

OBSAN BERICHT
03/2021

Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021

Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen
zur Personalsicherung

Clémence Merçay, Annette Grünig, Peter Dolder



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



OdASanté

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

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)
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté)

Autorinnen und Autoren

- Clémence Merçay, Obsan
- Annette Grünig, GDK
- Peter Dolder, Dolder Beratungen GmbH, Hünibach

Begleitgruppe

- Franziska Adam, Geschäftsstelle Spitex Schweiz, Grundlagen und Entwicklung, Fokus Bildung und Pflege
- Miriam Baldi, Direction générale de la santé du canton de Vaud, chargée de mission qualité et sécurité des soins
- Seraina Beerli, Kantonsspital Winterthur KSW, Stv. Leiterin Berufsbildung
- Sandra Bernasconi, FORMAS Associazione per la formazione nelle strutture sanitarie e negli istituti sociali del Cantone Ticino, coordinatrice
- Sandra Bosch, Oda Gesundheit und Soziales Graubünden, Geschäftsführerin
- Luc Dapples, Vorstand CURAVIVA und Heimleiter
- Peter Dolder, Dolder Beratungen GmbH, Hünibach
- Danny Heilbronn, Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern, Spitalamt, Leiter Abteilung Gesundheitsberufe und Aufsicht
- Tobias Lengen, XUND Oda Gesundheit Zentralschweiz, Geschäftsführer
- Agnes Martin, Kantonsspital Aarau, Leiterin Berufsbildung Pflege und MTTD
- Kathrin Müller-Coray, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Abteilung Gesundheitsberufe und Bewilligungen
- Marlies Petrig, KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit Bassersdorf, Leiterin Health Care Services
- Karine Rousset-Trepot, Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), consultante en aide et soins à domicile
- Urs Sieber, Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit, OdASanté, Geschäftsführer
- Andrea Ullmann-Bremi, Universitäts-Kinderspital Zürich, Leiterin Pflegeentwicklung in der Direktion Pflege und MTB

Projektleitung Obsan

Clémence Merçay, Marcel Widmer

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 03/2021

Zitierweise

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.

Auskünfte/Informationen

www.obsan.ch
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,
obsan@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 45
www.gdk-cds.ch
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), CH-3001 Bern
office@gdk-cds.ch, Tel. 031 356 20 20

Originaltext

Französisch und Deutsch, diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer 874-2103).

Übersetzung

Sprachdienste des Bundesamtes für Statistik (BFS)

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

iStock.com/MatjazSlanic

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen
www.gdk-cds.ch → Dokumente
www.odasante.ch → Bildungspolitik, Studien & Berichte

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 2021
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2103

ISBN

978-2-940670-07-9

Korrigierte Version vom 20.09.2021

Seite 45, 1. Satz: Zwischen 2012 und 2019 hat sich die Anzahl der Vollzeit-äquivalente (VZÄ) des Gesundheitspersonals im Spitex-Bereich um 39,4% erhöht.



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

Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021

Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung

Autorinnen und Autoren

Clémence Merçay (Obsan), Annette Grünig (GDK),
Peter Dolder (Dolder Beratungen GmbH, Hünibach)

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -
direktoren (GDK)
Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit
(OdASanté)

