einem relativ hohen Alter bei Pflegeheimeintritt und einer ebenfalls relativ hohen Anzahl an Pflegeminuten pro Bewohnerin und Bewohner in Pflegeheimen, nähert sich diese Kantonsgruppe bezüglich der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe an.

In der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe (AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH)** sind sowohl die Inanspruchnahmeraten der Pflegeheime als auch der Spitex-Pflege im Vergleich zu den anderen Kantonsgruppen relativ niedrig. Die Spitex-Betreuung scheint hingegen intensiver genutzt zu werden, da die Anzahl der Pflegestunden pro Klientin und Klient in diesem Bereich die zweithöchste der vier Kantonsgruppen ist. Die Pflegeheime wiederum nehmen Bewohnerinnen und Bewohner auf, welche vergleichsweise eher leichtpflegebedürftig sind, eher im höheren Alter in das Pflegeheim eintreten und nur kurze Zeit verweilen.

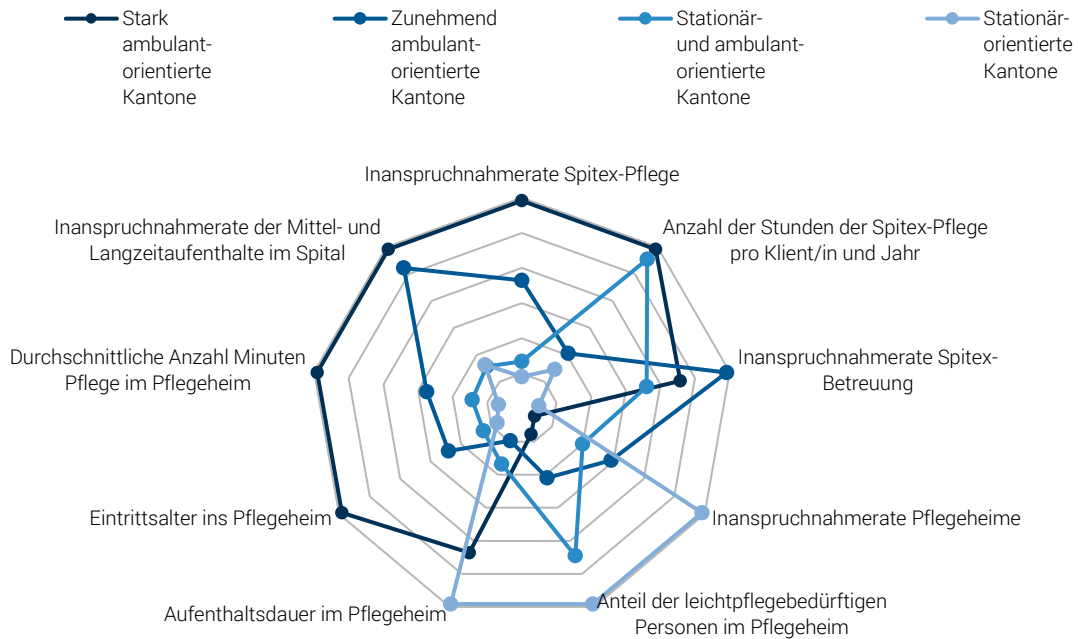
⁴² Es gilt zu beachten, dass in diesen Kantonen primär das Pflegebedarfsabklärungsinstrument PLAISIR zum Einsatz kommt, welches gemäss

Expertinnen und Experten den Pflegebedarf um ungefähr eine Pflegestufe höher einschätzt, als die Instrumente BESA und RAI, die in den anderen Kantonsgruppen häufiger zum Einsatz kommen.

Die **stationär-orientierte Kantonsgruppe (AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR)** steht für jene Kantone, die sich stark auf die stationäre und weniger auf die ambulante Versorgung konzentrieren, womit diese Kantonsgruppe das Gegenstück zur stark ambulanzorientierten Kantonsgruppe darstellt. Die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime ist hier am höchsten, während die Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege am niedrigsten ausfällt. Auch der

Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen ist vergleichsweise am höchsten und liegt deutlich über dem Schweizer Durchschnitt. In dieser Kantonsgruppe treten Personen auch im jüngsten Alter in Pflegeheime ein und bleiben am längsten.

G 8.1 Versorgungsmodelle der Alters- und Langzeitpflege der vier Kantonsgruppen der Schweiz, 2019



Anmerkungen: Dieses Schema dient rein der Veranschaulichung. Die Werte der verschiedenen Indikatoren werden in Form von Indizes ausgedrückt: Sie wurden so standardisiert, dass alle Indikatoren dieselben Höchstwerte haben. Die Achsen stellen daher nicht die tatsächlichen Werte dar.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulanzorientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulanzorientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulanzorientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

T 8.1 Inanspruchnahmerate der Bevölkerung 65+ der verschiedenen Strukturen der Alters- und Langzeitpflege nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2019

Kantonsgruppe	Pflegeheime* Anzahl Bewohner/innen (des gesamten Jahres, gewichtet nach Aufent- haltungsdauer)		Spitex-Pflege** Anzahl Klienten/innen (des gesamten Jahres)		Spitex-Betreuung** Anzahl Klienten/innen (des gesamten Jahres)		Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen* Anzahl Klienten/innen (des gesamten Jahres, gewichtet nach Aufent- haltungsdauer)		Betreute Wohnfor- men*** Anzahl Bewohner/innen (am 31.12.)	
	<i>n</i>	Inanspruch- nahmerate (in %)	<i>n</i>	Inanspruch- nahmerate (in %)	<i>n</i>	Inanspruch- nahmerate (in %)	<i>n</i>	Inanspruch- nahmerate (in %)	<i>n</i>	Inanspruch- nahmerate (in %)
Stark ambulant-orientierte Kantone	16 763	4,8	60 623	18,0	20 630	6,0	320	0,6	5 210	1,5
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	21 272	5,6	50 384	13,3	18 033	4,8	464	1,1	8 357	2,2
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	32 761	5,2	63 089	9,9	37 606	5,9	865	1,8	14 333	2,3
Stationär-orientierte Kantone	15 340	6,3	20 747	8,5	10 843	4,4	330	2,1	4 831	2,0
CH	86 136	5,3	194 843	12,2	87 112	5,4	1 979	0,1	32 731	2,0

* Zu beachten ist, dass die hier dargestellten Zahlen leicht von denjenigen in Kapitel 3 abweichen. In Kapitel 3 werden die dargestellten Zahlen für die Langzeit- und Kurzaufenthalte im Pflegeheim auf Grundlage der Anzahl Bewohner/innen am 31.12. berechnet, während sie hier auf der Grundlage der Anzahl Bewohner/innen des gesamten Jahres, gewichtet nach ihrer Aufenthaltsdauer, dargestellt sind (aus Gründen der Konsistenz zwischen den Strukturen bei der Modellierung). Diese Berechnungsart weist letztlich grosse Ähnlichkeiten mit der Messung am Stichtag des 31.12. auf.

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der gepflegten/betreuten Klienten/innen des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege/Betreuung.

*** Hochgerechnete Daten (vgl. Kapitel 2.2.3)

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Entwicklung der Inanspruchnahme bis 2019

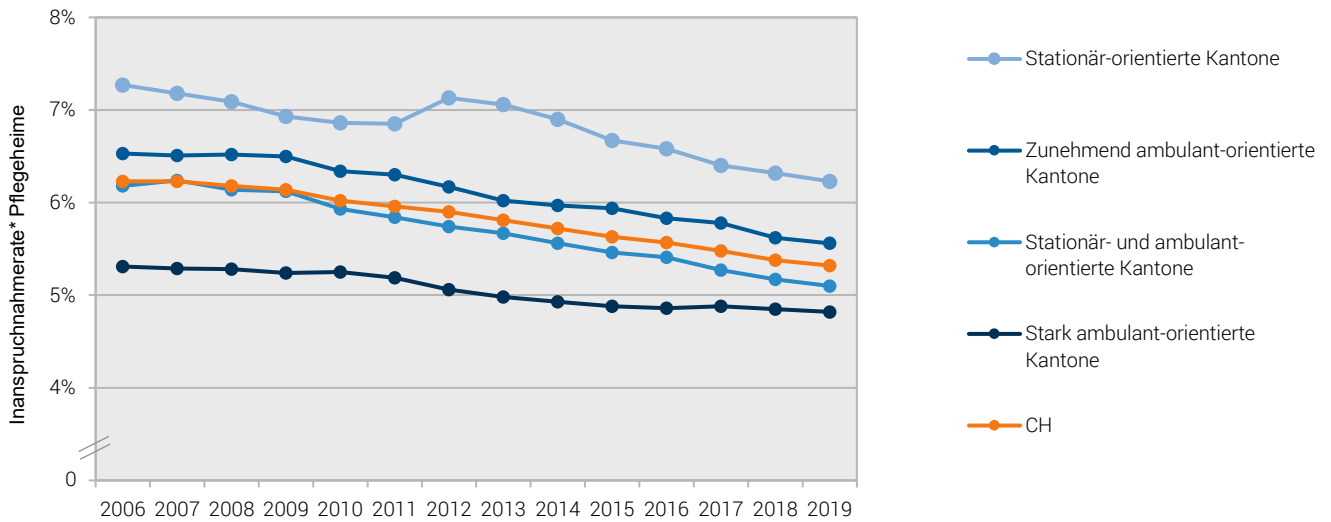
Die Inanspruchnahme von Pflegeheimen ist zwischen 2006 und 2019 in allen Kantonsgruppen und somit in der ganzen Schweiz zurückgegangen (siehe G 8.2). Ab 2011 bis 2019 ist dies auch bei der Spitex-Betreuung der Fall (siehe G 8.4). Andererseits hat die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege in allen Kantonsgruppen zugenommen, ausser in der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe (siehe G 8.3).

Mit einer Zunahme der Inanspruchnahme der Spitex-Pflege zwischen 2011 und 2019 um +22,2% (gegenüber +6,6% im Schweizer Durchschnitt; siehe T 8.2) beinhaltet die **stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe** jene Kantone, in denen der Grundsatz «ambulant vor stationär» in den letzten Jahren am weitesten umgesetzt wurde. In dieser Kantonsgruppe fiel die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime bereits im Jahr 2006 (5,3%) niedrig aus. Da dadurch der Spielraum für eine weitere Reduktion der Versorgung durch Pflegeheime schon damals geringer war als bei den anderen Kantonsgruppen, verzeichnet die stark ambu-

lant-orientierte Kantonsgruppe den geringsten Rückgang der Inanspruchnahme von Pflegeheimen: –7,1% zwischen 2011 und 2019. Auch die **zunehmend ambulant-orientierte Kantonsgruppe** scheint sich immer mehr in Richtung ambulante Versorgung zu orientieren, was sich durch einen relativ starken Rückgang der Inanspruchnahme der Pflegeheime (–11,7%) bei einem gleichzeitigen Anstieg der Inanspruchnahme der Spitex-Pflege (+9,7%) äussert (siehe T 8.2).

Die **stationär- und ambulant-orientierte Kantonsgruppe** weist zwischen 2011 und 2019 einen Rückgang in der Gesamtheit der Inanspruchnahme der Alters- und Langzeitpflegestrukturen auf, sowohl bei Pflegeheimen (–12,7%) als auch der Spitex-Pflege (–4,4%) und Spitex-Betreuung (–7,0%). Die **stationär-orientierte Kantonsgruppe** verzeichnete zwar einen Rückgang der Inanspruchnahme der Pflegeheime (–9,1%), allerdings ist die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime immer noch die höchste von allen vier Kantonsgruppen (6,3% versus 4,8% bis 5,6%; siehe T 8.1). Die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege ist über die vergangenen Jahre hinweg relativ stabil geblieben (+0,1%).

G 8.2 Entwicklung der Inanspruchnahmerate der Pflegeheime der Bevölkerung 65+ nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2006–2019

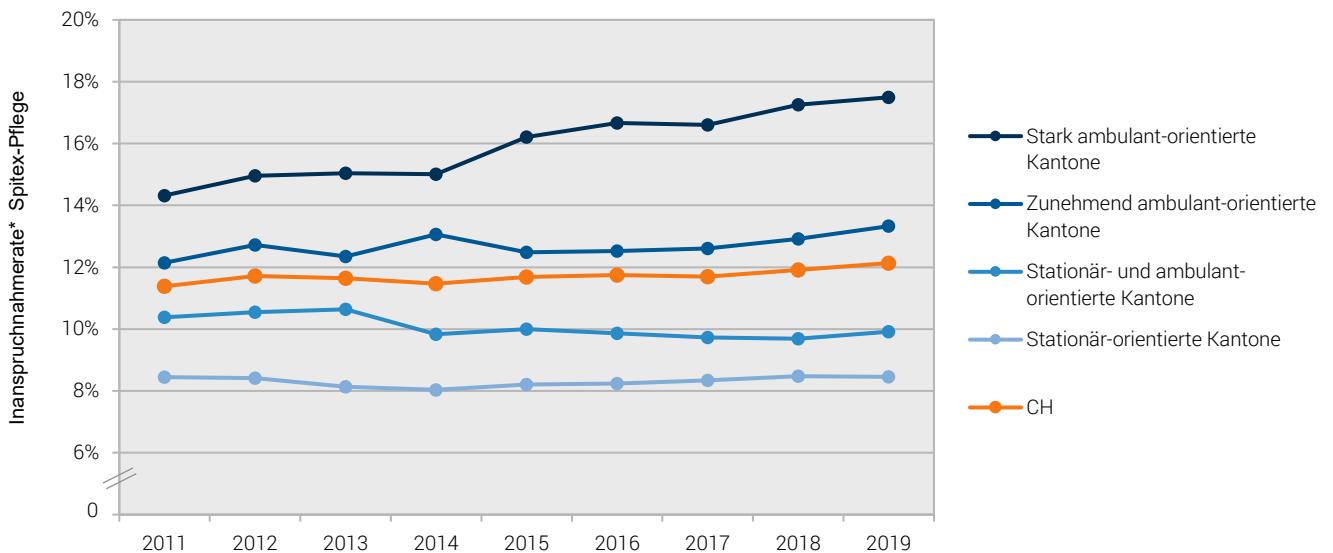


* Unstandardisierte Inanspruchnahmerate; beinhaltet keine Altersheime.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

G 8.3 Entwicklung der Inanspruchnahmerate* der Spitex-Pflege der Bevölkerung 65+ nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2011–2019**



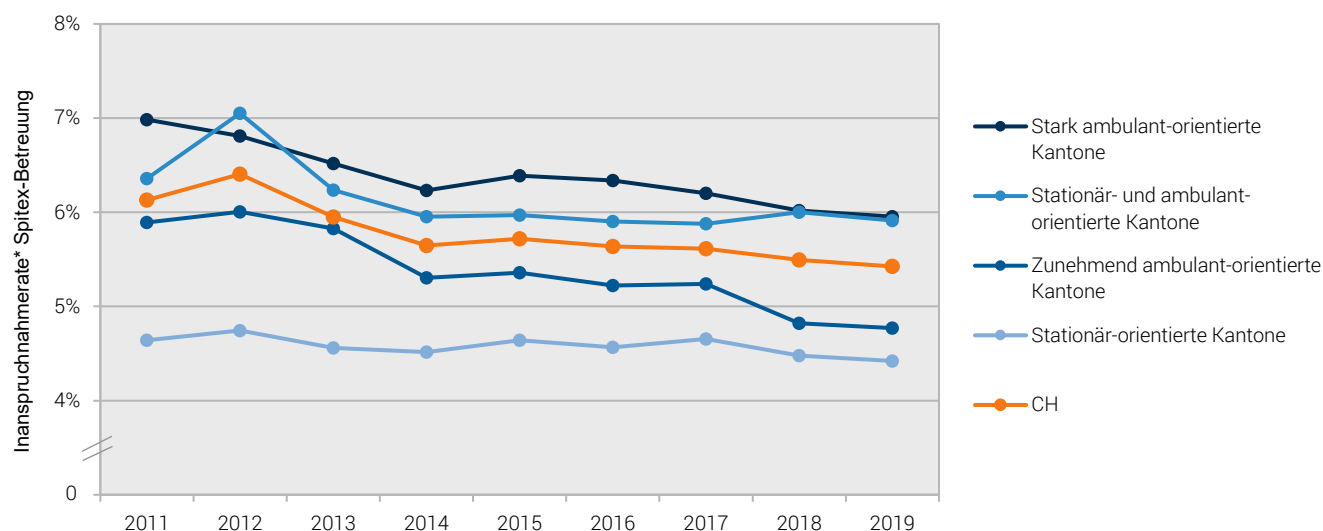
* Unstandardisierte Inanspruchnahmerate.

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

G 8.4 Entwicklung der Inanspruchnahmerate* der Spitex-Betreuung** der Bevölkerung 65+ nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2011–2019



* Unstandardisierte Inanspruchnahmerate

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

T 8.2 Entwicklung der Inanspruchnahmeraten* in Pflegeheimen, Spitex-Pflege und Spitex-Betreuung nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2011–2019

Kantonsgruppe	Δ (2011–2019)		
	Inanspruchnahmerate Pflegeheime (in %)	Inanspruchnahmerate Spitex-Pflege** (in %)	Inanspruchnahmerate Spitex-Betreuung** (in %)
Stark ambulant-orientierte Kantone	-7,1	+22,2	-14,7
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	-11,7	+9,7	-19,1
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	-12,7	-4,4	-7,0
Stationär-orientierte Kantone	-9,1	+0,1	-4,7
CH	-10,7	+6,6	-11,5

* Unstandardisierte Inanspruchnahmerate; beinhaltet keine Altersheime.

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

Jüngere Klientel in der stationär-orientierten Kantonsgruppe und ältere Klientel in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe

In der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe** ist der Anteil Personen 80+ an der Gesamtheit der Personen 65+ in Pflegeheimen, in der Spitex-Pflege und in Kurzeintaufenthalten am höchsten (81,4%, 64,2% und 77,6%; siehe T 8.3). Im Vergleich dazu sind in der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** – mit Ausnahme der Pflegeheime (zweithöchster Anteil mit 81,1%) – die niedrigsten Anteile 80+ vorzufinden (60,8%, 63,2% und 71,1%), welche alle unter dem Schweizer Durchschnitt liegen.

In der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe** und der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** sind die Anteile 80+ für die Pflegeheime (80,8% und 80,7%) und die Spitex-Pflege (62,4% und 62,9%) nahezu identisch. Zudem entsprechend sie annähernd dem Schweizer Durchschnitt von 80,9% respektive 62,9%. In der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** zeigt sich der Anteil 80+ in der Spitex-Betreuung mit Abstand am höchsten (66,8% versus 63,2% bis maximal 63,7%), während der Anteil 80+ in Kurzeintaufenthalten am zweithöchsten ausfällt (75,3%).

T 8.3 Anzahl und Anteil des Klientel 80+ am Klientel 65+ der verschiedenen Strukturen der Alters- und Langzeitpflege nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2019

Kantonsgruppe	Pflegeheime* Anzahl und Anteil Bewohner/innen 80+ (des gesamten Jahres, gewichtet nach Aufenthaltsdauer)		Spitex-Pflege** Anzahl und Anteil Klienten/innen 80+ (des gesamten Jahres)		Spitex-Betreuung** Anzahl und Anteil Klienten/innen 80+ (des gesamten Jahres)		Kurzeintaufenthalte in Pflegeheimen* Anzahl und Anteil Klienten/innen 80+ (des gesamten Jahres, gewichtet nach Aufenthaltsdauer)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Stark ambulant-orientierte Kantone	13 639	81,4	60 623	64,2	20 630	63,3	248	77,6
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	17 188	80,8	50 384	62,4	18 033	63,7	334	72,0
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	26 427	80,7	63 089	62,9	37 606	66,8	652	75,3
Stationär-orientierte Kantone	12 446	81,1	20 747	60,8	10 843	63,2	234	71,1
CH	69 699	80,9	194 843	62,9	87 112	64,9	1 468	74,2

* Zu beachten ist, dass die hier dargestellten Zahlen leicht von denjenigen in Kapitel 3 abweichen. In Kapitel 3 werden die dargestellten Zahlen für die Langzeit- und Kurzeintaufenthalte im Pflegeheim auf Grundlage der Anzahl Bewohner/innen am 31.12. berechnet, während sie hier auf der Grundlage der Anzahl Bewohner/innen des gesamten Jahres, gewichtet nach ihrer Aufenthaltsdauer, dargestellt sind (aus Gründen der Konsistenz zwischen den Strukturen bei der Modellierung). Diese Berechnungsart weist letztlich grosse Ähnlichkeiten mit der Messung am Stichtag des 31.12. auf.