Neuchâtel 2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4	4	Personalbestand, jüngste Entwicklungen und Prognosen in den Alters- und Pflegeheimen	35
Zusammenfassung	5	4.1	Bestand Gesundheitspersonal 2019 und Entwicklungen seit 2012	35
Riassunto	9	4.1.1	Erfasster Bestand und Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals	35
1 Einleitung	13	4.1.2	Skill- und Grademix des Personals	37
		4.1.3	Merkmale des Personals	38
		4.1.4	Beschäftigung des Gesundheitspersonals	40
2 Methodik	15	4.2	Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal	43
2.1 Beschreibung der Personalbestände	15	5	Personalbestand, jüngste Entwicklungen und Prognosen im Spitex-Bereich	44
2.1.1 Spitalpersonal	15	5.1	Bestand Gesundheitspersonal 2019 und Entwicklungen seit 2012	44
2.1.2 Personal in Alters- und Pflegeheimen	16	5.1.1	Erfasster Bestand und Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals	44
2.1.3 Spitex-Personal	17	5.1.2	Grademix des Personals	46
2.1.4 Quellen der Daten des im ambulanten Bereich tätigen Gesundheitspersonals	18	5.1.3	Beschäftigung des Gesundheitspersonals	46
2.2 Beschreibung der Ausbildungstätigkeit	18	5.2	Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal	47
2.3 Beschreibung der Wanderungsbewegungen	19	6	Im praxisambulanten Bereich tätiges Gesundheitspersonal	48
2.4 Quellen des Modells für die Prognosen zum Nachwuchsangebot und -bedarf	20	6.1	Physiotherapeutinnen und -therapeuten	49
2.4.1 Zusätzlicher Personalbedarf	20	6.2	Osteopathinnen und Osteopathen	49
2.4.2 Ersatzbedarf an Pflegepersonal	23	6.3	Ergotherapeutinnen und -therapeuten	49
2.4.3 Prognosen zum Nachwuchsangebot	24	6.4	Logopädinnen und Logopäden	49
3 Personalbestand, jüngste Entwicklungen und Prognosen in den Spitälern und Kliniken	25	6.5	Ernährungsberaterinnen und -berater	50
3.1 Bestand Gesundheitspersonal 2019 und Entwicklungen seit 2012	25	6.6	Hebammen	50
3.1.1 Erfasster Bestand und Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals	25	6.7	Podologinnen und Podologen	50
3.1.2 Skill- und Grademix des Personals	27	6.8	Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten	50
3.1.3 Merkmale des Personals	29	6.9	Dentalhygienikerinnen und -hygieniker	50
3.1.4 Beschäftigung des Gesundheitspersonals	31	6.10	Aktivierungsfachfrauen und -männer	51
3.2 Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal	33	6.11	Augenoptikerinnen und Augenoptiker, Optometristinnen und Optometristen	51

6.12	Orthoptistinnen und Orthoptisten	51	10.4	Erwartete Entwicklungen in der Versorgungslandschaft und ihre Auswirkungen für die praktische Ausbildungstätigkeit in den Betrieben	78
7	Ausbildung	53	10.4.1	Spitäler und Kliniken (Akut, Rehabilitation, Psychiatrie)	78
7.1	Jüngste Entwicklungen	53	10.4.2	Alters- und Pflegeheime	80
7.1.1	Pflege und Betreuung	53	10.4.3	Spitex-Bereich	81
7.1.2	Andere Gesundheitsberufe	55	10.4.4	Zusammenschau der drei Versorgungsbereiche	81
7.1.3	Weiterbildungen	57	11	Handlungsfelder und Massnahmen	83
7.2	Bildungsübergänge im Pflegebereich	58	11.1	Handlungsfeld Rekrutierung für die Ausbildung und den Berufseinstieg	84
7.2.1	Bildungsübergänge der Assistentinnen und Assistenten Gesundheit und Soziales	58	11.1.1	Berufskommunikation und Berufsmarketing Gesundheitsberufe	84
7.2.2	Bildungsübergänge der Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit	58	11.1.2	Erleichterter Einstieg / erleichterte Weiterqualifikation	85
7.2.3	Bildungsübergänge der Pflegefachpersonen	59	11.1.3	Gewinnen von Berufsumsteigenden und Wiedereinsteigenden	85
8	Migration	60	11.2	Handlungsfeld Förderung der praktischen Ausbildung	87
8.1	Pflegefachpersonal	60	11.2.1	Ausbildungsverpflichtung	88
8.1.1	Wanderungssaldo	60	11.2.2	Abgeltung der Ausbildungsleistungen der Betriebe	89
8.1.2	Wanderungssaldo und Beitrag zur Zunahme der Bestände	60	11.2.3	Förderung der Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung	90
8.1.3	Bedeutung der jüngsten Zuwanderung	63	11.3	Handlungsfeld Personalerhaltung	92
8.2	Anderes Gesundheitspersonal	64	11.3.1	Stossrichtung und Handlungsrahmen	92
8.3	Anerkennung der Diplome	65	11.3.2	Massnahmen auf Ebene Betrieb	92
9	Nachwuchsbedarf und -angebot	66	11.3.3	Massnahmen auf Ebene Branche	93
9.1	Nachwuchsbedarf bis 2029	67	11.3.4	Erleichterung und Förderung des Wiedereinstiegs	94
9.1.1	Bedarf an zusätzlichem Personal	67	11.4	Handlungsfeld Personaleinsatz	94
9.1.2	Auswirkungen von Änderungen des Grademix, des Beschäftigungsgrades und der Betreuung der Zahl von Patientinnen und Patienten	68	11.4.1	Betriebskonzepte, Prozessorganisation und Personaleinsatz	94
9.1.3	Ersatzbedarf	69	11.4.2	Überbetriebliche Zusammenarbeit	94
9.1.4	Nachwuchsbedarf	69	11.4.3	Integrierte Versorgung und Advanced Practice	95
9.2	Nachwuchsangebot bis 2029	70	12	Gesamtschau und Würdigung	96
9.2.1	Prognosen im Ausbildungsbereich	70	12.1	Personalbestand im Pflege- und Betreuungsbereich	96
9.2.2	Bildungsübergänge der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe	71	12.2	Soziodemografische Merkmale der Personalbestände	99
9.2.3	Bildungs- und Berufsübergänge des Pflege- und Betreuungspersonals der Sekundarstufe II	71	12.3	Ausbildungstätigkeit	100
9.3	Gegenüberstellung von Nachfrage und Angebot des Nachwuchses bis 2029	72	12.4	Zukünftiger Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal	100
9.3.1	Pflegefachpersonen der Tertiärstufe	72	12.5	Nachwuchsangebot und -bedarf	100
9.3.2	Pflege und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II	72	12.6	Aktuelle Personalsituation und kommende Herausforderungen	101
9.4	Limiten der Resultate	74	12.7	Prioritäre Massnahmen	102
10	Aktuelle Situation und erwartete Entwicklungen in der Versorgungslandschaft	77	12.8	Würdigung und Fazit	103
10.1	Grundlagen	77	13	Literatur	105
10.2	Aktuelle Situation bezüglich Personalrekrutierung im institutionellen Bereich	77	14	Anhänge	107
10.3	Aktuelle Situation bezüglich Personalrekrutierung im praxisambulantem Bereich	78			