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z.B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro-Senectute, die zwar seit 2015 in der SPITEX-Statistik berücksichtigt werden, aber deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Betreuung ist.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

8.2 Bevölkerungsprognose bis 2040 nach Kantonsgruppen

Das Wachstum der Bevölkerung 65+ bis im Jahr 2040 ist in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe am schwächsten und in der stationär-orientierten Kantonsgruppe am stärksten.

Gemäss dem mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung ist das prognostizierte Bevölkerungswachstum der Altersklasse 65+ in der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe** mit +44,1% am tiefsten. Dabei ist es insbesondere die Bevölkerung 80+, die im Vergleich zu den anderen Kantonsgruppen das geringste Wachstum erfährt (+67,3%). Aber auch die Wachstumsprognose für die Altersgruppe der 65- bis 79-jährigen Personen liegt in dieser Kantonsgruppe im niedrigeren Bereich (+34,2%; siehe T 8.4). Gründe für den niedrigeren Anstieg der Bevölkerungszahlen 65+ sind unter anderem die negative interregionale Binnenwanderung (Abwanderung in andere Kantonsgruppen) sowie die vergleichsweise hohe Anzahl der Auswanderungen im Rentenalter (BFS, 2020c).

Die **zunehmend ambulant-orientierte Kantonsgruppe** weist mit +47,2% ein nur wenig höheres Wachstum der Bevölkerung 65+ auf als die stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe. Allerdings zeigt sich in Betrachtung kleinerer Altersklassen ein grösserer Unterschied: Die 65- bis 79-jährige Bevölkerung wächst in der zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe voraussichtlich weniger stark an (+30,6%), während das Wachstum der Bevölkerung 80+ deutlich höher ausfällt (+89,9%) als in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe.

Die Bevölkerung 65+ in der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** wächst zwischen 2019 und 2040 voraussichtlich deutlich stärker (+57,0%) als in den beiden vorangegangenen Kantonsgruppen. Die Bevölkerung 80+ wird sich nahezu verdoppeln (+95,6%).

In der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** zeigt die Bevölkerung 65+ insgesamt das stärkste Wachstum der vier Kantonsgruppen (+59,6%). Dies gilt auch in Betrachtung der kleineren Altersklassen der 65- bis 79-jährigen Personen (+44,6%) sowie den Personen 80+ (+98,6%). Letzterer Wert entspricht, wie bei der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe, fast einer Verdoppelung der Bevölkerung 80+.

T 8.4 Stand der Bevölkerung 65+ im Referenzjahr und deren Prognose* nach Kantonsgruppe, 2019–2040

Kantonsgruppe	Altersklassen	2019	2040	Δ (2019–2040)	
		Referenzjahr	Prognose*	Δ (n)	Δ (%)
		n	n		
Stark ambulant-orientierte Kantone	65–79	242 716	325 663	+82 947	+34,2%
	80+	103 774	173 585	+69 811	+67,3%
	65+	346 490	499 248	+152 758	+44,1%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	65–79	272 340	355 794	+83 454	+30,6%
	80+	105 696	200 749	+95 053	+89,9%
	65+	378 036	556 543	+178 507	+47,2%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	65–79	459 828	653 747	+193 919	+42,2%
	80+	176 190	344 675	+168 485	+95,6%
	65+	636 018	998 422	+362 404	+57,0%
Stationär-orientierte Kantone	65–79	177 246	256 334	+79 088	+44,6%
	80+	68 010	135 037	+67 027	+98,6%
	65+	245 256	391 371	+146 115	+59,6%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

8.3 Regionalisierte Bedarfsprognose bis 2040 aufgrund demografischer Alterung

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in den vier Kantonsgruppen aufgrund der demografischen Alterung bis ins Jahr 2040 entwickelt. Die präsentierten Ergebnisse basieren alle auf dem **Referenzszenario**, welches von unveränderter Versorgungspolitik, von gleichbleibender Pflegedauer und vom mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS ausgeht. Die wichtigsten Ergebnisse von Kapitel 8.3 finden sich in Kasten K 8.2.

K 8.2 Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 8.3 in Kürze

- Unabhängig von der Kantonsgruppe wird im Referenzszenario der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in allen berücksichtigten Strukturen bis im Jahr 2040 deutlich ansteigen.
- Jeweils am stärksten fällt der Anstieg in der stationär-orientierten sowie in der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe aus, wobei es sich auch um die beiden Kantonsgruppen handelt, in welchen die Bevölkerung 65+ am stärksten zunimmt.
- Der verhältnismässig schwächste Anstieg zeigt sich in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe, in welcher die Bevölkerung 65+ am wenigsten stark zunimmt. Gründe für das relativ schwache Wachstum der Bevölkerung 65+ in dieser Kantonsgruppe sind unter anderem die negative interregionale Binnenwanderung oder die Auswanderungen im Rentenalter.

8.3.1 Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen

Bis ins Jahr 2040 nimmt die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in allen Kantonsgruppen um mindestens die Hälfte zu.

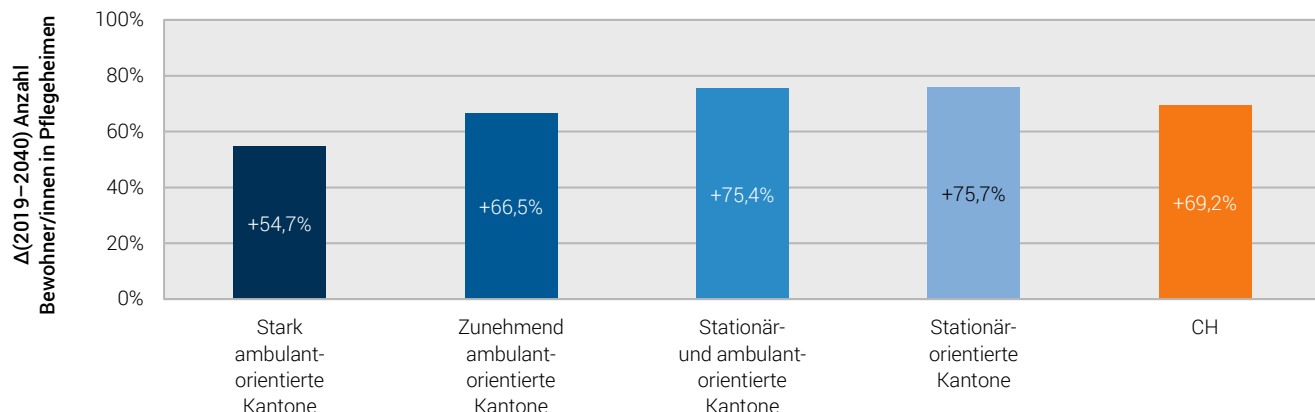
In der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** (+75,7%) sowie der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+75,4%) fällt die Zunahme der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen bis im Jahr 2040 am stärksten aus (siehe G 8.5). In beiden Kantonsgruppen könnte sich die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner um den Faktor 1,8 erhöhen. Im Vergleich mit den verfügbaren Betten im Referenzjahr 2019 entspricht dies in der stationär-orientierten Kantonsgruppe einem Bedarf an +10 439 zusätzlichen Betten, während es in der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe +22 096 zusätzliche Betten sind.

Etwas weniger stark fällt das Wachstum (+66,5%) der Bewohnerinnen und Bewohner in der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe** aus, wo die Anzahl Personen um das 1,7-fache zunehmen könnte. Dies entspricht verglichen mit dem Referenzjahr 2019 einem Bedarf an +12 913 zusätzlichen Betten.

Mit dem vergleichsweise schwächsten Wachstum (+54,7%) der Bewohnerinnen und Bewohner ist in der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe** zu rechnen, wo sich die Anzahl der Personen um den Faktor 1,5 erhöhen könnte. Dies entspricht einem Bedarf an +8 886 zusätzlichen Betten bis im Jahr 2040.

In der Betrachtung der prozentualen Veränderung der Altersklassen von 2019 bis 2040 in Pflegeheimen werden zwei Dinge ersichtlich (siehe G 8.6). Zum einen wächst die Altersklasse 80+ in allen vier Kantonsgruppen stark an: Beispielsweise wächst sie in der stationär-orientierten Kantonsgruppe von 2019 bis 2040 um +88,8%, während die 65- bis 79-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner um +19,2% zunehmen. Zum anderen zeigt sich das schwächste Wachstum in der stark ambulanten-orientierten Kantonsgruppe, was auf die negative interregionale Binnenwanderung sowie die Auswanderungen im Rentenalter zurückzuführen sind (vgl. BFS, 2020c).

G 8.5 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario*, 2019–2040



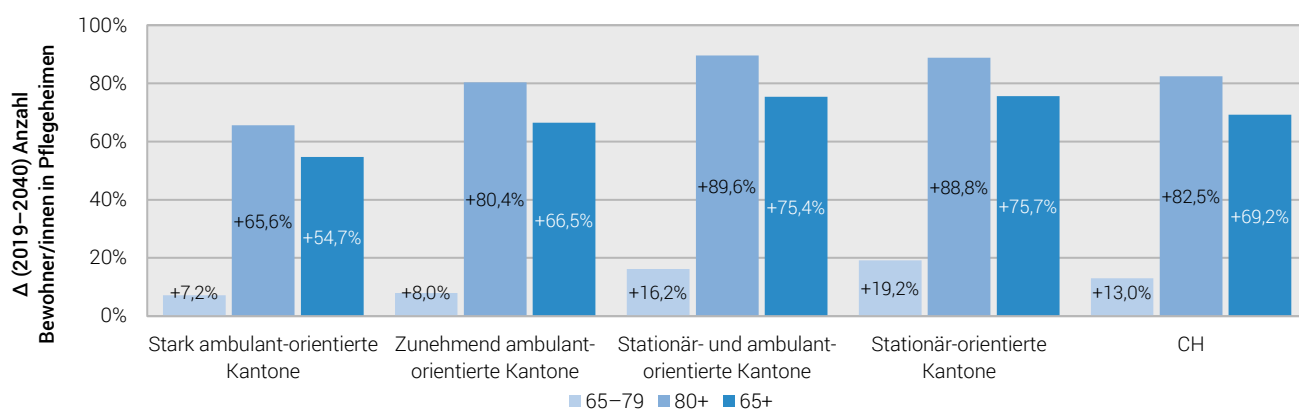
Kantonsgruppe	2019		2040		2019–2040	
	n Bewohner/innen	n Betten	n Bewohner/innen	Bedarf zusätzl. Betten	Δ (n Bewohner/innen)	Δ (%)
Stark ambulant-orientierte Kantone	16 763	17 046	25 932	+8 886	+9 169	+54,7%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	21 272	22 500	35 413	+12 913	+14 141	+66,5%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	32 761	35 371	57 467	+22 096	+24 706	+75,4%
Stationär-orientierte Kantone	15 340	16 508	26 947	+10 439	+11 607	+75,7%
CH	86 136	91 425	145 760	+54 335	+59 624	+69,2%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

G 8.6 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen nach Altersklasse und Kantonsgruppe sowie in der Schweiz, Referenzszenario*, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

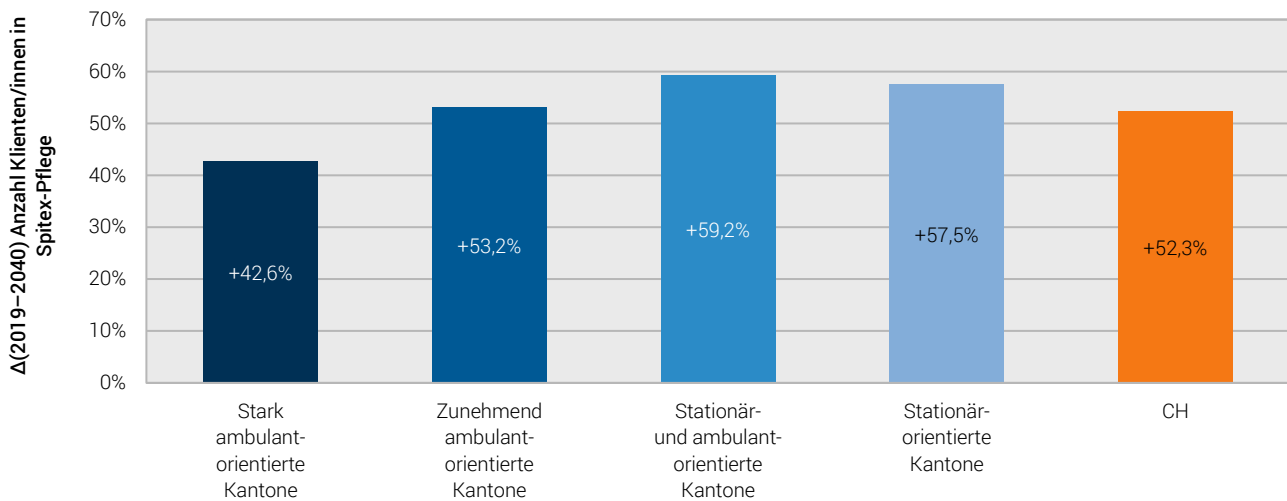
8.3.2 Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und -Betreuung

Im Bereich der Spitex-Pflege zeigt sich das schwächste Wachstum in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe.

In der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+59,2%) sowie der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** (+57,5%) ist mit der stärksten Zunahme an Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege zu rechnen (siehe G 8.7). In beiden Kantonsgruppen könnte sich die Anzahl Klientinnen und Klienten um

etwa den Faktor 1,6 erhöhen. Vergleichsweise geringer fällt das Wachstum in der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe** aus (+53,2%), in welcher sich die Anzahl Klientinnen und Klienten um den Faktor 1,5 erhöhen könnte. Am geringsten wächst die Anzahl Klientinnen und Klienten in der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+42,6%), in welcher sich deren Anzahl um etwa 1,4 erhöhen könnte. Dieses schwache Wachstum – trotz ambulanter Orientierung in der Alters- und Langzeitpflege – lässt sich erneut auf die negative interregionale Binnenwanderung sowie die Auswanderungen im Rentenalter zurückzuführen.

G 8.7 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Pflege nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario*, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

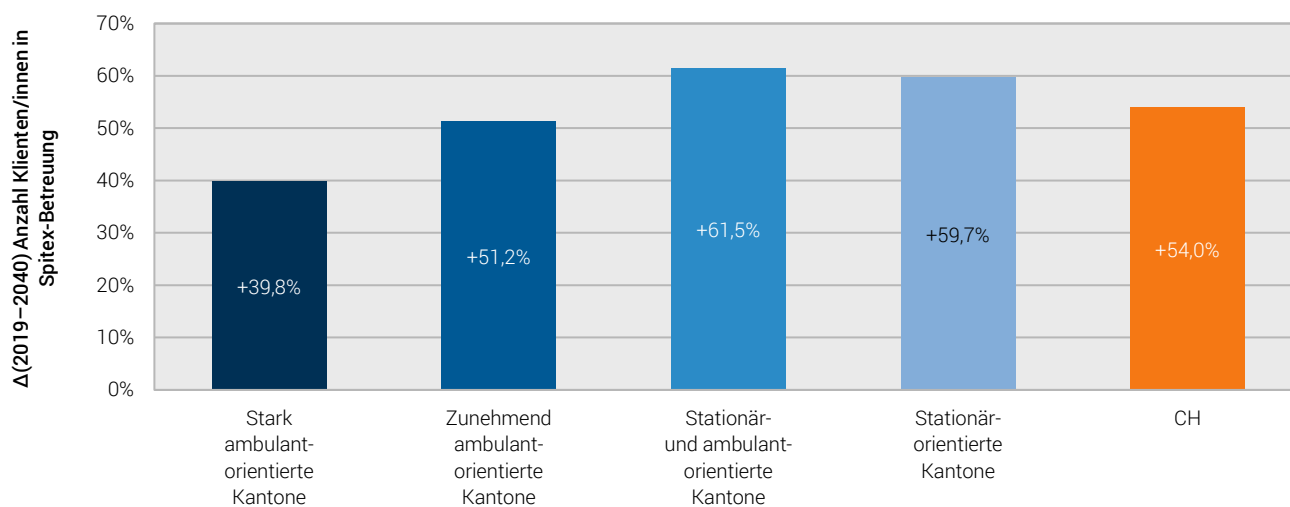
Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Die Spitex-Betreuung wird bis im Jahr 2040 vor allem in den eher stationär geprägten Kantonsgruppen deutlich zunehmen.

In der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+61,5%) sowie der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** (+59,7%) ist das stärkste Wachstum an Klientinnen und Klienten in der Spitex-Betreuung zu erwarten (siehe G 8.8). In beiden Kantonsgruppen könnte sich die Anzahl Klientinnen und Klienten um

den Faktor 1,6 erhöhen. Vergleichsweise geringer ist das Wachstum in der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+51,2%), in der sich die Anzahl Klientinnen und Klienten um den Faktor 1,5 erhöhen könnte. Mit dem schwächsten Wachstum ist in der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+39,8%) zu rechnen. Hier könnte die Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Betreuung um den Faktor 1,4 zunehmen.

G 8.8 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Betreuung nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario*, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

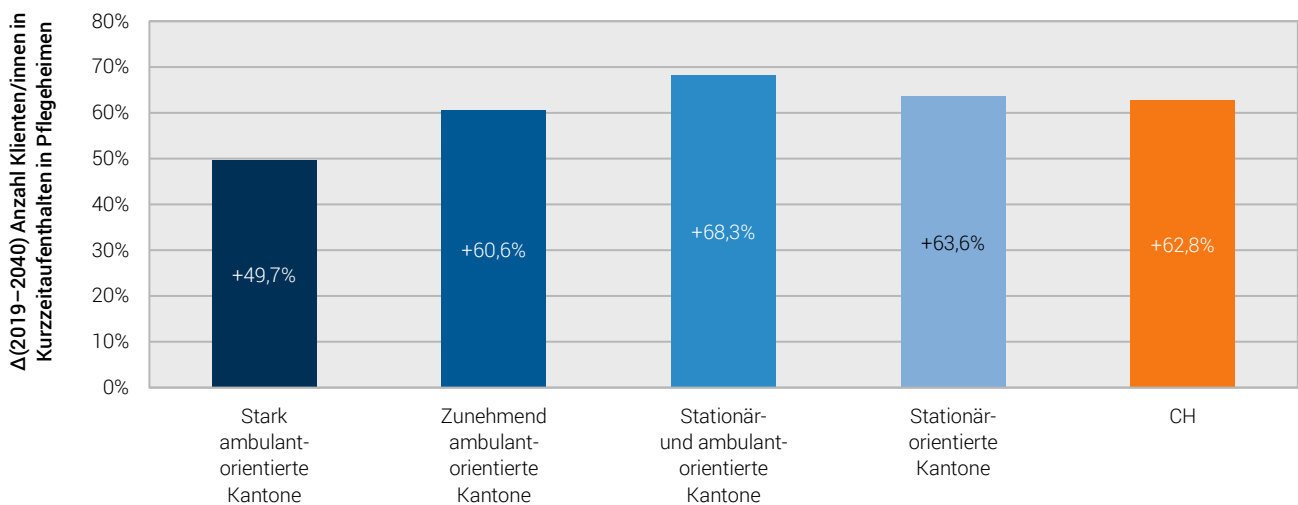
8.3.3 Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzeintaufenthalten in Pflegeheimen

Im Jahr 2040 werden die Kurzeintaufenthalte in Pflegeheimen in allen vier Kantonsgruppen weiterhin eine bedeutende Entlastungsstruktur darstellen.

Das stärkste Wachstum an Klientinnen und Klienten in Kurzeintaufenthalten in Pflegeheimen ist in der **stationär- und ambulant-**

orientierten Kantonsgruppe (+68,3%) zu erwarten, in der sich die Anzahl Klientinnen und Klienten um den Faktor 1,7 erhöhen könnte (siehe G 8.9). Vergleichsweise tiefer ist das Wachstum an Klientinnen und Klienten in der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** (+63,6%) sowie der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+60,6%). In diesen Kantonsgruppen könnte die Anzahl Klientinnen und Klienten um den Faktor 1,6 ansteigen. Mit einem deutlich geringeren Wachstum ist in der **ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+49,7%) zu rechnen, wo die Anzahl Klientinnen und Klienten um den Faktor 1,5 anwachsen könnte.

G 8.9 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Kurzeintaufenthalten in Pflegeheimen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario*, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

8.3.4 Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen

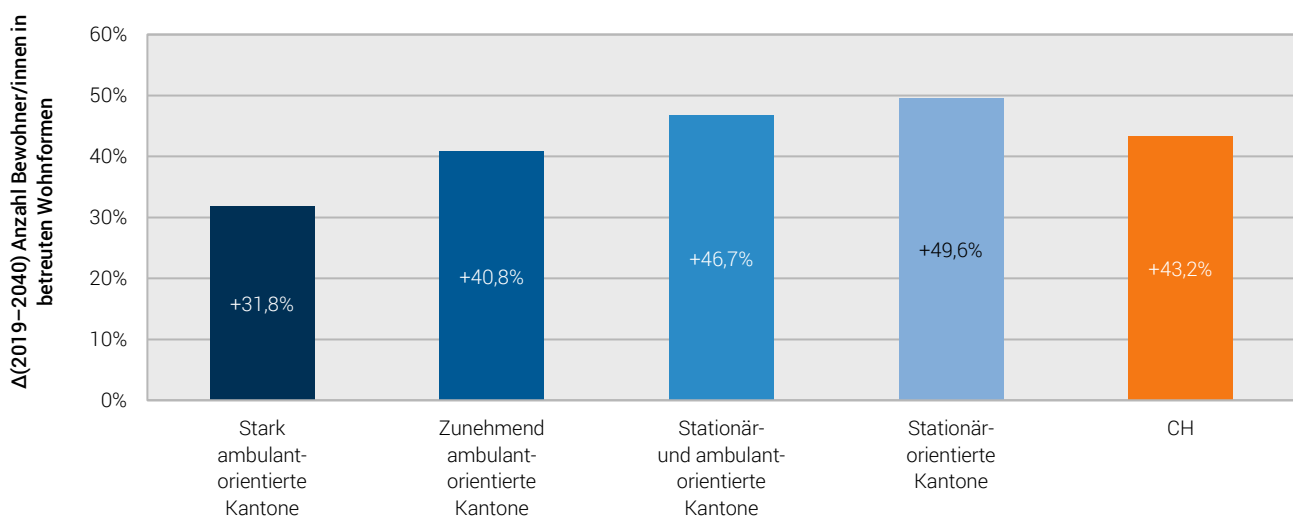
Die betreuten Wohnformen zeigen von allen berücksichtigten Strukturen das schwächste Wachstum.

In der der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** fällt das Wachstum (+49,6%) der Bewohnerinnen und Bewohner am stärksten aus, gefolgt von der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+46,7%) und der **zunehmend ambulant-orientierten**

Kantonsgruppe (+40,8%; siehe G 8.10). Vergleichsweise geringer wächst die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohnern in der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe** (+31,8%).

Verglichen mit den anderen Alters- und Langzeitpflegstrukturen fällt das Wachstum der betreuten Wohnformen am schwächsten aus. Grund hierfür ist die eher junge Altersstruktur in betreuten Wohnformen gegenüber den anderen Strukturen, in Kombination mit dem ab 2030 abflachenden Wachstum der Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Bevölkerung.

G 8.10 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in betreuten Wohnformen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario*, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030); Werner et al., 2021/ Auswertung Obsan © Obsan 2022

8.4 Regionalisierte Bedarfsprognose bis 2040 unter Veränderungen in der Versorgungspolitik

In diesem Unterkapitel wird aufgezeigt, welche Auswirkungen die alternative Versorgung von leichtpflegebedürftigen Personen auf das Wachstum in den verschiedenen Alters- und Langzeitpflegestrukturen hat. Hierzu werden dem Wachstum aus dem Referenzszenario⁴³ das jeweilige Wachstum aus den Szenarien der Heimentlastung gegenübergestellt. In allen präsentierten Szenarien finden das mittlere Szenario der Bevölkerungsentwicklung und das Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer Anwendung. Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 8.4 finden sich in Kasten K 8.3.

8.4.1 Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen

Die Substitution drosselt den Zuwachs an Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen bei einem hohen Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen am effektivsten.

Im Vergleich zu den anderen Kantonsgruppen zeigen die Szenarien der Heimentlastung bei der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** die stärkste Auswirkung (siehe G 8.11). Im Szenario der leichten (+52,8%) und der mittleren Heimentlastung (+44,8%) wird der Anstieg der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber dem Referenzszenario (+75,7%) in dieser Kantonsgruppe am deutlichsten reduziert. Ebenfalls mit starkem Effekt ist in der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** zu rechnen: Im Szenario der leichten (+59,1%) und der mittleren Heimentlastung (+53,3%) wird der Anstieg der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber dem Referenzszenario (+75,4%) deutlich reduziert. Vergleichsweise weniger stark fällt dieser Effekt in der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe** aus. Im Szenario der leichten (+60,9%) und der mittleren Heimentlastung (+57,6%) wird der Anstieg der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber dem Referenzszenario (+66,5%) nur leicht reduziert. Eine nur marginale Auswirkung zeigt sich in der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe**: Im Szenario der leichten (+54,3%) und der mittleren Heimentlastung (+53,8%) bleibt der Anstieg der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber dem Referenzszenario (+54,7%) nahezu unverändert.

Diese regionalen Unterschiede lassen sich mit dem jeweiligen Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen und

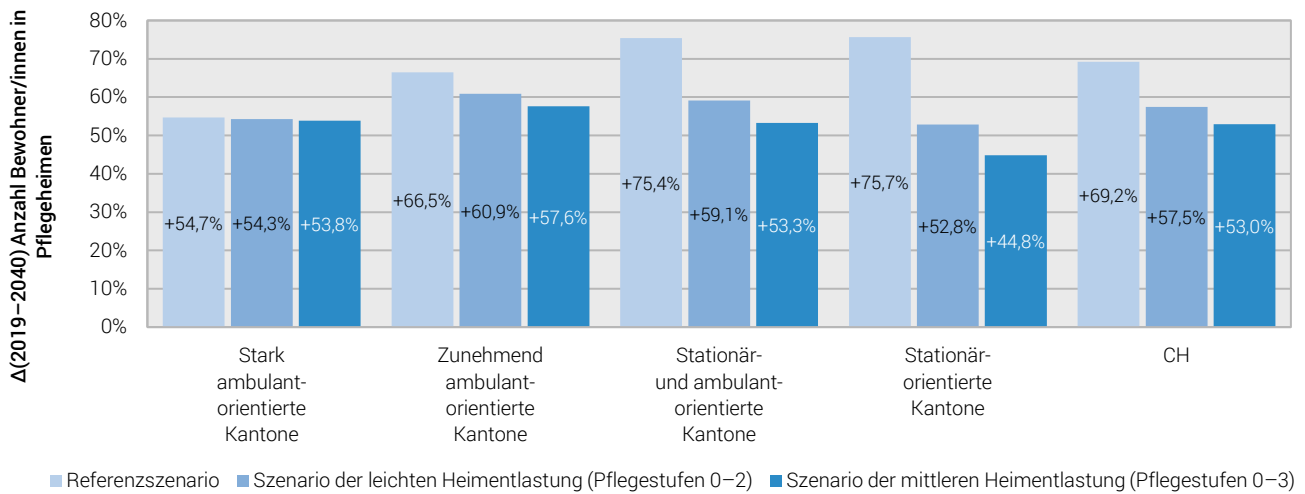
K 8.3 Die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 8.4 in Kürze

- Je höher der Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen, desto effektiver drosselt eine Substitution durch alternative Versorgungsmöglichkeiten den Zuwachs an Bewohnerinnen und Bewohnern bis im Jahr 2040. Dementsprechend zeigt sich die stärkste Drosselung des Wachstums in der stationär-orientierten Kantonsgruppe, während in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe nur ein marginaler Effekt zu beobachten ist. Es gilt in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe allerdings zu beachten, dass das Entlastungspotenzial der Pflegeheime bereits heute relativ stark ausgeschöpft ist, da der Anteil leichtpflegebedürftiger Personen in den Pflegeheimen 1.) bereits relativ klein ist und 2.) bei den Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern aufgrund der Bedarfsabklärungen vor ihrem Pflegeheimeintritt davon auszugehen ist, dass eine alternative Versorgung aus medizinischen Gründen nur schwer vorstellbar ist.
- Mit Ausnahme der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe, führen die Szenarien der Heimentlastung in den drei anderen Kantonsgruppen zu starken Zunahmen des Bedarfs an Alters- und Langzeitpflege in der Spitex und den intermediären Strukturen. Je stärker die stationäre Prägung einer Kantonsgruppe, desto höher fällt diese Zunahme ausserhalb der Pflegeheime aus.

dem damit verbundenen Entlastungspotenzial erklären. Während die stationär-orientierte Kantonsgruppe über den höchsten Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in Pflegeheimen aufweist, leben gerade in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe vergleichsweise wenig leichtpflegebedürftige Personen in Pflegeheimen. Bei Letzteren ist gemäss Expertinnen und Experten zusätzlich davon auszugehen, dass aufgrund der Bedarfsabklärung vor dem Pflegeheimeintritt eine alternative Versorgung aus medizinischen Gründen nur schwer vorstellbar ist, trotz niedriger Pflegestufe (vgl. Kapitel 2.7.1, Kasten K 2.2). Dementsprechend widerspiegelt sich das tiefere Entlastungspotenzial im Sockel der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe gegenüber der stationär-orientierten Kantonsgruppe (vgl. Sockel von 90% versus 50% Kapitel 2.7.1, T 2.4). Diese regionalen Unterschiede drücken sich zudem auch in den marginalen Effekten der Szenarien der Heimentlastung aus. Auf Wunsch der Expertinnen und Experten wurde für die stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe ein zusätzliches Szenario der Heimentlastung modelliert, welches in Kasten K 8.4 beschrieben ist.

⁴³ Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

G 8.11 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

K 8.4 Szenario einer starken Heimentlastung (Pflegestufen 0 bis 4) in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe

Unter den Expertinnen und Experten besteht Konsens, dass das Pflegebedarfsermittlungsinstrument PLAISIR, das in der ambulant-orientierten Kantonsgruppe primär zur Anwendung kommt, zu einer höheren Einschätzung der Pflegestufen führt als die Instrumente BESA oder RAI. Obwohl sich das Ausmass dieses Unterschieds in den letzten Jahren reduziert hat, gehen die Expertinnen und Experten bei PLAISIR weiterhin von einer Einstufung um eine bis zwei Pflegestufen höher aus. Demnach dürfte das Entlastungspotenzial in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe etwas höher ausfallen, weshalb für diese Kantonsgruppe ein zusätzliches Szenario modelliert wurde, welches sich an den Pflegestufen 0 bis 4 orientiert. Findet dieses Szenario Anwendung, so lässt sich das Wachstum – verglichen mit dem Szenario der mittleren Heimentlastung (+53,8%) – um einen weiteren Prozentpunkt auf **+52,8%** senken (für eine Visualisierung, siehe Kapitel 12.3, G 12.5). Allerdings zeigt auch dieses Szenario eine nur geringe Auswirkung. Dies lässt sich auf die Annahme zurückführen, dass in dieser Kantonsgruppe nur 10% der Personen mit Pflegestufe 0 bis 4 in alternativen Strukturen versorgt werden können (d.h. Sockel von 90%; siehe Kapitel K 2.7.1, T 2.4). Diese Annahme ist durch die vorhandenen Orientierungsbüros (z.B. AROSS in NE) begründet, welche in dieser Kantonsgruppe den Zugang zu Alters- und Langzeitpflegestrukturen unter anderem durch Bedarfsabklärungen koordinieren.

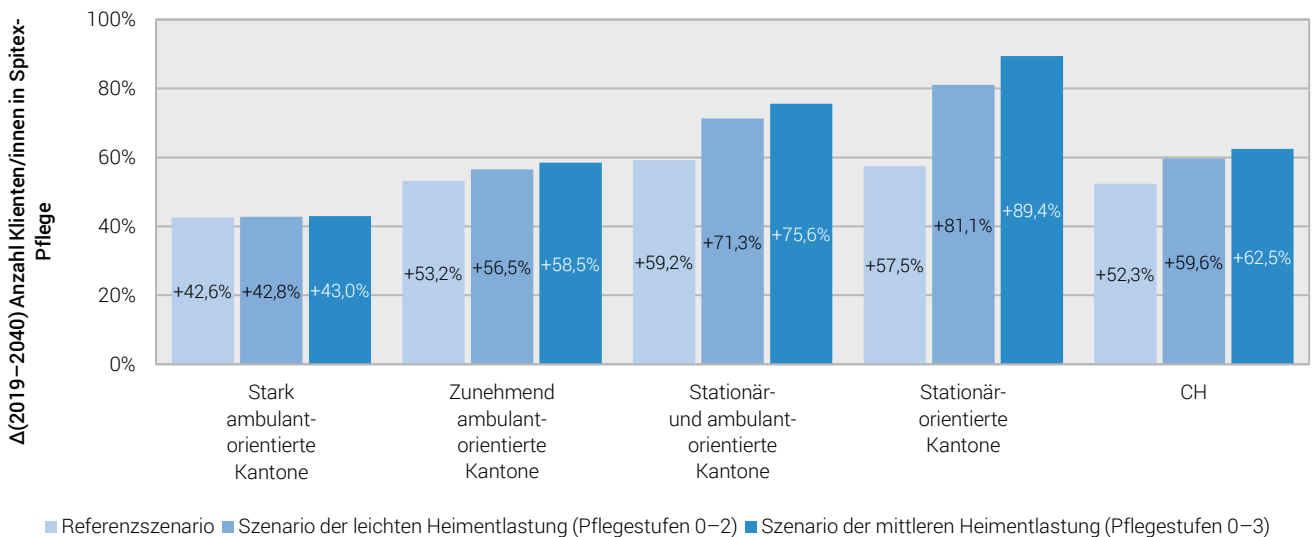
8.4.2 Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und -Betreuung

In der stationär-orientierten Kantonsgruppe ist aufgrund der Substitution mit dem stärksten Wachstum der Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege zu rechnen, während in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe nur eine marginale Auswirkung zu beobachten ist.

In der stationär-orientierten Kantonsgruppe ist vom stärksten Effekt der Substitution auf die Spitex-Pflege auszugehen (siehe Grafik G 8.12). Im Szenario der leichten (+81,1%) und der mittleren Heimentlastung (+89,4%) ist der Anstieg der Anzahl Klientinnen

und Klienten gegenüber dem Referenzszenario (+57,5%) am deutlichsten. Ebenfalls eine deutliche Auswirkung hat die Substitution in der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe zur Folge. Im Szenario der leichten (+71,3%) und der mittleren Heimentlastung (+75,6%) fällt der Anstieg gegenüber dem Referenzszenario (+59,2%) klar höher aus. Vergleichsweise schwach ist der Effekt in der zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe: Im Szenario der leichten (+56,5%) und der mittleren Heimentlastung (+58,5%) zeigt sich der Anstieg gegenüber dem Referenzszenario (+53,2%) nur leicht erhöht. Erneut nahezu keine Auswirkung hat die Substitution in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe: Die Zunahme an Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege unterscheidet sich zwischen den drei Szenarien um lediglich 0,4 Prozentpunkte.

G 8.12 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Pflege nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

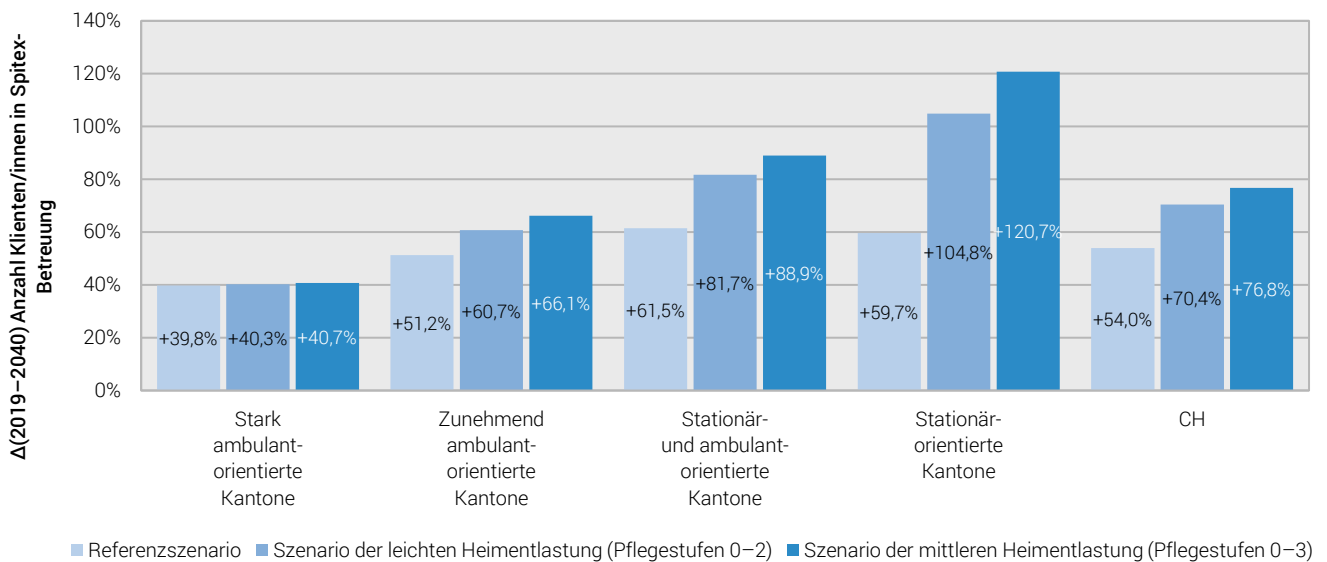
© Obsan 2022

Auch bezüglich der Spitex-Betreuung ist mit den stärksten Auswirkungen in der stationär-orientierten Kantonsgruppe zu rechnen.

In der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** ist der Effekt der Substitution auf die Spitex-Betreuung am stärksten (siehe G 8.13). Im Szenario der leichten (+104,8%) und der mittleren Heimentlastung (+120,7%) fällt der Anstieg der Anzahl Klientinnen und Klienten in der Spitex-Betreuung gegenüber dem Referenzszenario (+59,7%) sehr deutlich aus. In beiden Szenarien der Heimentlastung entspricht der Zuwachs einer Verdoppelung der Klientinnen und Klienten gegenüber 2019. Ebenfalls eine deutliche Auswirkung hat die Substitution auf die **stationär- und ambulante**

orientierten Kantonsgruppe: Im Szenario der leichten (+81,7%) und der mittleren Heimentlastung (+88,9%) ist der Anstieg gegenüber dem Referenzszenario (+61,5%) klar höher. Vergleichsweise schwach präsentiert sich der Substitutionseffekt in der **zunehmend ambulante-orientierten Kantonsgruppe**. Im Szenario der leichten (+60,7%) und der mittleren Heimentlastung (+66,1%) ist der Anstieg gegenüber dem Referenzszenario (+51,2%) nur leicht höher. Erneut nahezu keinen Effekt ist in der **stark ambulante-orientierten Kantonsgruppe** zu sehen. Im Szenario der leichten (+40,3%) und der mittleren Heimentlastung (+40,7%) bleibt der Anstieg gegenüber dem Referenzszenario (+39,8%) nahezu unverändert.