Abkürzungsverzeichnis

AGS	Assistent/in Gesundheit und Soziales	SHIS	Schweizerisches Hochschulinformationssystem
ANP	Advanced Nurse Practitioner	SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
BAG	Bundesamt für Gesundheit	Spitex	Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause
BBV	Berufsbildungsverordnung	SPITEX	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause
BFS	Bundesamt für Statistik	STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
BScN	Bachelor of Science in Pflege	üK	Überbetrieblicher Kurs
EBA	Eidgenössisches Berufsattest	VZÄ	Vollzeitäquivalente
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern	ZEMIS	Zentrales Migrationsinformationssystem
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis		
EHA	Absolventenstudien Hochschulen		
EHB	Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung		
eHBB	Erhebung zur höheren Berufsbildung		
EF	Eidgenössische Fachausweise (Berufsprüfungen)		
FaBe	Fachmann/-frau Betreuung EFZ		
FaGe	Fachmann/-frau Gesundheit EFZ		
FH	Fachhochschule		
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren		
HF	Höhere Fachschule		
HFP	Höhere Fachprüfung		
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung		
KS	Krankenhausstatistik		
KVG	Krankenversicherungsgesetz		
MTTB	Medizinisch-therapeutische und medizinisch-technische Berufe		
NAREG	Nationales Register der Gesundheitsberufe		
NDS	Nachdiplomstudien		
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium		
OdA	Organisation der Arbeitswelt		
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit		
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung		
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation		
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner		
SE	Strukturerhebung		

Zusammenfassung

Im ersten Teil dieses Berichts werden die Bestände des Gesundheitspersonals in den Schweizer Gesundheitsinstitutionen (Spitäler und Kliniken, Pflege- und Altersheime sowie Spitex-Dienste) analysiert und Prognosen zum Nachwuchsangebot und -bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal für den Zeitraum 2019–2029 aufgestellt. Eine retrospektive Analyse gibt zudem Aufschluss über das in der Schweiz ausgebildete Personal sowie über die Arbeitskräfte mit ausländischem Diplom.

Der Fokus liegt dabei auf dem Pflege- und Betreuungspersonal, das nach den verschiedenen Ausbildungsstufen (Tertiärstufe, Sekundarstufe II und andere) aufgeschlüsselt wird. Das daraus entstehende Bild ist nahezu vollständig, da diese Personen hauptsächlich in den betrachteten Gesundheitsinstitutionen tätig sind. Auf die übrigen Gesundheitsberufe im medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Bereich, die auch im ambulanten Bereich ausgeübt werden, wird punktuell eingegangen. Das Personal mit Hochschulabschluss (z.B. Ärztinnen und Apotheker) ist nicht Gegenstand dieses Berichts.

Im zweiten Teil werden die künftigen Trends und Herausforderungen im Gesundheitswesen aufgezeigt und deren Auswirkungen auf die Ausbildungstätigkeit untersucht. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Handlungsfelder und Massnahmen zur Personalsicherung sowie entsprechende Beispiele guter Praxis präsentiert.