G 8.13 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Betreuung nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulante-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulante-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulante-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

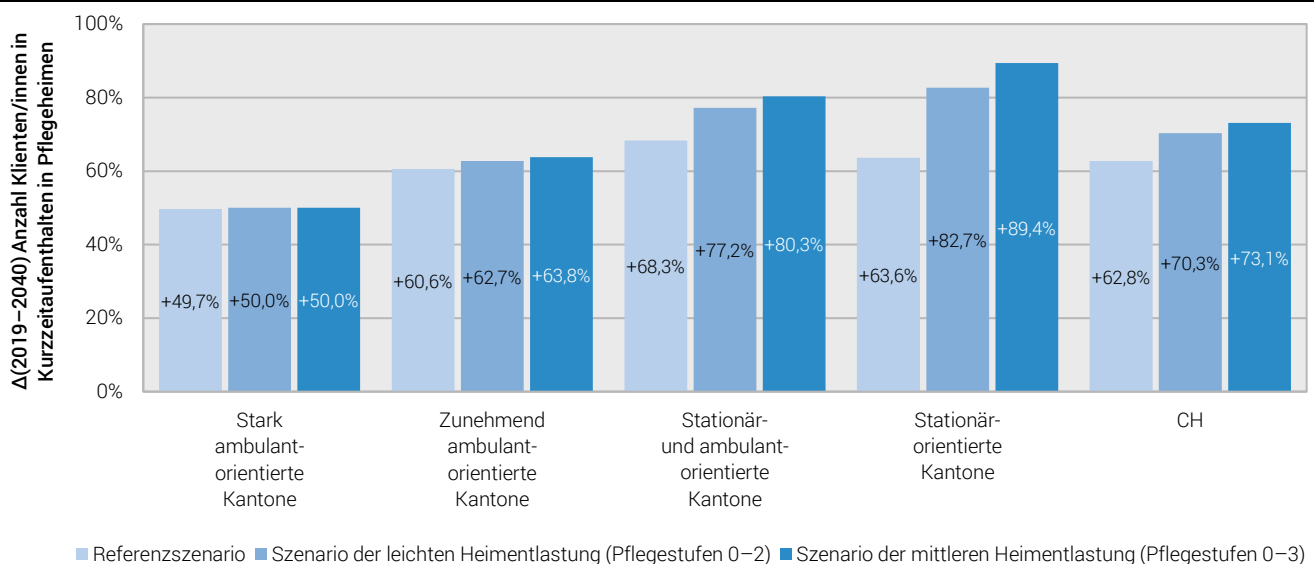
8.4.3 Prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufhalten in Pflegeheimen

Die alternative Versorgung führt nur in eher stationär geprägten Kantonsgruppen zu einem klaren Anstieg der Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufhalten.

In der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** fällt der Effekt der alternativen Versorgung auf die Kurzzeitaufhalte am stärksten aus (siehe G 8.14). Im Szenario der leichten (+82,7%) und der mittleren Heimentlastung (+89,4%) wird der Anstieg der Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufhalten gegenüber dem Referenzszenario (+63,6%) am deutlichsten ansteigen. In der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** ist der Effekt wie

folgt zu erwarten: Im Szenario der leichten (+77,2%) und der mittleren Heimentlastung (+80,3%) wird die Anzahl gegenüber dem Referenzszenario (+68,3%) ebenfalls sichtbar ansteigen. In der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe** ist nur von einer geringen Auswirkung auf die Kurzzeitaufhalte auszugehen: Das Szenario der leichten (+62,7%) und der mittleren Heimentlastung (+63,8%) unterscheidet sich nur um wenige Prozentpunkte vom Referenzszenario (+60,6%). In der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe**, in welcher nur ein geringes Entlastungspotenzial vorhanden ist, zeigt die Substitution keine bedeutende Auswirkung auf die Kurzzeitaufhalte. Die Zunahme an Klientinnen und Klienten ist in beiden Szenarien der Heimentlastung gleich hoch (beide +50,0%) und der Unterschied zum Referenzszenario beträgt nur 0,3 Prozentpunkte.

G 8.14 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Kurzzeitaufhalten in Pflegeheimen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

8.4.4 Prognostizierte Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen

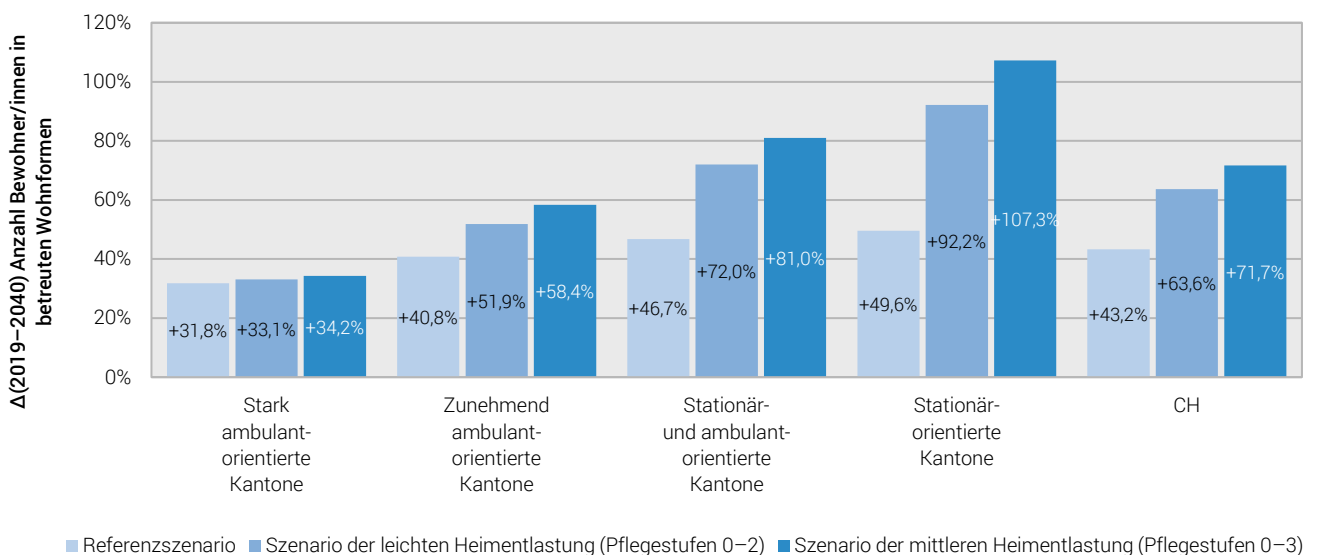
In der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe ist einzig auf die betreuten Wohnformen eine (minimale) Auswirkung der Szenarien der Heimentlastung festzustellen.

Insgesamt haben die Szenarien der Heimentlastung nur eine geringe Auswirkung auf die Alters- und Langzeitpflegestrukturen in der **stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe**: Die betreuten Wohnformen spielen hierbei jedoch eine – wenn auch kleine – Ausnahme (siehe G 8.15). Grund hierfür ist, dass durch eine Heimentlastung die Versorgung anteilmässig mehr durch betreute Wohnformen statt im angestammten Zuhause der Personen substituiert wird (vgl. Verteilungsschlüssel Kapitel 2.7.1, T 2.4). Dementsprechend zeigt sich im Szenario der leichten (+33,1%) und der

mittleren Heimentlastung (+34,2%) gegenüber dem Referenzszenario (+31,8%) ein leichter Anstieg von Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen.

In den drei anderen Kantonsgruppen zeigt sich dasselbe Muster wie in den bisher präsentierten Strukturen: Die stärkste Auswirkung lässt sich in der **stationär-orientierten Kantonsgruppe** erkennen: Im Szenario der leichten (+92,2%) und der mittleren Heimentlastung (+107,3%) ist der Anstieg der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber dem Referenzszenario (+49,6%) am deutlichsten. Ebenfalls deutlich fällt der Anstieg in der **stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe** aus, wo im Szenario der leichten (+72,0%) und der mittleren Heimentlastung (+81,0%) der Zuwachs gegenüber dem Referenzszenario (+46,7%) klar höher ist. Vergleichsweise schwächer fällt der Anstieg in der **zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe** aus: +51,9% im Szenario der leichten und +58,4% im Szenario der mittleren Heimentlastung gegenüber +40,8% im Referenzszenario.

G 8.15 Prognose der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in betreuten Wohnformen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, Referenzszenario* und Szenarien der leichten und mittleren Heimentlastung, 2019–2040



* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan © Obsan 2022

9 Synthese

9.1 Auswirkung der demografischen Alterung auf den Bedarf an Alters- und Langzeitpflege

In den nächsten zwei Jahrzehnten beschleunigt sich die Alterung der Bevölkerung in der Schweiz stark.

Gemäss dem mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung (BFS, 2020c) wird die Bevölkerung 65+ bis ins Jahr 2040 um die Hälfte ansteigen (+52,3%; + 839 784 Personen), während sich die Anzahl der Personen 80+ nahezu verdoppeln wird (+88,3%; +400 376 Personen; siehe T 9.1). Im Vergleich hierzu wird die Bevölkerung unter 65 Jahren deutlich weniger stark wachsen (+8,1%). Diese demografische Entwicklung ist zwar keine neue Tatsache, allerdings führt deren Geschwindigkeit dazu, dass der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in den kommenden Jahren stark und schnell zunehmen wird. Dies gerade auch, weil die ersten Kohorten der Babyboomer in die Altersklasse 80+ eintreten und zunehmend mehr Alters- und Langzeitpflege beanspruchen werden.

In den nächsten Abschnitten werden die strukturspezifischen Bedarfsprognosen im Referenzszenario⁴⁴ gezeigt, welches die Bedarfsentwicklung ausschliesslich aufgrund der demografischen Entwicklung prognostiziert und von einer unveränderten

Versorgungspolitik ausgeht (d.h., die Inanspruchnahmeraten bleiben gleich wie im Referenzjahr 2019 beobachtet).

T 9.1 Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung, 2019–2040

Bevölkerungsentwicklung (2019–2040)	Δ (%)
Personen <65	+8,1%
Personen 65+	+52,3%
Personen 80+	+88,3%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung bis ins Jahr 2040 um die Hälfte (+56%) steigen

Die demografische Entwicklung führt bei gleichbleibender Pflegedauer⁴⁵ zu einem **zusätzlichen Bedarf von +55,6%** über alle berücksichtigten Strukturen hinweg (siehe T 9.2). Je nach gesundheitlicher Entwicklung der älteren Bevölkerung, streut dieser Bedarfsanstieg von +47,1% (bei verkürzter Pflegedauer) bis zu maximal +64,8% (bei verlängerter Pflegedauer).

⁴⁴ Das Referenzszenario wird als Benchmark-Szenario betrachtet, welches die folgenden drei Entwicklungen kombiniert: mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und eine unveränderte Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege.

⁴⁵ Die epidemiologische Entwicklung bezieht sich auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit, welche entweder gleichbleibt (Annahme des Referenzszenarios), sich verkürzt (optimistische Annahme der Morbiditätskompression) oder sich verlängert (pessimistische Annahme einer Morbiditätsexpansion).

T 9.2 Prognose der Anzahl Bewohner/innen und Klienten/innen in den berücksichtigten Strukturen, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, drei epidemiologische Szenarien und unter unveränderter Versorgungspolitik, Schweiz, 2019 und 2040

	Referenzjahr	Szenario der verkürzten Pflegedauer			Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer			Szenario der verlängerten Pflegedauer		
	2019	2040			2040			2040		
	<i>n</i>	<i>n</i>	Δ (<i>n</i>)	Δ (%)	<i>n</i>	Δ (<i>n</i>)	Δ (%)	<i>n</i>	Δ (<i>n</i>)	Δ (%)
Pflegeheime: Bewohner/innen	86 136	136 717	+50 581	+58,7%	145 760	+59 624	+69,2%	155 784	+69 648	+80,9%
Spitex-Pflege: Klienten/innen	194 843	281 391	+86 548	+44,4%	296 764	+101 921	+52,3%	313 247	+118 404	+60,8%
Spitex-Betreuung: Klienten/innen	87 112	127 037	+39 925	+45,8%	134 150	+47 038	+54,0%	141 769	+54 657	+62,7%
Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen: Klienten/innen	1 979	3 064	+1 085	+54,8%	3 221	+1 242	+62,8%	3 385	+1 406	+71,0%
Betreute Wohnformen: Bewohner/innen	32 731	44 461	+11 730	+35,8%	46 885	+14 154	+43,2%	49 639	+16 908	+51,7%
Total	402 801	592 670	+189 869	+47,1%	626 780	+223 979	+55,6%	663 824	+261 023	+64,8%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Bis 2040 werden in Pflegeheimen bei unveränderter Versorgungspolitik +54 335 zusätzliche Langzeitbetten benötigt.

Im Referenzszenario führt die demografische Entwicklung in Pflegeheimen zu einem Zuwachs von +59 624 Personen (+69,2%), was im Jahr 2040 einem Bedarf an 145 760 Langzeitbetten entspricht (siehe T 9.2). Wird dieser zukünftige Bedarf mit dem 2019 verfügbaren Angebot von 91 425 Langzeitbetten verglichen, so ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf an **+54 335 Langzeitbetten**. Bei einem durchschnittlichen Angebot von 59 Langzeitbetten pro Pflegeheim⁴⁶, würde dies +921 zusätzlichen Pflegeheimen entsprechen.

Unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Entwicklung der älteren Bevölkerung, könnte der Bedarf von mindestens +45 292 (bei verkürzter Pflegedauer) auf maximal +64 359 (bei verlängerter Pflegedauer) zusätzliche Langzeitbetten ansteigen. Ersteres könnte +767 und letzteres +1 090 zusätzlichen Pflegeheimen entsprechen.

Der Bedarfsanstieg fällt in Pflegeheimen am stärksten aus, was auf die Altersstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner zurückzuführen ist. Verglichen mit anderen Strukturen weisen Pflegeheime einen höheren Anteil an Personen 80+ aus und es ist gerade diese Bevölkerungsgruppe, welche in den nächsten Jahren stark wachsen wird (siehe T 9.2).

Bis ins Jahr 2040 wächst der Bedarf in der Spitex-Pflege und der Spitex-Betreuung um die Hälfte, was +101 921 respektive +47 038 zusätzlichen Klientinnen und Klienten entspricht.

In der Spitex-Pflege führt die demografische Entwicklung bis ins Jahr 2040 zu einem Zuwachs von **+101 921 Klientinnen und Klienten** (+52,3%) auf insgesamt 296 764 Personen (siehe T 9.2). Bei optimistischer gesundheitlicher Entwicklung (d.h. bei verkürzter Pflegedauer) führt dies zu einem Zuwachs von +86 548 Klientinnen und Klienten (+44,4%), während es bei pessimistischer gesundheitlicher Entwicklung (d.h. bei verlängerter Pflegedauer) zu einem maximalen Zuwachs von +118 404 Klientinnen und Klienten (+60,8%) führt.

In einem ähnlichen Ausmass bewegt sich die prozentuale Entwicklung der Spitex-Betreuung. Bei gleichbleibender Pflegedauer steigen die Klientinnen und Klienten um +47 038 Personen an, was einem Anstieg von +54,0% entspricht (siehe T 9.2). Bei optimistischer gesundheitlicher Entwicklung beläuft sich der Zuwachs auf +39 925 zusätzliche Klientinnen und Klienten (+45,8%), während es bei pessimistischer Entwicklung +54 657 zusätzliche Klientinnen und Klienten (+62,7%) sind.

Der Bedarf an Kurzzeitaufenthalten wird bis ins Jahr 2040 um +63% ansteigen, was +1 242 neuen Betten entspricht.

Im Referenzszenario steigt die Anzahl Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufenthalten auf 3 221 Personen an, was einem Zuwachs von **+1 242 Betten**⁴⁷ (+62,8%) bis ins Jahr 2040 entspricht (siehe

⁴⁶ Diese Schätzung resultiert aus den verfügbaren Pflegeheimbetten für die ältere Bevölkerungsgruppe und der Anzahl im Prognosemodell berücksichtigter Pflegeheime (BFS, 2019b).

⁴⁷ Da die Klientinnen und Klienten für ihre Aufenthaltsdauer im Referenzjahr gewichtet werden, können die prognostizierte Anzahl Klientinnen

und Klienten mit den zukünftig benötigten Kurzzeitbetten gleichgesetzt werden (vgl. Kapitel 2).

T 9.2). Unter Betrachtung der epidemiologischen Entwicklung variiert der Zuwachs zwischen minimal +1 085 (bei verkürzter Pflegedauer) bis maximal +1 406 Betten (bei verlängerter Pflegedauer).

Die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnformen könnte um +43% steigen, was +13 353 zusätzlichen Wohnungen entspricht.

Die demografische Alterung führt im Referenzszenario in betreuten Wohnformen zu einem Zuwachs von **+14 154 Bewohnerinnen und Bewohnern** (+43,2%; siehe T 9.2). Bei einer durchschnittlichen Anzahl von 1,06 Personen pro betreuter Wohnung⁴⁸ entspricht dies **+13 353 neuen Wohnungen** auf die im Referenzjahr 2019 bereits vorhandenen 30 814 Wohnungen. Der Zuwachs könnte bei verkürzter Pflegedauer mit +11 730 Personen etwas niedriger ausfallen, während bei verlängerter Pflegedauer mit +16 908 Personen zu rechnen wäre. Ersteres würde +11 066 zusätzlichen Wohnungen entsprechen, während letzteres. +15 951 zusätzliche Wohnungen sind.

Verglichen mit den anderen Alters- und Langzeitpflegestrukturen fällt das Bedarfswachstum bei den betreuten Wohnformen am schwächsten aus (siehe T 9.2). Dies ist darauf zurückzuführen, dass hier der Anteil der 65- bis 79-jährigen Personen deutlich höher ist als beispielsweise in Pflegeheimen (49,0% versus 20,1%, siehe T 3.3) und gerade diese Altersklasse weniger stark wächst als die Altersklasse 80+ (siehe T 4.1).

9.2 Auswirkung einer alternativen Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen

Eine häufig diskutierte Massnahme, um sowohl den Bau neuer Pflegeheime zu begrenzen als auch dem Wunsch der älteren Bevölkerung gerecht zu werden, so lange wie möglich im angestammten Zuhause zu leben, ist die Entwicklung von Alternativen zu den Pflegeheimen. Diese Massnahme wird in diesem Bericht anhand der beiden Szenarien der Heimentlastung analysiert.

Innerhalb dieser beiden Szenarien wird simuliert, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in den berücksichtigten

Strukturen verändern würde, wenn die Mehrzahl⁴⁹ der heutigen leichtpflegebedürftigen Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner alternativ versorgt werden und zukünftig nicht mehr in ein Pflegeheim eintreten würden. Das Szenario orientiert sich an der Anzahl Personen in den Pflegestufen 0 bis 2 (maximal 40 Minuten Pflege täglich; Szenario der leichten Heimentlastung) beziehungsweise in den Pflegestufen 0 bis 3 (maximal 60 Minuten Pflege täglich; Szenario der mittleren Heimentlastung). Logischerweise erfordert eine Entlastung der Pflegeheime zusätzliche Kapazitäten in anderen Strukturen, was in beiden Szenarien durch Substitutionsflüsse simuliert wird (siehe Kapitel 2 für eine detaillierte Ausführung zu den Hypothesen bezüglich der Substitutionsflüsse).

Der Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten könnte um -10 111 bis -14 014 Einheiten reduziert werden, sofern für leichtpflegebedürftige Personen Alternativen zu Pflegeheimen ausgebaut werden.

Ziehen leichtpflegebedürftige Personen zukünftig mehrheitlich nicht mehr ins Pflegeheim, so würde sich – verglichen mit dem Referenzszenario – die Anzahl zusätzliche Bewohnerinnen und Bewohner um **-10 111 Personen** (-6,9% für Pflegestufen 0 bis 2) respektive um **-14 014 Personen** (-9,6% für Pflegestufen 0 bis 3; siehe T 9.3) reduzieren. In anderen Worten, der Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten lässt sich gegenüber dem Referenzszenario um -10 111 bis -14 014 Einheiten senken. Bei einem durchschnittlichen Angebot von 59 Betten pro Pflegeheim⁵⁰, könnte sich die Zahl der zusätzlich benötigten Pflegeheime schätzungsweise von +921 (Referenzszenario) auf +750 (Pflegestufen 0 bis 2) bis +683 Pflegeheime (Pflegestufe 0 bis 3) reduzieren.

Trotz alternativer Versorgung leichtpflegebedürftiger Personen bleibt in beiden Szenarien der Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten hoch. Es müssten jährlich zwischen +2 106 (Pflegestufen 0 bis 2) und +1 920 (Pflegestufe 0 bis 3) neue Langzeitbetten zur Verfügung gestellt werden, um trotz alternativer Versorgung leichtpflegebedürftiger Personen den nötigen Bedarf an Alters- und Langzeitpflege zu decken. Ein Vergleich mit der vergangenen Entwicklung verdeutlicht diesen grossen Anstieg: Zwischen 2014 und 2020 stieg das Angebot an neuen Langzeitbetten im Mittel um ungefähr +600 Einheiten jährlich.

⁴⁸ Berechnung auf Basis der Ecoplan-Daten zu intermediären Strukturen (Werner et al. 2021).

⁴⁹ Mit Ausnahme von einem Sockel an Personen, welche beispielsweise aus medizinischen Gründen nicht ausserhalb eines Pflegeheims versorgt werden können. Die Sockelwerte wurden zusammen mit den Expertinnen und Experten definiert

⁵⁰ Diese Schätzung resultiert aus den verfügbaren Pflegeheimbetten für die Bevölkerung 65+ und der Anzahl im Prognosemodell berücksichtigter Pflegeheime (BFS, 2019b).

T 9.3 Effekt der Szenarien der Heimentlastung auf die Spitex und die intermediären Strukturen im Vergleich zum Referenzszenario*, Schweiz, 2040

Bewohner/innen respektive Klienten/innen in den Alters- und Langzeitpflegestrukturen	Referenzszenario	Szenario der leichten Heimentlastung	Differenz zwischen Szenario der leichten Heimentlastung und Referenzszenario		Szenario der mittleren Heimentlastung	Differenz zwischen Szenario der mittleren Heimentlastung und Referenzszenario	
	<i>n</i>	<i>n</i>	Δ (<i>n</i>)	Δ (%)	<i>n</i>	Δ (<i>n</i>)	Δ (%)
Pflegeheime	145 760	135 649	-10 111	-6,9%	131 746	-14 014	-9,6%
Zusätzlicher Bettenbedarf	+54 335	+44 224	-10 111		+40 321	-14 014	
▼ Effekt der Heimentlastung auf die Spitex und die intermediären Strukturen ▼							
Spitex-Pflege	296 764	311 065	+14 301	+4,8%	316 588	+19 824	+6,7%
Spitex-Betreuung	134 150	148 451	+14 301	+10,7%	153 974	+19 824	+14,8%
Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen	3 221	3 371	+150	+4,7%	3 425	+204	+6,3%
Betreute Wohnformen	46 885	53 562	+6 677	+14,2%	56 190	+9 305	+19,8%

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, epidemiologisches Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und unter unveränderter Versorgungspolitik der Alters- und Langzeitpflege.

Anmerkungen: Die Anzahl der neuen Klienten/innen in der Spitex entspricht nicht eins zu eins der Anzahl der substituierten Bewohner/innen der Pflegeheime (-10 111 versus +14 301 respektive -14 014 versus +19 824 Personen). Grund hierfür ist, dass Bewohner/innen in Pflegeheimen in Vollzeitäquivalenten gezählt werden (d.h. sie wurden für ihre Aufenthaltsdauer gewichtet), während die Klienten/innen in der Spitex einzeln gezählt und nicht gewichtet werden. Entsprechend müssen die Bewohner/innen der Pflegeheime bei einer Substitution transformiert werden, um den Klienten/innen der Spitex zu entsprechen.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030); Werner et al., 2021 / Auswertung Obsan © Obsan 2022

Für die Spitex bedeutet die alternative Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen einen zusätzlichen Anstieg um +14 301 bis zu +19 824 Klientinnen und Klienten.

Der Bedarf an Kurzeaufenthalten wächst aufgrund der alternativen Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen um zusätzliche +150 respektive +204 Betten an.

Eine Entlastung der Pflegeheime bedeutet eine Verlagerung der Personen in andere Alters- und Langzeitpflegestrukturen, da nicht mehr in ein Pflegeheim eintretende Personen prinzipiell im angestammten Zuhause oder in einer betreuten Wohnform durch die Spitex versorgt werden.

Werden Personen der Pflegestufen 0 bis 2 zukünftig durch die Spitex versorgt, so würde dies gegenüber dem Referenzszenario zu einem zusätzlichen Anstieg von **+14 301 Klientinnen und Klienten** in der Spitex-Pflege und der Spitex-Betreuung führen (siehe T 9.3).⁵¹ Bei einer alternativen Versorgung der Pflegestufen 0 bis 3 sind es **+19 824 zusätzliche Klientinnen und Klienten**. Gegenüber den im Referenzszenario prognostizierten 296 764 Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege, bedeutet dies einen zusätzlichen Anstieg von +4,8% respektive +6,7%. In der Spitex-Betreuung fällt der zusätzliche Anstieg doppelt so hoch aus (+10,7% respektive +14,8%), da die substituierten Personen im Verhältnis zur ursprünglichen Anzahl Klientinnen und Klienten stärker ins Gewicht fallen.

Die Kurzeaufenthalte in Pflegeheimen dienen pflegenden Angehörigen als temporäre Entlastungsstruktur, die in herausfordernden Zeiten (wie beispielsweise nach einem stationären Spitalaufenthalt der zu pflegenden Person) genutzt werden können. Da die Szenarien der Heimentlastung zu einem Anstieg der zuhause lebenden pflegebedürftigen Personen führen, ist damit auch ein Anstieg der Inanspruchnahme der Kurzeaufenthalte in Pflegeheimen zu erwarten.

Gegenüber dem Referenzszenario führt das Szenario der leichten Heimentlastung zu einem zusätzlichen Anstieg von **+150 Betten**⁵² (+4,7%), während das Szenario der mittleren Heimentlastung in einem zusätzlichen Anstieg von **+204 Betten** (+6,3%) resultiert.

Auch die betreuten Wohnformen würden aufgrund der alternativen Versorgung einen zusätzlichen Anstieg erfahren: +6 677 bis +9 305 neue Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber dem Referenzszenario.

Bei einer Entlastung der Pflegeheime muss berücksichtigt werden, dass in einigen Fällen aus gesundheitlichen Gründen ein Eintritt

⁵¹ Der Zuwachs an Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege und der Spitex-Betreuung ist in absoluten Zahlen identisch, da eine leichtpflegebedürftige Person, die zukünftig nicht mehr ins Pflegeheim eintritt, jeweils Pflege- und Betreuungsleistungen der Spitex beanspruchen wird.

⁵² Da die Klientinnen und Klienten für ihre Aufenthaltsdauer im Referenzjahr gewichtet werden, können die zusätzlichen Personen mit den zusätzlich benötigten Kurzzeitbetten gleichgesetzt werden (vgl. Kapitel 2)

in eine betreute Wohnform eine angemessenere Versorgung ermöglicht als ein Verbleib im angestammten Zuhause. Die Gründe hierfür sind unter anderem der altersgerechte und barrierefreie Ausbau von betreuten Wohnformen, aber auch die Einbettung in soziale Gefüge, welche im angestammten Zuhause durchaus fehlen können. Folglich wurde in der Modellierung der Substitution ein Verteilungsschlüssel angewendet, welcher die prozentuale Aufteilung der leichtpflegebedürftigen Personen zwischen den betreuten Wohnformen und dem angestammten Zuhause regelt (vgl. Kapitel 2.7.1).

Bei betreuten Wohnformen führt die Substitution der Pflegestufen 0 bis 2 zu einem zusätzlichen Anstieg von **+6 677 Bewohnerinnen und Bewohnern** (+14,2%) gegenüber dem Referenzszenario, während die Substitution der Pflegestufen 0 bis 3 zu einem zusätzlichen Anstieg von **+9 305 Bewohnerinnen und Bewohnern** (+19,8%) führt (siehe T 9.3). In anderen Worten werden, verglichen mit dem Referenzszenario, in welchem bis ins Jahr 2040 ungefähr +13 353 zusätzliche betreute Wohnformen benötigt werden, in der leichten und der mittleren Heimentlastung deutlich mehr solcher Wohnungen benötigt: +19 652 respektive +22 131 zusätzliche betreute Wohnungen.

9.3 Regionale Unterschiede

Die Schweizer Kantone unterscheiden sich in ihrer Demografie und ihrer Versorgungspolitik sowie der daraus resultierenden Beschaffenheit der Alters- und Langzeitpflegestrukturen. Folglich zeigt die demografische Alterung der Bevölkerung oder eine Umsetzung von versorgungspolitischen Massnahmen auch unterschiedliche Auswirkungen auf die Bedarfsprognosen in den verschiedenen Regionen. Um diese Unterschiede zu berücksichtigen, wurden Kantone mit einer möglichst ähnlichen Versorgungspolitik im Bereich Alters- und Langzeitpflege mit Hilfe einer Clusteranalyse zu vier Kantonsgruppen zusammengefasst:⁵³

- stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe (GE, JU, NE, TI und VD);
- zunehmend ambulant-orientierte Kantonsgruppe (BE, BS, FR und VS);
- stationär- und ambulant-orientierte Kantonsgruppe (AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH);
- stationär-orientierte Kantonsgruppe (AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR).

Am schwächsten wächst die Bevölkerung 65+ in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe, während sie in der stationär-orientierten Kantonsgruppe am stärksten ansteigt.

Das schwächste Bevölkerungswachstum 65+ (+44,1%) bis ins Jahr 2040 zeigt die stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe (siehe T 8.4). Gründe sind unter anderem die negative interregionale Binnenwanderung sowie die vergleichsweise hohe Anzahl Auswanderungen im Rentenalter (BFS, 2020c). Im Vergleich hierzu wächst die Bevölkerung 65+ in der zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe in einem ähnlichen Ausmass (+47,2%), während allerdings die Bevölkerung 80+ deutlich stärker zunimmt (+89,9% versus +67,3% in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe). Das deutlichste Wachstum der Bevölkerung 65+ ist in der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe (+57,0%) sowie der stationär-orientierten Kantonsgruppe (+59,6%) zu beobachten. In diesen beiden Kantonsgruppen verdoppelt sich die Bevölkerung 80+ nahezu (+95,6% respektive +98,6%).

Die demografische Alterung führt in eher stationär geprägten Kantonsgruppen zum deutlichsten Bedarfsanstieg, während der Bedarf in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe am schwächsten ausfällt.

Obwohl die stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe einen hohen Anteil an Personen 80+ in Alters- und Langzeitpflegestrukturen aufweist, führt hier das schwache Wachstum der gruppenspezifischen älteren Bevölkerung zum vergleichsweise tiefsten Bedarfsanstieg bis ins Jahr 2040. Die Anstiege bewegen sich zwischen 31,8% für betreute Wohnformen bis zu 54,7% für Pflegeheime (siehe Kapitel 8.3, G 8.5 bis G 8.10).

Am stärksten steigt der Bedarf in der stationär-orientierten Kantonsgruppe oder in der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe, wobei der erste respektive zweite Rang jeweils von der unterschiedlichen Altersstruktur innerhalb einer Struktur abhängig ist. In Pflegeheimen ist der Bedarfsanstieg mit +75,4% respektive +75,7% nahezu identisch, während der Bedarf an betreuten Wohnformen in der stationär-orientierten Kantonsgruppe leicht stärker ansteigt (+49,6% versus +46,7%). In der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe ist der Bedarfsanstieg in der Spitex-Pflege (+59,2% gegenüber +57,5%), in der Spitex-Betreuung (+61,5% gegenüber +59,7%) und in Kurzzeitaufenthalte (+68,3% gegenüber +63,6%) jeweils höher.

Die zunehmend ambulant-orientierte Kantonsgruppe weist für alle berücksichtigten Strukturen den jeweils dritt höchsten Bedarfsanstieg aus. Dieser liegt jeweils sehr nahe am gesamtschweizerischen Durchschnitt und bewegt sich zwischen 40,8% (betreute Wohnformen) bis 66,5% (Pflegeheime).

⁵³ Indikatoren dafür waren die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime, die Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege und der Anteil der leichtpflegebedürftigen Personen in den Pflegeheimen.

In der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe ist das alternative Versorgungspotenzial von leichtpflegebedürftigen Personen bereits stark ausgeschöpft, während in stationär geprägten Kantonsgruppen noch Potenzial besteht.

Das Potenzial zur alternativen Versorgung von leichtpflegebedürftigen Personen ausserhalb der Pflegeheime ist nicht in allen Kantonsgruppen dasselbe. Gerade in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe, in welcher der Anteil leichtpflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen vergleichsweise tief ist, zeigt diese versorgungspolitische Massnahme nahezu keine Auswirkung auf den Bedarfsanstieg der nächsten Jahre. Durch eine Substitution lässt sich der Bedarfsanstieg im Vergleich mit dem Referenzszenario (+54,7%) um ungefähr einen Prozentpunkt senken: +54,3% sofern die Pflegestufen 0 bis 2 alternativ versorgt werden oder +53,8% bei alternativer Versorgung der Pflegestufen 0 bis 3 (siehe G 8.11 für eine Visualisierung). Angenommen in dieser Kantonsgruppe wäre, aufgrund der Verwendung von PLAISIR als Evaluationsinstrument, eine alternative Versorgung bis zur Pflegestufen 4 denkbar, würde dies einem Wachstum von +52,8% entsprechen (vgl. Anhang 12.3).

Auch in der zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe besteht nur leichtes Potenzial zur alternativen Versorgung leichtpflegebedürftiger Personen. Durch eine Substitution lässt sich der Bedarfsanstieg im Vergleich mit dem Referenzszenario (+66,5%) auf +60,9% reduzieren, sofern die Pflegestufen 0 bis 2 alternativ versorgt werden, oder auf +57,6% bei alternativer Versorgung der Pflegestufen 0 bis 3 (siehe G 8.11).

Demgegenüber fällt dieses Potenzial in den beiden stationär geprägten Kantonsgruppen am höchsten aus. Beispielsweise lässt sich der Bedarfsanstieg in der stationär-orientierten Kantonsgruppe von +75,7% (im Referenzszenario) auf +52,8% senken, wenn leichtpflegebedürftige Personen der Pflegestufen 0 bis 2 zukünftig nicht mehr ins Pflegeheim eintreten. Gar auf +44,8% lässt sich der Bedarf senken, wenn Personen der Pflegestufen 0 bis 3 zukünftig alternativ versorgt werden.

Eine alternative Versorgung von leichtpflegebedürftigen Personen würde vor allem in stationär geprägten Kantonsgruppen einen starken Bedarfsanstieg in der Spitex und den intermediären Strukturen bedeuten.

In der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe zeigt die alternative Versorgung von leichtpflegebedürftigen Personen – wie bereits im Bereich der Pflegeheime – nahezu keine Auswirkung auf die Bedarfsprognosen in der Spitex, in Kurzzeitaufenthalten und in betreuten Wohnformen (siehe Kapitel 8.4, G 8.12 bis G 8.15).

In der stationär-orientierten Kantonsgruppe, in welcher das alternative Versorgungspotenzial am höchsten ausfällt, zeigen sich die stärksten Auswirkungen bis ins Jahr 2040. Im Vergleich mit dem Referenzszenario (+57,5%) steigt der Bedarf in der Spitex-Pflege bei einer alternativen Versorgung der Pflegestufen 0 bis 2 auf +81,1%, während es bei den Pflegestufen 0 bis 3 gar +89,4% sind (siehe G 8.12). In der Spitex-Betreuung ist mit einem doppelt

so hohen Bedarf zu rechnen: +59,7% im Referenzszenario versus +104,8% im Szenario der leichten Heimentlastung und +120,7% im Szenario der mittleren Heimentlastung (siehe G 8.13). In der stationär- und ambulant-orientierten Kantonsgruppe sind diese Anteile bei einer alternativen Versorgung um mindestens –10 Prozentpunkte (im Bereich der Spitex-Pflege) respektive um –20 bis fast –30 Prozentpunkte (im Bereich der Spitex-Betreuung) niedriger.

In der zunehmend ambulant-orientierten Kantonsgruppe lässt sich die stärkste Auswirkung der alternativen Versorgung auf den Bereich der betreuten Wohnformen finden. Die Verlagerung der Pflegestufen 0 bis 2 respektive 0 bis 3 führt gegenüber dem Referenzszenario (+40,8%) zu einem zukünftigen Bedarf von +51,9% respektive +58,4% (siehe G 8.15).

9.4 Ausbau der betreuten Wohnformen

Dieses Szenario geht davon aus, dass die Nachfrage nach betreuten Wohnformen derzeit höher ist als die tatsächlich beobachtete Nachfrage im Referenzjahr 2019. Es postuliert folglich die Existenz einer unbefriedigten Nachfrage. Dieses Szenario ist unabhängig von den vorangehenden Szenarien und basiert auf den nachfolgenden Beobachtungen. In vielen Regionen würden zunehmend pflegebedürftige ältere Menschen gerne in eine betreute Wohnform ziehen, aber das erforderliche Angebot ist nicht vorhanden oder ist aus finanziellen Gründen nicht verfügbar. Daher simuliert dieses Szenario einen zukünftigen Bedarf unter der Annahme, dass die tatsächlich beobachtete Nachfrage von 2% um eineinhalb Mal so hoch ist. Es wird also von einer Nachfrage von 3% ausgegangen.

Unter der Annahme einer Inanspruchnahmerate von 3% werden bis ins Jahr 2040 insgesamt +35 469 neue betreute Wohnungen benötigt, was +22 116 Wohnungen mehr sind, als unter der aktuell beobachteten Inanspruchnahmerate von 2%.

Im Referenzjahr 2019 leben insgesamt 32 731 Personen in betreuten Wohnformen (siehe T 9.2). Bei einer geschätzten Inanspruchnahmerate von 3,0% ist mit **+37 597 neuen Bewohnerinnen und Bewohnern** bis ins Jahr 2040 zu rechnen, was insgesamt 70 328 Personen sind und mehr als einer Verdoppelung (+114,9%) entspricht. Bei einer durchschnittlichen Belegung von 1,06 Personen pro Wohnung entspricht dies +35 469 zusätzlichen Wohnungen. Im Vergleich mit dem Referenzszenario, in welchem +13 353 neue Wohnungen bis ins Jahr 2040 benötigt werden, sind dies +22 116 Wohnungen mehr.

10 Diskussion

10.1 Bedeutung der Ergebnisse

10.1.1 Eine Herausforderung für alle Alters- und Langzeitpflegestrukturen

Das Ausmass und die Geschwindigkeit des Bedarfswachstums in den nächsten zwei Jahrzehnten sollte unsere Aufmerksamkeit erregen.