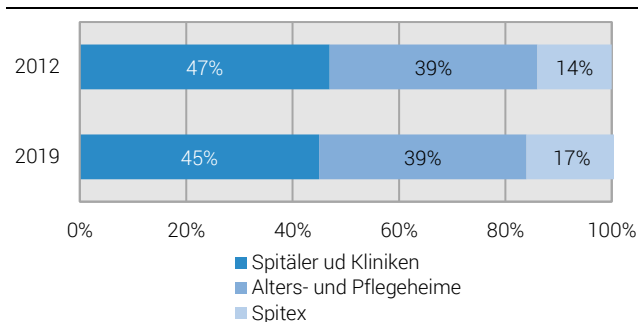
Die vorliegende Studie ergänzt die Arbeiten zur Ermittlung des zukünftigen Gesundheitspersonalbedarfs (Jaccard et al., 2009; Merçay et al., 2016) und Nachwuchsbedarfs (Dolder & Grünig, 2009 und 2016). Erstmals erscheinen die Ergebnisse zum Nachwuchsangebot und -bedarf zusammen mit einer Erörterung der Massnahmen zur Nachwuchssicherung im Gesundheitswesen in einem gemeinsamen Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté).

Standortbestimmung 2019 und Rückblick

2019 waren in den Gesundheitsinstitutionen 185 600 Pflege- und Betreuungspersonen tätig

Im Jahr 2019 wurden in den Schweizer Gesundheitsinstitutionen 185 600 Personen im Bereich Pflege und Betreuung erfasst. Rund die Hälfte des Pflege- und Betreuungspersonals war in Spitälern und Kliniken angestellt (45%), ein Drittel in Alters- und Pflegeheimen (39%) und die restlichen 17% in den Spitex-Diensten (Z.1).

Z 1 Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Institutionstyp, 2012 und 2019



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)
© Obsan 2021

Die Zusammensetzung der Personalbestände nach Ausbildungsniveau ist je nach Institutionstyp unterschiedlich. Mit 70% Pflegefachpersonen der Tertiärstufe weisen die Spitäler und Kliniken das am höchsten qualifizierte Personal auf. In der Spitex beträgt dieser Anteil 42% und in den Alters- und Pflegeheimen 28%.

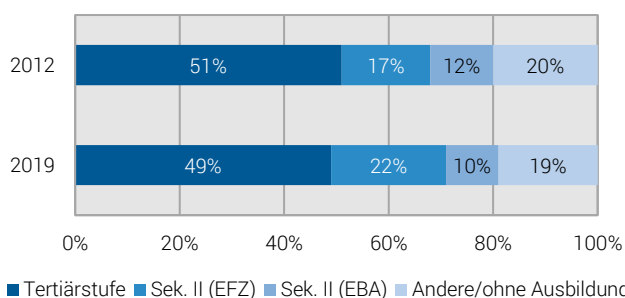
Im Zeitraum 2012–2019 ist der Bestand des Pflege- und Betreuungspersonals um 19% gestiegen

Zwischen 2012 und 2019 haben die Bestände des in der Pflege und Betreuung tätigen Personals um 19% zugenommen, was 29 100 zusätzlich beschäftigten Personen entspricht. Beim in der Langzeitpflege tätigen Personal war der Anstieg besonders ausgeprägt (Alters- und Pflegeheime: +17%; Spitex-Dienste: +39%).

Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II mit EFZ

2019 belief sich der Anteil der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe auf 49%, jener des Pflege- und Betreuungspersonals mit einem Abschluss der Sekundarstufe II mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) auf 22%, jener der Personen einem Abschluss der Sekundarstufe II mit Eidgenössischem Berufsattest (EBA) auf 10% und jener des Personals ohne formalen Ausbildungsabschluss auf 19% (Z.2). Der Anteil der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II mit EFZ stieg somit gegenüber 2012 (17%) deutlich an. Diese Personen ersetzen sowohl höher qualifiziertes als auch weniger qualifiziertes Personal.

Z 2 Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Ausbildungsniveau, 2012 und 2019



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) © Obsan 2021

Starker Personalzuwachs im medizinisch-therapeutischen Bereich der Spitäler

Der Anteil des Personals aus dem medizinisch-technischen und aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich betrug 2019 je 12% des Gesamtbestandes an Gesundheitspersonal in den Spitälern. Im medizinisch-therapeutischen Bereich wurde zwischen 2012 und 2019 eine besonders markante Zunahme verzeichnet (+32%).