Die Prognosen zeigen einen deutlichen Anstieg des Bedarfs an Alters- und Langzeitpflege. Dieses Ergebnis ist nicht völlig neu, da sowohl frühere Prognosen des Obsan (Weaver et al., 2008) wie auch eine Studie der Credit Suisse (Hürzeler et al., 2015) bereits darauf hingewiesen haben. Was hingegen unsere Aufmerksamkeit erregen muss, ist das Ausmass und die Geschwindigkeit dieses Bedarfsanstiegs über die nächsten beiden Jahrzehnte. Die ältere Bevölkerung wächst zwischen 2020 und 2040 durchschnittlich stärker als zwischen 2010 und 2020. Hierbei fällt vor allem die Entwicklung der für die Alters- und Langzeitpflege bedeutsamen Altersklasse 80+ sehr unterschiedlich aus: Zwischen 2010 und 2020 wurde ein Wachstum von +25% beobachtet gegenüber einem prognostizierten Wachstum von +42% zwischen 2020 und 2030 beziehungsweise +83% zwischen 2020 und 2040. Aufgrund dieser Bevölkerungsentwicklung erreicht der Bedarfsanstieg im Jahr 2025 bereits +15% und betrifft alle Alters- und Langzeitpflegestrukturen. Hier ist zu bemerken, dass der Effekt der Babyboomer auch nach 2040 anhält. Die Zahl der Personen 80+ steigt bis ins Jahr 2050 weiter an und wird laut demografischen Prognosen nicht vor 2070 rückläufig sein (BFS, 2020c).

Der wachsende Bedarf: eine organisatorische und personelle Herausforderung

Dieser Bericht schätzt bis ins Jahr 2040, je nach Szenario, einen Bedarf an 683 bis 921 zusätzlichen Pflegeheimen.⁵⁴ In vielen Kantonen sind bereits Bau- oder Ausbauprojekte in der Umsetzung, wird aber bei der Inbetriebnahme von einer Vorlaufzeit von etwa 8 bis 10 Jahren ausgegangen, so stellt sich die Frage, ob das zukünftig benötigte Platzangebot zeitgerecht zur Verfügung stehen

wird. Zusätzlich kommen gemäss Expertinnen und Experten weitere kantonsspezifische Herausforderungen hinzu: In sehr dicht besiedelten Kantonen mangelt es an der Verfügbarkeit von Grund und Boden oder es fehlen teilweise Investitionsanreize für private Bauträger.

Während der steigende Bedarf in Pflegeheimen eine echte Herausforderung darstellt, wird es auch für die Spitex schwierig sein, mit dem steigenden Bedarf Schritt zu halten. Im Jahr 2040 müssen, gemäss Referenzszenario, durch die Spitex 101 921 zusätzliche Klientinnen und Klienten (+52%) gepflegt werden. Unter der Annahme, dass die Anzahl der VZÄ pro Klientin und Klient konstant bleibt, müssten über +8 000 zusätzliche Pflege- und Betreuungspersonen rekrutiert werden (vgl. Merçay et al., 2021).⁵⁵ Der Personalmangel ist im Spitex-Bereich bereits heute ein Hindernis für die Entwicklung dieser Dienstleistungen.

Diese Problematik gilt ebenfalls für Pflegeheime, in welchen über +35 000 zusätzliche Pflege- und Betreuungspersonen benötigt werden, um die Pflege sicherzustellen (vgl. Merçay et al., 2021). Ausserdem ist es laut SHURP-Studie schwierig, Personal für Pflegeheime zu rekrutieren und zu erhalten (Favez & Zúñiga, 2021). Die Umsetzung der Pflegeinitiative könnte eine abfedernde Wirkung haben.

Wenn es an professionellen Ressourcen mangelt, werden wahrscheinlich die Familien und Angehörigen – insbesondere Frauen – stärker beansprucht. Abgesehen von der Frage nach der Überlastung der pflegenden Angehörigen werden durch die informelle Pflege auch Ressourcen auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen; und dies gerade in einer Zeit, in der sich ein Arbeitskräftemangel abzeichnet. Die Welle der Babyboomer stellt daher nicht nur eine Herausforderung für den Sektor der Alters- und Langzeitpflege dar, sondern darüber hinaus auch für andere Wirtschaftssektoren und Familien.

Neben dem Bedarf an Pflegeheimen und an Spitex wird auch der Bedarf an intermediären Strukturen steigen. Im Referenzszenario wird mit +13 353 zusätzlichen betreuten Wohnungen gerechnet, um den aktuellen Bestand (von 30 787 betreuten Wohnungen) zu ergänzen. Des Weiteren kommen bis 2040 insgesamt +1 242 zusätzliche Kurzzeitbetten in Pflegeheimen hinzu.

Insgesamt werfen diese Bedarfsprognosen einmal mehr die Frage auf, mit welchem Leistungsmix dem stark steigenden Pflegebedarf qualitativ und ressourcenmässig optimal begegnet werden kann. Die ambulante Pflege ermöglicht es, den Eintritt in ein

⁵⁴ Unter der Annahme einer durchschnittlichen Anzahl von 59 Langzeitbetten pro Pflegeheim.

⁵⁵ Ungefähr 88% der +9 000 bis ins Jahr 2035 benötigten VZÄ der Spitex versorgen Klientinnen und Klienten 65+ (vgl. Merçay et al., 2021)

Pflegeheim hinauszuzögern und ist unerlässlich, wenn es an stationären Langzeitpflegeplätzen mangelt. Sie erfordert jedoch erhebliche personelle, organisatorische sowie finanzielle Ressourcen und birgt zudem Gefahren wie beispielsweise die soziale Isolation oder eine Überlastung der pflegenden Angehörigen (Paul-Schiller-Stiftung, 2018). Daher werden sich in Zukunft wahrscheinlich innovative Formen der Alters- und Langzeitpflege entwickeln: Organisationen, welche die Vorteile der ambulanten Pflege in Bezug auf die Erhaltung der Autonomie der älteren Menschen in ihrem Alltag mit den Vorteilen des Pflegeheims (z.B. altersgerechte Infrastruktur und soziale Kontakte) verbinden.

Das Bedarfswachstum stellt auch eine finanzielle Herausforderung dar.

Verschiedene Studien haben die Kosten im Bereich der Alters- und Langzeitpflege prognostiziert. Laut Felder (2015) werden die Kosten bis ins Jahr 2035 um +177% steigen (+4,7% jährlich), wenn die Versorgungspolitik im Bereich der Alters- und Langzeitpflege unverändert bleibt. Dieser Anstieg berücksichtigt nicht nur die demografische Alterung, sondern auch die Entwicklung der Preise im Pflegebereich. Wird ausschliesslich die demografische Alterung berücksichtigt, so steigen die Kosten im selben Zeitraum um +57%. Brändle und Colombier (2017) schätzen, dass die demografische Entwicklung und der volle Baumol-Effekt⁵⁶ zu einer Wachstumsrate der Kosten von +4,8% jährlich führen, was deutlich über dem Wachstum der Gesundheitskosten ohne die Alters- und Langzeitpflege (+2,8%) liegt. Somit würden laut den Autoren die Kosten für die Alters- und Langzeitpflege allmählich ansteigen und im Jahr 2045 ungefähr 3,4% des BIP ausmachen. Nach Eling und Elvedi (2019) wird die Alters- und Langzeitpflege bis ins Jahr 2050 insgesamt gar 4,8% des BIP betragen, was nahezu einer Verdoppelung gegenüber 2016 gleichkommt (2,6%).

Es besteht also durchaus die Möglichkeit, dass der Sektor der Alters- und Langzeitpflege zu einem gewichtigen Sektor der gesamten Gesundheitskosten avanciert. Nach Brändle und Colombier (2017) würde der Kostenanteil für die Alters- und Langzeitpflege von 14,8% im Jahr 2013 auf 18,9% im Jahr 2035 respektive auf 24,3% im Jahr 2045 ansteigen.⁵⁷

Angesichts dieser steigenden Kosten stehen Bund und Kantone vor der Herausforderung, die Versorgung der älteren Bevölkerung so zu organisieren, dass sie der wachsenden Nachfrage gerecht wird und gleichzeitig die anfallenden Kosten auf einem erträglichen Niveau gehalten werden. Hierfür werden verschiedene Finanzierungsmodelle geprüft (Bundesrat, 2016; Eling & Elvedi, 2019).

In dieser Hinsicht wäre es wichtig, dass allfällige neue Finanzierungsregeln die heute bestehenden Fehlanreize im Finanzie-

rungssystem beseitigen. In der Tat können die finanziellen Bedingungen einer Person (z.B. Vermögenswerte) und die gegebenen Finanzierungsregeln die Wahl der Alters- und Langzeitpflegestruktur mitbestimmen. So kann beispielsweise eine fehlende finanzielle Unterstützung für betreute Wohnformen dazu führen, dass eine Person in ein Pflegeheim eintritt, obwohl sie in einer betreuten Wohnform angemessener versorgt wäre. Idealerweise sollte die Wahl einer Struktur nicht von den finanziellen Gegebenheiten abhängen, sondern in erster Linie dem individuellen Pflegebedarf entsprechen.

10.1.2 Potenzial und Schwierigkeiten der alternativen Versorgung von leichtpflegebedürftigen Personen

Erstmaliger umfassender Überblick über den Bereich der Alters- und Langzeitpflege sowie seine Interdependenzen

Diese Studie bietet zum ersten Mal die Möglichkeit, einen ganzheitlichen Überblick über den Bereich der Alters- und Langzeitpflege zu erhalten, indem sie sowohl Ergebnisse für Pflegeheime, für Spitex-Dienste als auch (teilweise⁵⁸) für intermediäre Strukturen liefert. Der Umfang und die Architektur des Prognosemodells erlauben eine Simulation der Interdependenzen und der Substitutionsflüsse zwischen den berücksichtigten Versorgungsstrukturen. So liefert die in dieser Studie durchgeführte Simulation einer Substitution der Pflegeheime durch andere Strukturen eine wichtige Zahlengrundlage, um das Potenzial und die Machbarkeit eines solchen Substitutionsszenarios zu bewerten.

Eine Entlastung der Pflegeheime akzentuiert den Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in den anderen Strukturen.

Die Simulation zeigt das Potenzial einer alternativen Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen, um das Wachstum an Langzeitbetten und damit den Aus- respektive Neubau von Pflegeheimen zu begrenzen. Allerdings macht diese Simulation auch die Herausforderungen deutlich, indem sie die zusätzlichen Kapazitäten quantifiziert, welche in den anderen Alters- und Langzeitpflegestrukturen anfallen.

Eine Umsetzung der Substitution hätte auf nationaler Ebene das Potenzial, den Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten in Pflegeheimen bis ins Jahr 2040 um –10 111 bis zu –14 014 Einheiten

⁵⁶ Das baumolsche Gesetz besagt, dass in einer multisektoralen Wirtschaft, in der die Arbeitsproduktivitätsgewinne ungleichmässig auf die verschiedenen Sektoren verteilt sind, sich die allgemeinen Löhne aber jenen der produktivsten Sektoren annähern, die relativen Einheitskosten der Produkte in den weniger produktiven Sektoren tendenziell steigen (Le Pen, 2013).

⁵⁷ Berechnet auf Basis der Tabelle Z1 auf Seite 10 in Brändle & Colombier (2017)

⁵⁸ Die Berücksichtigung der intermediären Strukturen hängt von der Verfügbarkeit und Vollständigkeit der Daten ab.

zu reduzieren. Allerdings kommen hierbei bis zu +19 824⁵⁹ zusätzliche Personen auf die im Referenzszenario prognostizierten +101 921 Klientinnen und Klienten im Bereich der Spitex hinzu. Dementsprechend erfordert die Umsetzung dieser Massnahme den konsequenten Ausbau der Spitex-Pflege und Spitex-Betreuung.

Die skizzierten Substitutionsflüsse in die ambulante Pflege und Betreuung verschärfen also den Fachkräftemangel in der Spitex weiter, auch weil die Pflegeleistung in der Spitex personalintensiver ist.⁶⁰ Folglich dürfte die Verfügbarkeit von ausreichend qualifiziertem Personal in der Spitex ein Hemmnis für eine Substitution der leichtpflegebedürftigen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sein und es stellt sich die Frage, in welchem Ausmass eine Verlagerung in den ambulanten Bereich überhaupt realisierbar ist. Dies gilt selbst dann, wenn ein Teil des zusätzlich benötigten Personals dasjenige ist, welches aufgrund der Substitution in den Pflegeheimen eingespart werden könnte, denn in beiden Bereichen wird zukünftig deutlich mehr Personal benötigt. Darüber hinaus ist nicht klar, wie sich die Substitutionsflüsse auf den Grade-Mix (Zusammensetzung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Ausbildungsniveau) in Pflegeheimen und der Spitex auswirken werden.

Das Potenzial der alternativen Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen variiert je nach Kantonsgruppe.

Das Szenario der Heimentlastung zeigt nicht in allen Kantonsgruppen dasselbe Potenzial. Wie der Kontrast zwischen den Kantonsgruppen mit ambulant gegenüber stationär geprägtem Charakter zeigt, hängt das Potenzial stark davon ab, wie gross der Anteil leichtpflegebedürftiger Personen in Pflegeheimen ist. Einige Kantone haben bereits Schritte unternommen, die Pflegeheime für Personen zu reservieren, für die es keine medizinisch sinnvolle Alternative gibt. Sie haben daher nur begrenzte Möglichkeiten, den steigenden Bedarf an Alters- und Langzeitpflege zu decken, ohne neue Einrichtungen zu eröffnen oder bestehende zu erweitern. Die Strategie besteht hier also darin, den Zeitpunkt des Eintritts in das Pflegeheim hinauszuzögern, indem die Möglichkeiten des Verbleibs zuhause gestärkt werden. Im Gegensatz dazu verfügen Kantone, die noch einen relativ hohen Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen in den Pflegeheimen aufweisen, über einen grösseren Spielraum, Plätze umzuverteilen, ohne dabei kurzfristig neue Pflegeheime eröffnen zu müssen.

10.1.3 Ausbau von betreuten Wohnformen

Die betreuten Wohnformen stellen eine intermediäre Struktur dar, welche schweizweit stark anwächst (Werner et al., 2021). Hier

werden ältere Menschen versorgt, welche aus Gründen der Sicherheit oder zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr zuhause bleiben, deren Pflegedürftigkeit aber nicht gross genug ist, um in ein Pflegeheim zu ziehen. Neben der Pflege können in betreuten Wohnformen auch soziale, betreuende oder sicherheitsrelevante Bedürfnisse abgedeckt werden, welche zuhause nur begrenzt erfüllt werden können.

Dieses Szenario geht von einer Nachfrage nach betreuten Wohnformen aus, welche das aktuelle Angebot übertrifft. Würde sich die Nachfrage auf 3% belaufen, anstelle der beobachteten Inanspruchnahmerate von 2%, werden bis ins Jahr 2040 +35 469 neue Wohnungen benötigt (gegenüber +13 353 Wohnungen bei 2%).

Bezüglich der betreuten Wohnformen stellen sich viele interessante Anschlussfragen, welche zukünftig untersucht werden sollten: Für wen kommt ein früher Eintritt in eine betreute Wohnform in Frage und wie viele Personen mit welchem Gesundheitszustand sind dies über die Zeit hinweg? Wie hoch sind die Kosten für eine umfassende Entwicklung betreuter Wohnformen und wie hoch sind die indirekten Kosten, wenn diese Strukturen nicht weiter ausgebaut werden und die Alters- und Langzeitpflege primär im angestammten Zuhause stattfindet? Bestehen genügend Anreize, damit private Investoren solche Angebote entwickeln und können genügend ältere Personen diese auch bezahlen?

10.1.4 Weitere mögliche Entwicklungen

Angesichts des steigenden Bedarfs an Alters- und Langzeitpflege, werden in der Literatur auch verschiedene weitere Massnahmen diskutiert. Eine mögliche Massnahme stellt die bauliche Anpassung von Privatwohnungen an die Bedürfnisse von älteren Menschen dar (z.B. Einbau von Liften oder begehbaren Duschen), womit die Zahl der zu schaffenden Alters- und Langzeitpflegestrukturen begrenzt werden kann (vgl. Allet et al., 2021).

Ein weiterer Weg besteht darin, die ambulante Pflege zuhause und die Pflegeheime nicht mehr als zwei gänzlich voneinander getrennte Einheiten zu betrachten, sondern sie in flexiblere Strukturen zu integrieren (Seifert, 2018). Beispielsweise sind die Spitex-Dienste und die Pflegeheime im Kanton Solothurn in einem Kompetenzzentrum zusammengeschlossen, welches den älteren Menschen einen flexibleren Wechsel von ambulanten zu stationären Leistungen (und umgekehrt) ermöglicht. Dementsprechend stellt hier ein Pflegeheim nicht mehr die letzte Station der Versorgungskette dar, sondern wird immer häufiger für temporäre Kurzaufenthalte genutzt.

Im Kanton Graubünden habe sich eine Spitex-Organisation, ein Pflegeheim, ein Gesundheitszentrum und ein Spital zu einem umfassenden Gesundheitszentrum zusammengeschlossen, um auch in abgelegenen Regionen des Kantons Pflegeleistungen zu sozialverträglichen Kosten anbieten zu können. Im Kanton Waadt

⁵⁹ Dieser Wert ist höher als die Reduktion der Anzahl Langzeitbetten in Pflegeheimen, da die für ihre Aufenthaltsdauer gewichteten Bewohnerinnen und Bewohner in Spitex-Klientinnen und -Klienten transformiert wurden.

⁶⁰ Pro Pflegestunde benötigt es in der Spitex mehr VZÄ als in einem Pflegeheim (Merçay et al., 2021). Erklärungen hierfür sind die Anfahrtswege für die Spitex-Dienste respektive die räumliche Dichte von Pflegefällen im Pflegeheim (Cosandey & Kienast, 2016).

vereint eine Stiftung für deren Mieter ein Pflegeheim, betreute Wohnungen und eine Spitex-Organisation unter einem Dach. Dieses Angebot fördert Synergien zwischen dem ambulanten und stationären Bereich und gewährleistet deren Durchlässigkeit (Seifert, 2018).

Des Weiteren entwickelt sich das Konzept des sozialen Hausmeisters, welches unter anderem in den Kantonen Freiburg und Tessin vorzufinden ist. Diese Person fungiert als Hauptansprechpartner für ältere Menschen und bietet soziale Betreuung durch regelmässigen Kontakt, die Organisation von Fahrdiensten oder Essenslieferungen, die Organisation von Treffen und Aktivierung, sowie – je nach Kanton – auch die Grundpflege. Dieses Konzept und deren Dienstleistungen ermöglicht es den älteren Menschen, möglichst lange zuhause zu leben (Anina Torrado, 2019).

Eine weitere mögliche Entwicklung zeigt sich im Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva, in welchem sich die Alters- und Langzeitpflegeinstitutionen als dezentralisierte und sozialraumorientierte Dienstleistungsunternehmen verstehen (Curaviva, 2016). Laut diesem Modell wird den älteren Personen ein selbstbestimmtes Leben in ihrer bevorzugten Wohnumgebung ermöglicht. Sie verbleiben mit ihrem sozialen Beziehungsnetz «mitten im Leben» und können die individuell notwendigen Dienstleistungen bedarfsgerecht beziehen.

Schlussendlich stellt die Einführung von Präventionsmassnahmen, welche den Ausbruch einer Krankheit verhindern oder so lange wie möglich hinauszögern sowie die Effizienz und Qualität der Pflege erhöhen, eine weitere mögliche Strategie dar (Bundesrat, 2016).

10.2 Bandbreite der Bedarfsprognosen

10.2.1 Unsicherheit bezüglich Bedarfsprognosen

Jeder Modellierung liegen hypothetische und theoriegeleitete Annahmen zugrunde, weshalb es sich bei den im vorliegenden Bericht gezeigten Ergebnissen nicht um tatsächliche Vorhersagen handelt, sondern vielmehr um eine Simulation von möglichen Entwicklungen. Die Ergebnisse sind folglich als Grössenordnung zu interpretieren, aber nicht als eine exakte Punktschätzung.

Entwicklung der Pflegedauer bei zunehmender Lebenserwartung

Neben der demografischen Entwicklung ist die Entwicklung des Gesundheitszustands älterer Menschen und insbesondere die damit assoziierte Dauer der Pflegebedürftigkeit eine wichtige Determinante der Bedarfsprognosen. Je nachdem, welche Annahme hinsichtlich einer verkürzten oder verlängerten Pflegedauer den Modellierungen zugrunde gelegt wird, variieren die Bedarfsprognosen in einer Bandbreite von plus oder minus 11 Prozentpunkten. Wesentliche Entwicklungen der Pflegedauer scheinen jedoch eher unwahrscheinlich, da aktuelle Studien keine grösseren Veränderungen der Pflegebedürftigkeit über die Zeit hinweg zeigen.