30% des Pflegepersonals der Tertiärstufe verfügen über ein ausländisches Diplom

Der Anteil von Personen mit einem ausländischen Diplom ist auf der Tertiärstufe am höchsten. Er betrug in den Spitälern und Pflegeheimen auf dieser Stufe im Jahr 2019 30%. In den Alters- und Pflegeheimen ist dieser Anteil gegenüber 2012 gestiegen.

Nach einem Höchststand im Jahr 2011 (Saldo: 1745 Personen) ist der Wanderungssaldo des Pflegepersonals mit Tertiärabschluss bis 2018 (Saldo von 185 Personen) stetig zurückgegangen. Grund hierfür ist die Verlangsamung der Beschäftigungszunahme in den Schweizer Gesundheitseinrichtungen, was die Abhängigkeit der Zuwanderung von der konjunkturellen Lage verdeutlicht.

Gestiegene Fluktuationsrate des Personalbestands

Auch bezüglich der Beschäftigung des Pflege- und Betreuungspersonals lässt sich eine gewisse Dynamik beobachten. Zum einen ist in den Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen eine zunehmende Fluktuationsrate festzustellen. Zum anderen werden in den Alters- und Pflegeheimen immer mehr Mitarbeitende mit befristetem Vertrag angestellt.

Intensivierung der Ausbildungstätigkeit

Die Zunahme der Anzahl Abschlüsse im Pflege- und Betreuungsbereich zwischen 2012 und 2019 zeugt von einer Intensivierung der Ausbildungstätigkeit. Auf Tertiärstufe stieg die Zahl der Abschlüsse von rund 1800 auf knapp 3000 an (HF- und FH-Ausbildungen). Auf Sekundarstufe II war eine Zunahme der Anzahl Abschlüsse für die verschiedenen berücksichtigten Ausbildungsgänge von 4000 im Jahr 2012 auf nahezu 6200 im Jahr 2019 zu verzeichnen.

Im medizinisch-technischen sowie im medizinisch-therapeutischen Bereich nahm die Zahl der Ausbildungsabschlüsse ebenfalls zu.

Prognosen zum Nachwuchsangebot und -bedarf für den Zeitraum 2019–2029

Bedarf an zusätzlichem Personal

Von insgesamt 185 600 beschäftigten Personen im Jahr 2019 dürfte der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal gemäss dem Referenzszenario bis 2029 auf 222 100 Personen steigen. Dies entspricht einem zusätzlichen Bedarf von 36 500 Personen: 15 900 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe, 12 600 Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II und 8000 Personen ohne formalem Ausbildungsabschluss.

Diese Prognosen, die keine Verschiebungen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen vorsehen, gehen von einer Zunahme des Personalbedarfs von 14% im Spitalbereich, 26% in den Alters- und Pflegeheimen und 19% bei der Spitex aus.

Ersatzbedarf

Der Ersatzbedarf an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe wird unter Berücksichtigung der Pensionierungen sowie der vorzeitigen Berufsausstiege berechnet. Im Zeitraum 2019–2029 müssen gemäss Referenzszenario 27 500 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe ersetzt werden.

Bei der Ermittlung des geschätzten Ersatzbedarfs an Personal der Sekundarstufe II werden ausschliesslich Pensionierungen sowie der Ersatz von in Alters- und Pflegeheimen tätigen und der Kategorie «in Ausbildung» zugeordneten Personen berücksichtigt. Im Zeitraum 2019–2029 müssen gemäss Referenzszenario 14 500 Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II ersetzt werden.

Nachwuchsbedarf

Der Nachwuchsbedarf für den Zeitraum 2019–2029 setzt sich zum einen aus dem Bedarf an zusätzlichem Personal und zum anderen aus dem Ersatzbedarf zusammen. Der geschätzte Nachwuchsbedarf an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe liegt bei 43 400 Personen (15 900 + 27 500). Beim Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II beläuft sich der geschätzte Bedarf auf 27 100 Personen (12 600 + 14 500).

Nachwuchsangebot

Mithilfe der Bildungsszenarien des BFS zu den künftigen Absolventinnen und Absolventen können Prognosen zum Nachwuchsangebot aufgestellt werden. Die Szenarien beruhen in erster Linie auf demografischen Entwicklungen und beobachteten Trends bei den Übergängen zwischen den Bildungsstufen und der Wahl der verschiedenen Bildungsfelder. Die erwartete Zunahme der Anzahl Absolventinnen und Absolventen im Pflegebereich setzt jedoch eine ausreichende Anzahl Ausbildungsplätze (insbesondere für die praktische Ausbildung) voraus.

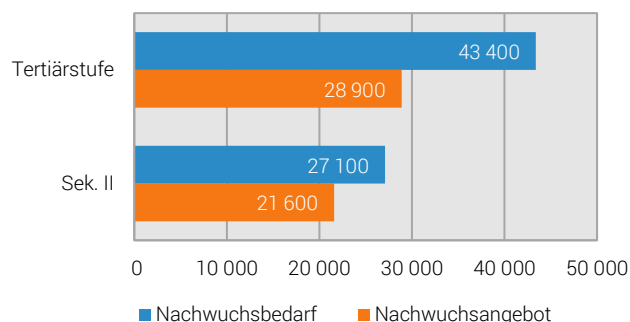
Bei Berücksichtigung der Berufs- und Bildungsverläufe der Absolventinnen und Absolventen (Arbeitsmarkteintritt, Berufsausübung, Verbleib im Beruf, Tätigkeit in einer Gesundheitsinstitution) ist davon auszugehen, dass 77% der Personen mit im Zeitraum 2019–2029 erworbenem Tertiärabschluss im Jahr 2029 für eine Tätigkeit in einer Gesundheitsinstitution tatsächlich verfügbar sind (28 900 Personen).

Bei den Absolventinnen und Absolventen der Sekundarstufe II wird den Bildungsübergängen sowie den Austritten aus dem Arbeitsmarkt oder aus dem Beruf Rechnung getragen. Gemäss dem Referenzszenario beläuft sich das Angebot an tatsächlich verfügbarem Nachwuchs bis 2029 auf 21 600 Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II.

Nachwuchsangebot und -bedarf

Gemäss dem Referenzszenario des Prognosemodells lassen sich für den Zeitraum 2021–2029 mit dem verfügbaren Nachwuchs 67% des Bedarfs an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe (Nachwuchsangebot: 28 900 Personen; Nachwuchsbedarf: 43 400 Personen; Z.3) und 80% des Bedarfs an Personal der Sekundarstufe II (Nachwuchsangebot: 21 600 Personen; Nachwuchsbedarf: 27 100 Personen) decken.

Z 3 Nachwuchsbedarf und verfügbarer Nachwuchs für den Zeitraum 2019–2029, nach Ausbildungsniveau



Quelle: Prognosemodell Obsan

© Obsan 2021

Interpretation der Ergebnisse

Das Modell zur Projektion des Nachwuchsangebots und -bedarfs umfasst mehrere Elemente. Es beruht zum einen auf demografischen, epidemiologischen und ausbildungsspezifischen Szenarien und zum anderen auf einer Reihe impliziter Hypothesen. Namentlich wird angenommen, dass der Gademix, der durchschnittliche Beschäftigungsgrad sowie die Berufs- und Bildungsverläufe des Personals konstant bleiben und dass die Versorgungsbereiche zwar unterschiedlich stark wachsen, es abgesehen davon aber zu keiner zusätzlichen Verschiebung zwischen den Versorgungsbereichen kommt. Bei den Ergebnissen zum Nachwuchsangebot und -bedarf für den Zeitraum 2019–2029 handelt es sich um Projektionen der aktuellen Situation auf Basis bestimmter Szenarien und Hypothesen. Die verschiedenen Parameter sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Handlungsfelder und Massnahmen

Die Massnahmen in den vier Handlungsfeldern Rekrutierung, Aus- und Weiterbildung, Personalerhalt und Personaleinsatz bedingen und verstärken sich gegenseitig. Sie werden von mehreren Akteuren getragen und müssen in Zusammenarbeit umgesetzt werden. Aus diesem Grund sind die Massnahmen in allen Handlungsfeldern fortzusetzen und wo möglich zu verstärken und besser zu koordinieren.

Ein besonderes Augenmerk sollte unter anderen auf die folgenden Aspekte gelegt werden:

- Personen, die sich beruflich neu orientieren wollen, müssen als Zielgruppe für den Gesundheitsbereich in den Fokus rücken. Dies betrifft das Berufsmarketing wie entsprechende berufsbegleitende Ausbildungsangebote.
- Finanzierung der Ausbildungsleistungen und der Ausbildungszeit: die Ausbildungstätigkeit in den Betrieben muss als Leistung anerkannt und von den Finanzierungsträgern zweckgebunden abgegolten werden, unabhängig davon, ob es sich um den stationären oder den ambulanten Bereich handelt. Für die potentiellen Absolventinnen und Absolventen einer Ausbildung zur Höherqualifikation (auf Tertiärstufe) spielt die Sicherung des Lebensunterhalts eine entscheidende Rolle.