Die Dauer der Pflegebedürftigkeit ist in der Schweiz im letzten Jahrzehnt eher stabil geblieben, allenfalls gar leicht rückläufig gewesen (für einen Literaturüberblick siehe Seematter et al., 2021). Es ist allerdings vorstellbar, dass, wenn sich die Palliativmedizin und die Patientenverfügung in Zukunft weiterverbreiten sollten, sich dies auf die Dauer des letzten Lebensabschnitts und somit auf die anfallende Pflegedauer auswirken wird.

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

Die Entwicklung der Covid-19-Pandemie würde eine Revision der hier präsentierten Bedarfsprognosen erfordern, sollte sich die Pandemie fortsetzen und die Sterblichkeit der älteren Bevölkerung nachhaltig beeinflussen. Allerdings erscheint dies aufgrund erster verfügbaren Zahlen aus dem Jahr 2021 derzeit als eher unwahrscheinlich, da sich die Übersterblichkeit der Bevölkerung 65+ im Vergleich zum Jahr 2020 stark reduziert hat. Die Sensitivitätsanalyse (siehe Kapitel 7.3) zeigt, dass der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege auch bei einer schwächeren demografischen Entwicklung weiterhin deutlich zunimmt und stärker ansteigt als im vergangenen Jahrzehnt.

In gewissen Kantonen hat die Covid-19-Pandemie das Eintrittsverhalten in ein Pflegeheim beeinflusst und als Beschleuniger für die Verlagerung in den ambulanten Bereich gewirkt. Hierbei handelt es sich primär um Kantone, in denen der Zugang zu Pflegeheimen allen Personen offensteht und nicht auf Personen beschränkt ist, welche keine medizinischen Alternativen mehr haben. Unseren Schätzungen zufolge entspricht der im Jahr 2020 beobachtete Rückgang der Pflegeheimeintritte (–3% im nationalen Durchschnitt) einem Szenario, in welchem nur Personen ohne Pflegebedarf (d.h. Pflegestufe 0) nicht in ein Pflegeheim eintreten würden. Die beobachteten Veränderungen im Eintrittsverhalten bleiben folglich noch deutlich unter den hier modellierten Szenarien der alternativen Versorgung der Personen mit Pflegestufe 0 bis 2 respektive 0 bis 3.

10.2.2 Grenzen der Studie

Der gesamten Modellierung liegt eine Reihe von Annahmen zugrunde, welche sich auf die Ergebnisse auswirken und folglich bei der Interpretation berücksichtigt werden sollten. So stellt beispielsweise das Clustering der vier Kantonsgruppen auf Basis von drei Indikatoren eine klare Vereinfachung einer vielfältigen und komplexen Realität der Versorgung in den 26 Kantonen dar. Des Weiteren handelt es sich bei den regionsspezifischen Sockeln und Verteilungsschlüsseln ebenfalls um Annahmen, deren Plausibilität allerdings mithilfe der Expertinnen und Experten überprüft wurden.

Bezüglich der Substitutionsflüsse in den Szenarien der Heimentlastung wäre es von Interesse gewesen, die Hospitalisierungen der zuhause lebenden Personen in das Prognosemodell aufzunehmen, was jedoch aufgrund fehlender Daten nicht möglich war. Tatsächlich ist zu beobachten, dass zuhause gepflegte Per-

sonen häufiger ins Spital eingeliefert werden als Personen, welche in den Pflegeheimen versorgt werden (Füglister-Dousse & Pellegrini, 2021). Folglich ist zu beachten, dass die modellierten Szenarien einer alternativen Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen nicht nur einen Substitutionsfluss in Richtung der Spitex-Dienste bedeuten, sondern indirekt auch in Richtung der Spitäler, was eine nicht analysierte Auswirkung auf die Kapazitäten der Spitäler zur Folge hätte.

10.2.3 Grenzen der verwendeten Daten

Die verfügbaren Daten sind in mehrfacher Hinsicht ein limitierender Faktor dieser Studie. Zum einen bestimmt die Datenverfügbarkeit die berücksichtigten Strukturen sowie die Genauigkeit der strukturspezifischen Bedarfsprognosen. Die gewählten Szenarien sowie die Art und Weise derer Modellierung, hängen ebenfalls stark von den verfügbaren Informationen ab.

Die SPITEX-Statistik ist bei den Angaben zu den Klientinnen und Klienten zu wenig differenziert.

Die SPITEX-Statistik ist stark aggregiert⁶¹ und es kann nicht zwischen kurz- und langfristigen Einsätzen unterschieden werden. Kurze Einsätze beinhalten beispielsweise eine halbmonatige Pflege zuhause nach einer Operation in einem Spital, während längere Einsätze die eigentliche Versorgung von älteren Menschen im Sinne der Alters- und Langzeitpflege darstellen. Schlussendlich ist auch der Ort der Erbringung der Leistung nicht bekannt, weshalb keine Unterscheidung zwischen der Spitex-Versorgung im angestammten Zuhause, in einer betreuten Wohnform und in einer weiteren Struktur wie beispielsweise in einer Tages- oder Nachtstruktur gemacht werden kann.

Angeichts der zunehmenden Strategie «ambulant vor/mit stationär» sowie dem Bedürfnis vieler Kantone nach einer integrierten Planung im Versorgungsbereich der Alters- und Langzeitpflege, ist eine feinere Differenzierung von Klientinnen und Klienten in der SPITEX ein immer wichtiger werdendes Anliegen. Eine solche Erweiterung würde nicht nur die Validität des Prognosemodells weiter verbessern, sondern auch den Kantonen und Gemeinden eine genauere Planung der gesamten Alters- und Langzeitpflege ermöglichen.

Weiterhin keine umfassende Statistik zu den intermediären Strukturen

Auch die vorhandenen Daten zu den intermediären Strukturen begrenzen die Möglichkeiten des Prognosemodells. Aktuell liegen zwei Datensätze vor, welche im Auftrag des Obsan von Ecoplan

erhoben wurden, aber es gibt keine umfassende sowie kontinuierlich erhobene Statistik (Werner et al., 2016; Werner et al., 2021). Eine dauerhafte Erhebung dieser Daten kann durch das Obsan leider nicht sichergestellt werden.

Wie erwähnt, wurden die Daten zu den betreuten Wohnformen sowie zu den Tages- und Nachtstrukturen mithilfe einer Kantonsbefragung erhoben (Werner et al., 2021). Trotz der kantonalen Bemühungen und der Anstrengungen der Autoren bleiben die Daten teilweise lückenhaft. Im vorliegenden Bericht sind für die betreuten Wohnformen die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Wohnung sowie deren Alters- und Geschlechterverteilung aufgrund der vorhandenen Informationen mittels Hochrechnung geschätzt. Für die Tages- und Nachtstrukturen sind die Daten zu lückenhaft und erlauben keine Hochrechnung der Anzahl Klientinnen und Klienten. Zudem fehlen Informationen zu Alter und Geschlecht nahezu gänzlich. Folglich wurde in dieser Studie auf eine Analyse dieser Struktur verzichtet.

10.3 Ausblick

Das starke Anwachsen der älteren Bevölkerung stellt die Alters- und Langzeitpflege der Kantone und Gemeinden vor grosse Herausforderungen. Um diesen zu begegnen, bedarf es alle Formen sowie Strukturen der Alters- und Langzeitpflege. Zur Beantwortung der Frage, wie diese je nach regionalen Gegebenheiten am besten einzusetzen sind, können kantonale respektive regionale integrierte Planungen im Bereich der Alters- und Langzeitpflege einen wichtigen Betrag leisten.

Erweitertes Prognosemodell steht den Kantonen zur Verfügung

Das vom Obsan neu entwickelte Prognosemodell bietet den Kantonen und den für die Versorgungsplanungen verantwortlichen Personen neue Möglichkeiten, indem es eine Ausweitung der Bedarfsprognosen auf die ambulante Pflege und die intermediären Strukturen ermöglicht sowie eine Simulation von Substitutionsflüssen zwischen den verschiedenen Strukturen erlaubt. Hierbei kann das Prognosemodell auf spezifische kantonale Gegebenheiten und Bedürfnisse angepasst sowie um kantonseigene Daten erweitert werden. Mehrere Kantone haben bereits damit begonnen, über die gesetzliche Verpflichtung (Art. 39 KVG) zur Planung des stationären Sektors hinauszugehen und die Grundlagen für eine integrierte Planung zu schaffen.

⁶¹ Es existieren ab dem Alter von 65 Jahren nur zwei Altersklassen (65-79 und 80+) und gewisse Informationen sind nicht nach Geschlecht differenzierbar.

Eine potenzielle Grundlage für Kostenprognosen und das Ausloten von Finanzierungsmodellen

Das Prognosemodell bildet auch eine Grundlage für eine Prognose der zukünftigen Kosten der Alters- und Langzeitpflege, nicht nur insgesamt, sondern auch nach Finanzierungsquelle (obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP, Kantone, aber auch AHV-Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung). Würde das Prognosemodell entsprechend ergänzt, so könnte es beispielsweise die Auswirkungen der Substitution von Pflegeheimen durch andere Strukturen für leichtpflegebedürftige Personen auf die Kosten und deren Finanzierungsquellen aufzeigen. Des Weiteren würde sich mit dem Prognosemodell auch die Möglichkeit bieten, die Auswirkungen eines Übergangs zu einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen der Alters- und Langzeitpflege zu simulieren oder andere Entwicklungen im Finanzierungssystem zu analysieren.

Bessere Daten notwendig, um die Versorgungspolitik empirisch zu unterstützen

Diese Studie zeigt auch deutlich auf, dass in der Schweiz weiterhin ein Bedarf an genaueren und vor allem auch vollständigeren Daten im Bereich der Alters- und Langzeitpflege besteht. Die grob aggregierten Daten im Bereich der Spitex reduzieren die Planungsgenauigkeit im ambulanten Bereich, während die Datenlage zu den intermediären Strukturen wie den betreuten Wohnformen sowie den Tages- und Nachstrukturen (noch) punktuell und lückenhaft ist. Für integrierte Planungszwecke werden Daten zu den ambulanten wie auch intermediären Strukturen immer wichtiger. In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig, eine Diskussion über mögliche Anpassungen der bestehenden Datenerhebungen zu beginnen, damit diese den neuen Bedürfnissen entsprechen.

11 Literaturverzeichnis

- Allet, L., Ludwig, C., Schorderet, C. & Wüest, F. (2021). *Habitat Seniors. Adaptation du logement au grand âge (ADGA). Rapport scientifique*. Genève: Haute Ecole de Santé & Haute Ecole du Paysage, d'Ingénierie et d'Architecture de Genève.
- Anina Torrado L. (2019, Février 20). *La concierge sociale de Cadenazzo*, Aide au quotidien, Réseau Caring Communities. <https://caringcommunities.ch/fr/la-concierge-sociale-de-cadenazzo/>
- Ankers, N. & Serdaly, C. (2017). *Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands* (Obsan Dossier 58). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Bayer-Oglesby, L. & Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung – Methodik und kantonale Kennzahlen* (Obsan Bericht 47). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bundesamt für Statistik (2005). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen – Detailkonzept*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2019a). *Gesundheitsstatistik 2019*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2019b). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2019*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2020a). *Lebenserwartung in der Schweiz im Jahr 2020. Medienmitteilung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2020b). *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Statistik) Definition der Grundgesamtheit*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2020c). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone: 2020–2050*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2020d). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Variablenliste*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2021a). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Gesundheitsversorgung im Jahr 2020*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2021b). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Sterblichkeit in der Schweiz. Sterblichkeit und Lebenserwartung im Jahr 2020*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2021c). *Monitoring der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2020-2050. Vergleiche zwischen den Beobachtungen und den Vorausschätzungen der Szenarien*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2021d). *Sozialmedizinische Betreuung älterer Menschen, 2010–2019*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2021e). *Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause 2020. Die Betreuung im Alters- und Pflegeheim nimmt 2020 ab, die Spitex-Versorgung kontinuierlich zu. Medienmitteilung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2021f). *Statistik der Todesursachen und Totgeburten 2021*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesrat (2016). *Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3604 Fehr Jacqueline vom 15. Juni 2012; 14.3912 Eder vom 25. September 2014 und 14.4165 Lehmann vom 11. Dezember 2014*. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Brändle, T. & Colombier, C. (2017). *Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045*. Bern: Eidgenössische Finanzverwaltung
- Christen, A., Hürzeler F., Jucker, S. & Roos, E. (2015). *Gesundheitswesen Schweiz 2015. Die Zukunft des Pflegeheimmarkts*. Zürich: Credit Suisse.
- Cosandey, J. & Kienast, K. (2016). *Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe*. Zürich: Avenir Suisse.
- Curaviva (2016). *Le modèle d'habitat et de soins 2030 de Curaviva Suisse. Le futur des soins aux personnes âgées*. Bern: Curaviva.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 69). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

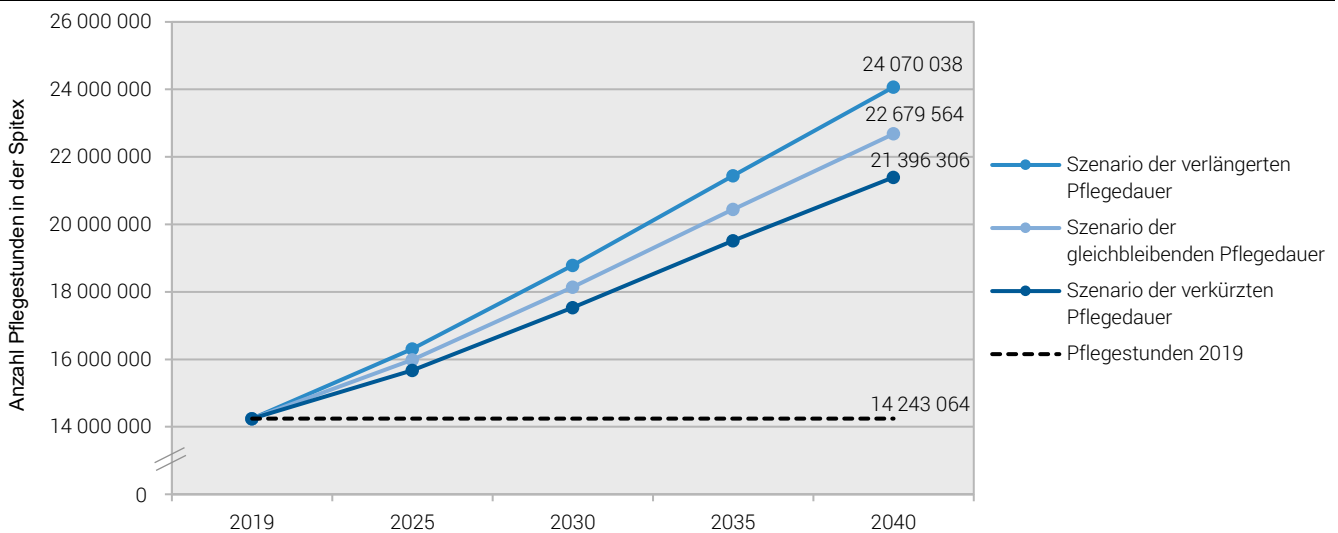
- Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistler-Dousse, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation* (Obsan Bulletin 13/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Eidgenössischen Departements des Innern (2020). *Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich*. Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Eling, M. & Elvedi, M. (2019). *Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz*. St. Gallen: Institut für Versicherungswirtschaft.
- Favez, L. & Zúñiga, F. (2021). *Die Situation des Personals in Alters- und Pflegeheimen* (Obsan Bulletin 05/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303, 130–250.
- Fries, J. F., Bruce, B. & Chakravarty, E. (2011). Compression of morbidity 1980–2011: A focused review of paradigms and progress. *Journal of Aging Research*.
- Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L., & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 67). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2021). *Hospitalisierungen von Betagten im letzten Lebensjahr. Verbleib zuhause versus Heimaufenthalt* (Obsan Bulletin 04/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 55(1), 3–24.
- Grünenfelder, P. & D. Müller-Jentsch (2017). *Es wird ernst mit dem demographischen Wandel. In: Bye-bye, Babyboomers: Der abstrakte demographische Wandel und seine ganz konkreten Auswirkungen*. Zürich: Schweizer Monat in Kooperation mit Avenir Suisse.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée – Scénarios actualisés pour la Suisse*. Berne: Edition Hans Huber.
- Le Pen, C. (2013). *Le paradoxe de la maladie des coûts*. *Sociétal*, 80, 146-154.
- Locatelli, I. & Rousson, V. (2021). Mortality in Switzerland 2020–2021. Centre universitaire de médecine générale et santé publique. *Raisons de Santé: Les Essentiels*, 35. Université de Lausanne.
- Locatelli, I. & Rousson, V. (2022). Mortality in Switzerland 2021. Centre universitaire de médecine générale et santé publique. Université de Lausanne. A paraître.
- Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung* (Obsan Bericht 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Nowossadeck, E. (2013). Pflegekräfte in Zeiten des demografischen Wandels. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 1037–1039.
- Obsan (2022). *Taux de recours aux EMS et maisons pour personnes âgées*. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/taux-de-recours-aux-ems-et-maisons-pour-personnes-agees> (consulté le 28 janvier 2022).
- Paul Schiller Stiftung (2018). *Une bonne prise en charge au troisième âge. Perspectives pour la Suisse*. Zurich: Paul Schiller Stiftung.
- Pro Senectute (s.d.). *Logements Diabolo Menthe*. Canton de Fribourg. Consulté Février 22, 2022, de <https://fr.prosenectute.ch/fr/services/logements-diabolo-menthe.html>.
- Seematter-Bagnoud, L., Paccaud, F. & Robine J. F. (2009). *Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Seematter-Bagnoud, L., Belloni, G., Zufferey, J., Peytremann-Bridevaux, I., Büla, C. & Pellegrini S. (2021). *Lebenserwartung und Gesundheitszustand: jüngste Entwicklungen* (Obsan Bulletin 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Seifert, E. (2018). Des projets de collaboration apparaissent dans diverses régions de Suisse. Dialogue entre soins à domicile et EMS. *Curaviva 2/18*, 6-8.
- Weitkunat, R., Junker, C., Caviezel, S. & Fehst, K. (2021). Mortality monitoring in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 151:w30030.
- Weaver, F., Jaccard Ruedin, H., Pellegrini, S., & Jeanrenaud, C. (2008). *Soins de longue durée dans les cantons. Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse* (Document de travail 34). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen* (Obsan Dossier 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Werner, S., Kraft, E., Elbel, R & Kreienbühl, M. (2021). *Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021. Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung* (Obsan Bericht 05/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Xu, R. & Wunsch, D. (2008). *Clustering*. Hoboken: John Wiley & Sons.

12 Anhang

12.1 Spitex-Bedarfsprognosen bis 2040: Pflege- und Betreuungsstunden aufgrund demografischer Alterung

Gemäss Referenzszenario ist schweizweit bis ins Jahr 2040 mit einem Bedarfsanstieg von +8,4 Millionen Pflegestunden (+59,2%; siehe G 12.1) in der Spitex zu rechnen. Hinsichtlich des Bedarfs an Betreuungsstunden ist von +3,7 Millionen Stunden (+74,2%, siehe G 12.2) auszugehen.