Berufsbegleitende Modelle mit Teilzeitanstellung und/oder erhöhtem Ausbildungslohn sind eine Lösung.

- Den Berufsbildnerinnen und -bildnern sowie den Praktikumsbegleiterinnen und -begleitern in den Betrieben kommt eine Schlüsselrolle zu. Damit dafür genügend geeignete Personen gewonnen und erhalten werden können, muss die Übernahme dieser Funktion in den Betrieben entsprechend anerkannt und honoriert werden.
- Verschiedene Studien zeigen, dass die Führungsqualität und die Unterstützung durch die/den direkte/n Vorgesetzten für die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden entscheidend sind. Gleichzeitig sind Führungspersonen auf mittlerer Hierarchiestufe (Abteilungs- und Teamleitungen) oft besonders hohen Belastungen ausgesetzt.
- Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben: in der Gesundheitsbranche mit Nacht- und Wochenenddiensten stellt sich diese Problematik besonders stark. Kurzfristig angekündigte Einsätze und Änderungen der Dienstpläne sind zu vermeiden, die Mitarbeitenden sind bei der Dienstplanung einzubeziehen.
- Eine grosse Bedeutung kommt auch der Personalentwicklung und der Förderung der Mitarbeitenden zu. Wichtiger Bestandteil einer gezielten Personalentwicklung ist die Laufbahnplanung. Diese sollte einen festen Bestandteil der Mitarbeitergespräche bilden.

Schlussfolgerungen

Die Zahl der Abschlüsse konnte zwischen 2012 und 2019 auf allen Qualifikationsstufen der Pflege und auch bei den medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen deutlich gesteigert werden. Auf der Tertiärstufe Pflege wurde mit rund 3000 Diplomen auf HF- und FH-Stufe im Jahr 2019 gegenüber 2012 gar eine Zunahme um zwei Drittel erreicht. Diese Entwicklung ist sehr erfreulich – sie zeigt aber auch, dass die Zahl der Abschlüsse vor einigen Jahren angesichts des Bedarfs deutlich zu tief lag: im Versorgungsbericht von 2016 wurde für die Tertiärstufe Pflege denn auch festgestellt, dass die Abschlüsse des Jahres 2014 gerade einmal 43% des prognostizierten jährlichen Nachwuchsbedarfs auf den Horizont 2025 deckten. Die Methodik zur Erstellung der Bedarfs- und Angebotsprognosen wurde im vorliegenden Bericht weiterentwickelt. So werden bei den Prognosen zum Angebot insbesondere die erwartete Entwicklung der Abschlusszahlen und der Übertritte in den Arbeitsmarkt miteinbezogen. Aus diesem Grund lassen sich die Ergebnisse aus den beiden Berichten nicht direkt vergleichen.

Dank der intensiven Anstrengungen der letzten Jahre präsentiert sich die Situation heute erfreulicher. Mit einem Deckungsgrad von 67% für das Pflegepersonal auf Tertiärstufe und 80% für das Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II auf den Horizont 2029 besteht jedoch immer noch eine deutliche Lücke zwischen dem prognostizierten Angebot und dem Bedarf. Die Mehrheit der Betriebe hat in einer Umfrage für diesen Bericht denn auch zurückgemeldet, die aktuelle Personalsituation sei angespannt. Offene Stellen können oft erst nach einer gewissen Zeit und mit hohem Rekrutierungsaufwand besetzt werden. Einzelne

Betriebe im Langzeitbereich und in der Hilfe und Pflege zu Hause können offene Stellen gar nicht besetzen. Viele Betriebe müssen auf Personalvermittler und auf temporäre Mitarbeitende zurückgreifen. Die Lücke zwischen dem Angebot und dem Bedarf widerspiegelt sich aber vor allem im hohen Anteil des Personals mit einem ausländischen Diplom, wobei die Auslandsrekrutierung je nach Sprachregion und Grenznähe mehr oder weniger ausgeprägt ist.