G 12.1 Prognose der Anzahl Pflegestunden in der Spitex nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2019–2040



Kantonsgruppe	Referenzjahr	Szenario der verkürzten Pflegedauer			Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer			Szenario der verlängerten Pflegedauer		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
Stark ambulant-orientierte Kantone	4 732 344	6 721 011	+1 988 667	+42,0%	7 115 639	+2 383 295	+50,4%	7 542 137	+2 809 793	+59,4%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	3 465 642	5 267 261	+1 801 619	+52,0%	5 581 511	+2 115 869	+61,1%	5 921 940	+2 456 298	+70,9%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	4 600 613	7 201 878	+2 601 265	+56,5%	7 643 565	+3 042 952	+66,1%	8 123 674	+3 523 061	+76,6%
Stationär-orientierte Kantone	1 444 465	2 206 155	+761 690	+52,7%	2 338 850	+894 385	+61,9%	2 482 287	+1 037 822	+71,8%
CH	14 243 064	21 396 306	+7 153 242	+50,2%	22 679 564	+8 436 500	+59,2%	24 070 038	+9 826 974	+69,0%

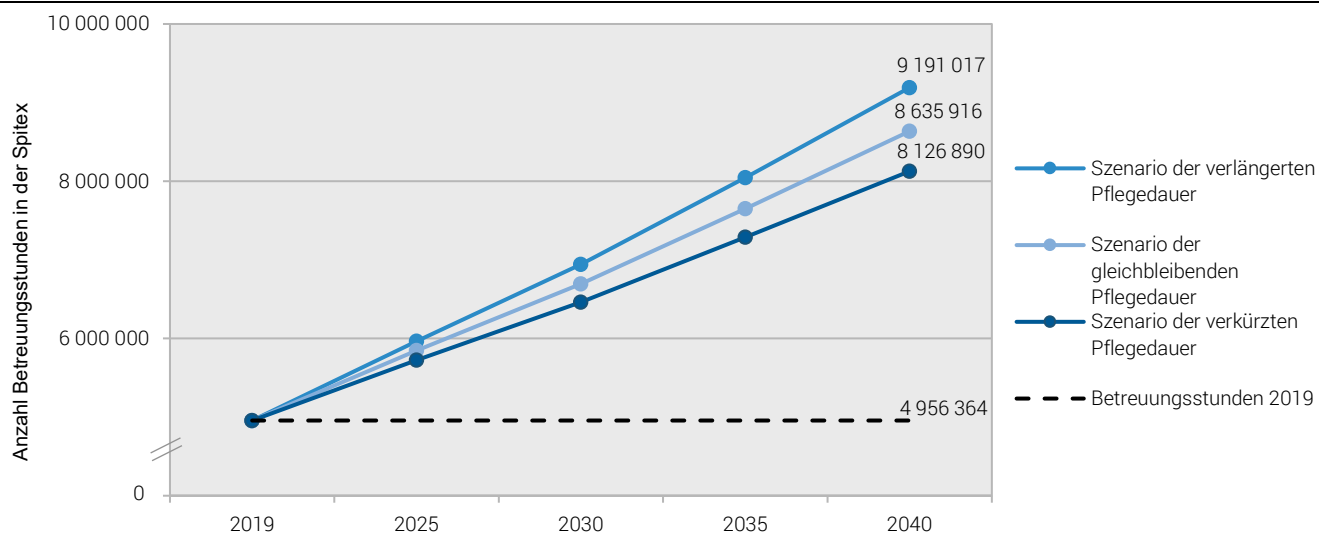
Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP),

Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

G 12.2 Prognose der Anzahl Betreuungsstunden in der Spitex nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2019–2040



Kantonsgruppe	Referenzjahr	Szenario der verkürzten Pflegedauer			Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer			Szenario der verlängerten Pflegedauer		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
Stark ambulant-orientierte Kantone	1 078 121	1 465 021	+386 900	+35,9%	1 546 737	+468 616	+43,5%	1 633 960	+555 839	+51,6%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	989 092	1 651 595	+662 503	+67,0%	1 755 656	+766 564	+77,5%	1 869 222	+880 130	+89,0%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	2 236 895	3 982 566	+1 745 671	+78,0%	4 242 738	+2 005 843	+89,7%	4 528 759	+2 291 864	+102,5%
Stationär-orientierte Kantone	652 256	1 027 708	+375 452	+57,6%	1 090 785	+438 529	+67,2%	1 159 077	+506 821	+77,7%
CH	4 956 364	8 126 890	+3 170 526	+64,0%	8 635 916	+3 679 552	+74,2%	9 191 017	+4 234 653	+85,4%

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

12.2 Spitex-Bedarfsprognosen bis 2040: Pflege- und Betreuungsstunden unter Veränderungen in der Versorgungspolitik

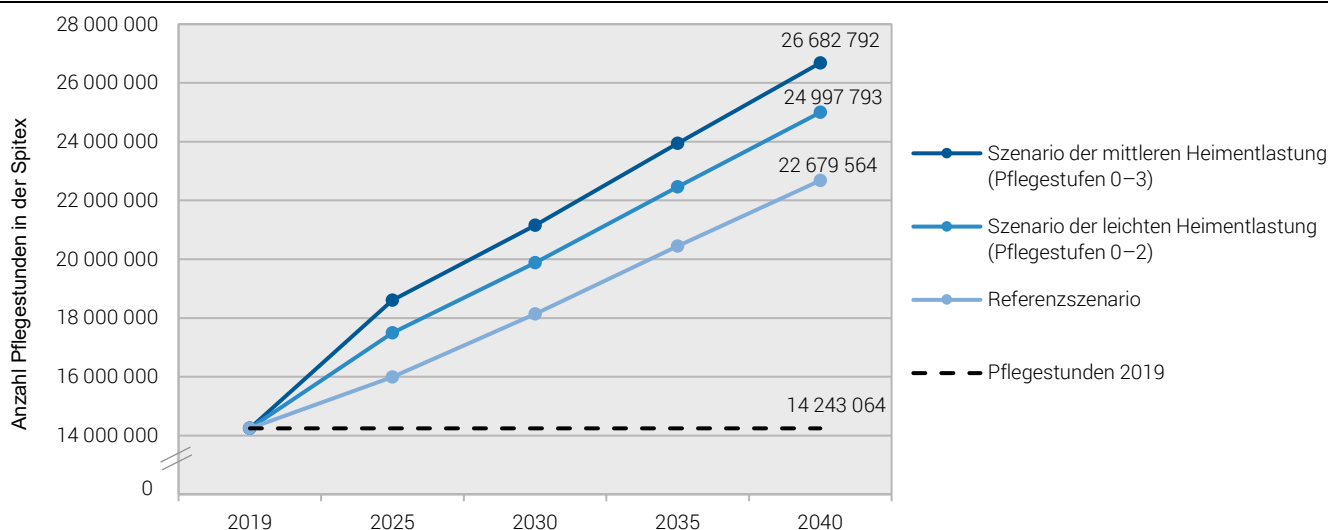
Eine alternative Versorgung der leichtpflegebedürftigen Personen ausserhalb der Pflegeheime bedeutet, dass die Spitex-Pflegestunden gegenüber dem Referenzszenario schweizweit um weitere +2,3 bis +4,0 Millionen Stunden ansteigen werden (siehe G 12.3). Im Bereich der Spitex-Betreuung sind es +1,0 bis +1,4 Millionen Stunden mehr (siehe G 12.4).

Folgende Punkte sind in der Interpretation zu beachten:

1.) Jede substituierte Person wird sowohl zu einer Klientin beziehungsweise zu einem Klienten der Spitex-Pflege wie auch der Spitex-Betreuung.

- 2.) Es wird angenommen, dass die individuelle Pflegediagnose und der Pflegebedarf gleichbleiben, unabhängig vom Aufenthaltsort der Person. Bei einer Substitution entspricht folglich das zeitliche Ausmass an Pflege in einem Pflegeheim eins zu eins dem zeitlichen Ausmass an Pflege in der Spitex. Hierfür werden auf Basis der SOMED-Daten die täglich anfallenden Pflegeminuten in die durchschnittlichen, jährlichen Pflegestunden der Spitex transformiert, jeweils nach Geschlecht und Kantonsgruppe.
- 3.) Da in der SOMED-Datenbank keine zeitlichen Angaben zu den Betreuungsleistungen vorhanden sind, werden bei einer Substitution die zur Verfügung stehenden Informationen der SPITEX-Datenbank verwendet. Für eine substituierte Person entsprechen folglich die Anzahl erhaltener Spitex-Betreuungsstunden den durchschnittlichen, jährlichen Betreuungsstunden aus der SPITEX-Datenbank, jeweils nach Kantonsgruppe.

G 12.3 Prognose der Anzahl Pflegestunden in der Spitex nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2019–2040



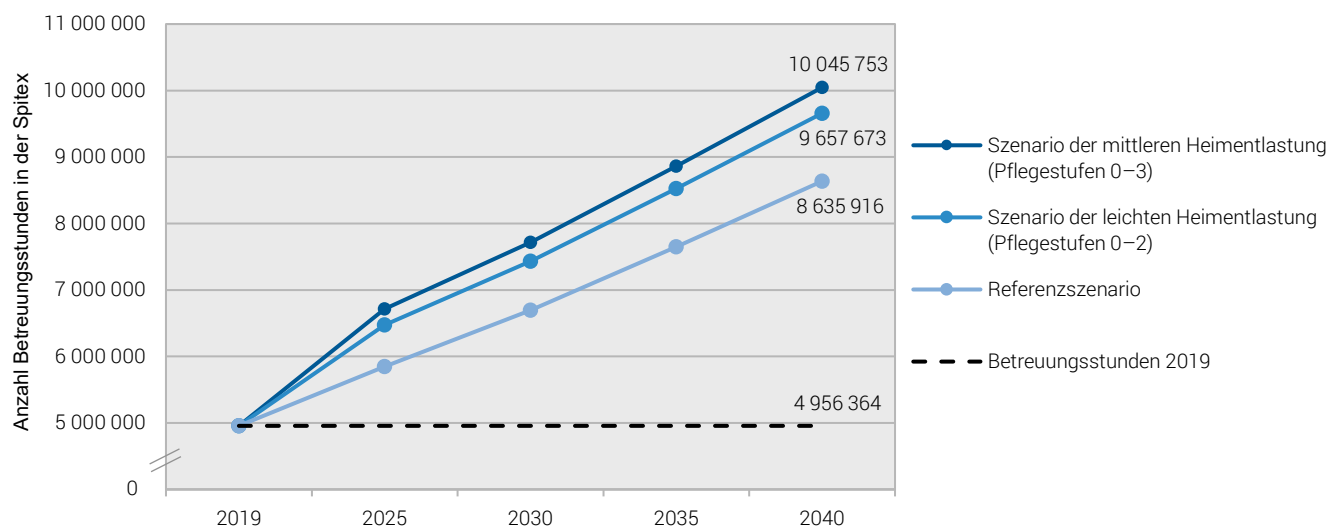
Kantonsgruppe	Referenzjahr	Referenzszenario		Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0–2)			Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0–3)			
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
Stark ambulant-orientierte Kantone	4 732 344	7 115 639	+2 383 295	+50,4%	7 136 465	+2 404 121	+50,8%	7 166 908	+2 434 564	+51,4%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	3 465 642	5 581 511	+2 115 869	+61,1%	5 921 241	+2 455 599	+70,9%	6 219 818	+2 754 176	+79,5%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	4 600 613	7 643 565	+3 042 952	+66,1%	8 804 800	+4 204 187	+91,4%	9 640 422	+5 039 809	+109,5%
Stationär-orientierte Kantone	1 444 465	2 338 850	+894 385	+61,9%	3 135 287	+1 690 822	+117,1%	3 655 644	+2 211 179	+153,1%
CH	14 243 064	22 679 564	+8 436 500	+59,2%	24 997 793	+10 754 729	+75,5%	26 682 792	+12 439 728	+87,3%

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022

G 12.4 Prognose der Anzahl der Betreuungsstunden in der Spitex nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2019–2040



Kantonsgruppe	Referenzjahr	Referenzszenario			Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0–2)			Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0–3)		
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
Stark ambulant-orientierte Kantone	1 078 121	1 546 737	+468 616	+43,5%	1 552 545	+474 424	+44,0%	1 557 897	+479 776	+44,5%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	989 092	1 755 656	+766 564	+77,5%	1 874 375	+885 283	+89,5%	1 942 246	+953 154	+96,4%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	2 236 895	4 242 738	+2 005 843	+89,7%	4 814 305	+2 577 410	+115,2%	5 015 297	+2 778 402	+124,2%
Stationär-orientierte Kantone	652 256	1 090 785	+438 529	+67,2%	1 416 448	+764 192	+117,2%	1 530 314	+878 058	+134,6%
CH	4 956 364	8 635 916	+3 679 552	+74,2%	9 657 673	+4 701 309	+94,9%	10 045 753	+5 089 389	+102,7%

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP),

Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

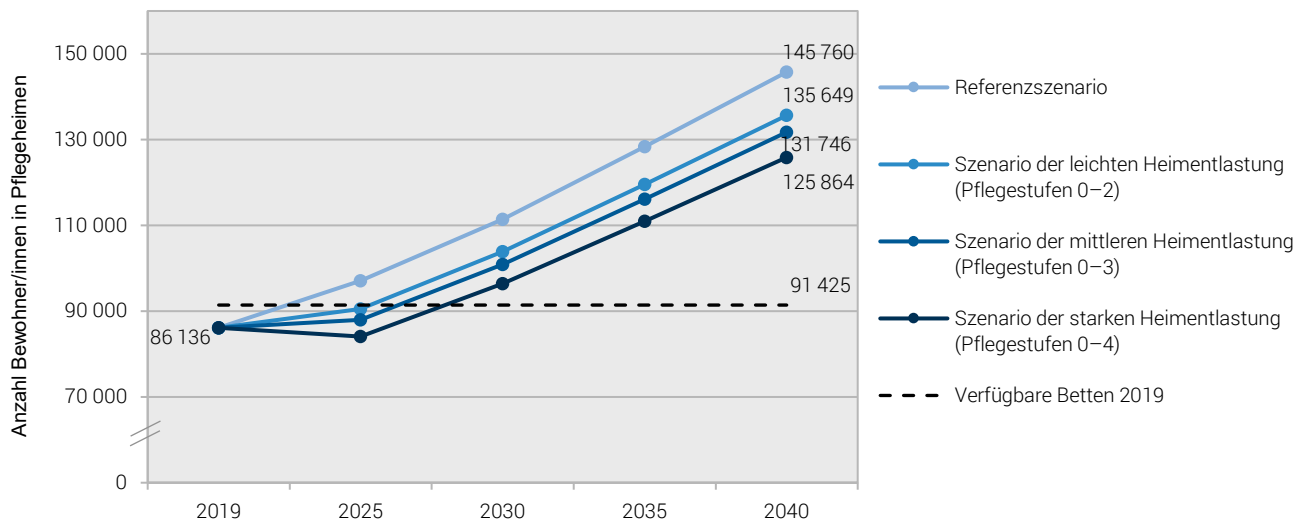
© Obsan 2022

12.3 Szenario der starken Heimentlastung (Pflegestufen 0–4)

Nachfolgend sind die Ergebnisse der Bedarfsprognose des Szenarios der starken Heimentlastung skizziert (siehe G 12.5 und G 12.6). Dieses Szenario geht davon aus, dass die Mehrheit der

Personen mit einer Pflegestufe 0–4 zukünftig nicht mehr in ein Pflegeheim eintreten werden, sondern alternativ versorgt werden. Dieses Szenario ist insbesondere für die stark ambulant-orientierte Kantonsgruppe relevant, wo der Pflegebedarf mittels PLAI-SIR erhoben wird,

G 12.5 Prognose der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in Pflegeheimen nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2019–2040

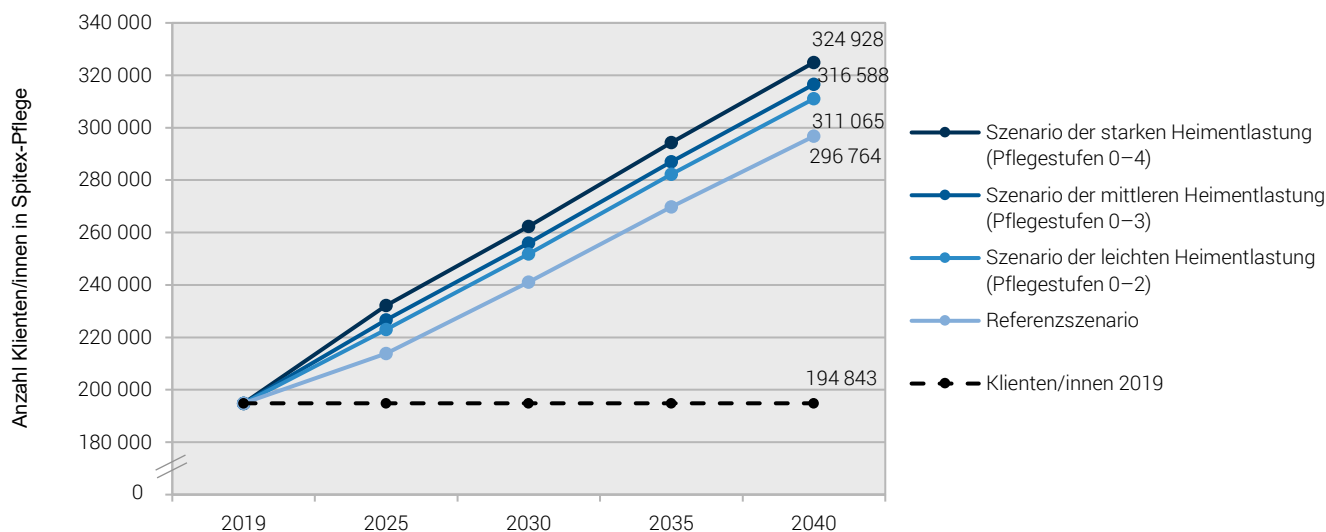


Kantonsgruppe	Referenzjahr	Referenzszenario		Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0–2)			Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0–3)			Szenario der starken Heimentlastung (Pflegestufen 0–4)			
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
Stark ambulant-orientierte Kantone	16 763	25 932	+9 169	+54,7%	25 858	+9 095	+54,3%	25 789	+9 026	+53,8%	25 617	+8 854	+52,8%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	21 272	35 413	+14 141	+66,5%	34 218	+12 946	+60,9%	33 525	+12 253	+57,6%	32 197	+10 925	+51,4%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	32 761	57 467	+24 706	+75,4%	52 128	+19 367	+59,1%	50 220	+17 459	+53,3%	47 514	+14 753	+45,0%
Stationär-orientierte Kantone	15 340	26 947	+11 607	+75,7%	23 445	+8 105	+52,8%	22 212	+6 872	+44,8%	20 536	+5 196	+33,9%
CH	86 136	145 760	+59 624	+69,2%	135 649	+49 513	+57,5%	131 746	+45 610	+53,0%	125 864	+39 728	+46,1%

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

G 12.6 Prognose der Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ in Spitex-Pflege nach Kantonsgruppe und in der Schweiz, 2019–2040



Kantonsgruppe	Referenzjahr	Referenzszenario		Szenario der leichten Heimentlastung (Pflegestufen 0–2)			Szenario der mittleren Heimentlastung (Pflegestufen 0–3)			Szenario der starken Heimentlastung (Pflegestufen 0–4)			
	2019	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)	2040	Δ (n)	Δ (%)
Stark ambulant-orientierte Kantone	60 623	86 473	+25 850	+42,6%	86 578	+25 955	+42,8%	86 675	+26 052	+43,0%	86 917	+26 294	+43,4%
Zunehmend ambulant-orientierte Kantone	50 385	77 173	+26 788	+53,2%	78 874	+28 489	+56,5%	79 858	+29 473	+58,5%	81 753	+31 368	+62,3%
Stationär- und ambulant-orientierte Kantone	63 089	100 450	+37 361	+59,2%	108 050	+44 961	+71,3%	110 772	+47 683	+75,6%	114 632	+51 543	+81,7%
Stationär-orientierte Kantone	20 746	32 669	+11 923	+57,5%	37 562	+16 816	+81,1%	39 283	+18 537	+89,4%	41 625	+20 879	+100,6%
CH	194 843	296 764	+101 921	+52,3%	311 065	+116 222	+59,6%	316 588	+121 745	+62,5%	324 928	+130 085	+66,8%

Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz (1981–2030) / Auswertung Obsan

© Obsan 2022



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.