Bei den vorliegenden Zahlen handelt es sich um Prognosen. Der bessere Deckungsgrad gegenüber dem Versorgungsbericht von 2016 basiert auf bestimmten Szenarien und Hypothesen, unter anderem zur Entwicklung der Ausbildungszahlen, zum Übertritt der Bildungsabgänger in den Arbeitsmarkt oder zur Berufsverweildauer. Die prognostizierte weitere Steigerung der Ausbildungsabschlüsse wird sich nicht von alleine ergeben. Sie setzt vielmehr voraus, dass mittels geeigneter Berufskommunikation tatsächlich im prognostizierten Umfang Lernende und Studierende rekrutiert werden, dass die Schulen über die entsprechende Infrastruktur und über ausreichend Dozierende verfügen und dass genügend Praktikumsplätze und Berufsbildnerinnen bzw. Berufsbildner zur Verfügung stehen. Die weitere Steigerung der Ausbildungszahlen stellt für die Branche somit eine grosse Herausforderung dar.

Mit der Steigerung der Ausbildungszahlen im prognostizierten Rahmen liessen sich der Zusatzbedarf bis 2029 und der durch Pensionierungen entstehende Ersatzbedarf theoretisch decken. Die Lücke zwischen Angebot und Bedarf entsteht im Wesentlichen durch die vorzeitigen Berufsaustritte und die Verluste beim Übergang von der Ausbildung zum Eintritt in den Arbeitsmarkt. In welchem Ausmass das Schweizer Gesundheitswesen seinen Personalbedarf in Zukunft selber decken kann, hängt also entscheidend von einem erfolgreichen Verlauf der Berufseinstiegsphase und von einer möglichst langen Berufsverweildauer des Gesundheitspersonals ab.

Ausbildung und Personalerhaltung müssen deshalb als Massnahmen Hand in Hand gehen. Den Betrieben kommt in beiden Bereichen eine grosse Verantwortung zu. Damit sie diese erfolgreich wahrnehmen können, müssen Politik und Behörden für Rahmenbedingungen sorgen, die es den Betrieben und den weiteren Akteuren erlauben, nicht nur genügend Gesundheitspersonal auszubilden, sondern das Personal dank angemessener Arbeitsbedingungen auch im Beruf zu erhalten.

Riassunto

La prima parte del presente studio illustra la situazione attuale dell'effettivo di personale sanitario nelle istituzioni sanitarie in Svizzera (ospedali e cliniche, case per anziani e servizi di assistenza e cura a domicilio) e fa proiezioni sul nuovo personale disponibile e sul bisogno di rinnovo del personale di cura e accompagnamento per il periodo 2019–2029. Vengono esaminati anche i dati retrospettivi relativi sia alla formazione in Svizzera che all'immigrazione di personale straniero.

L'accento è posto sul personale di cura e accompagnamento nei diversi livelli di formazione (terziario, secondario II, altro). Il quadro delineato per queste persone è relativamente completo, in quanto per la maggior parte sono impiegate presso le istituzioni sanitarie oggetto dello studio. Le altre professioni sanitarie, in particolare quelle medico-tecniche e medico-terapeutiche, esercitate anche nel settore ambulatoriale, sono esaminate a titolo accessorio. Non rientra invece nello studio il personale di livello universitario (medici, farmacisti ecc.).

Nella seconda parte della pubblicazione vengono presentati gli andamenti che si prospettano per il sistema sanitario, per poi discutere delle loro ripercussioni sulle attività formative. Infine, il rapporto presenta i campi d'azione e le misure da adottare per garantire un effettivo sufficiente. Il tutto è corredato da esempi di buone pratiche che mostrano come bisognerebbe intervenire.

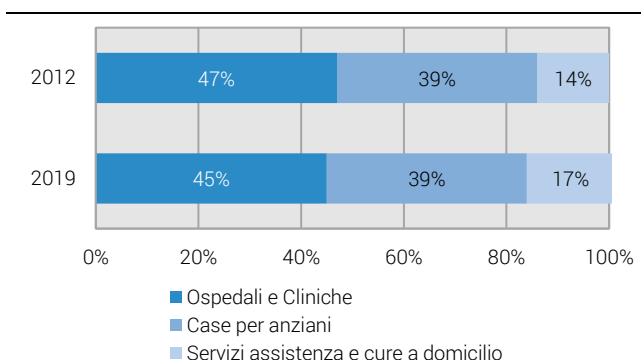
Il presente rapporto rientra nella serie di lavori destinati a stimare il fabbisogno futuro di personale sanitario (Obsan, 2009, 2016) e il bisogno di rinnovo dello stesso (CDS e OdASanté, 2009, 2016). I risultati concernenti il nuovo personale disponibile e il bisogno di rinnovo del personale, come pure la discussione delle misure di lotta contro la carenza di personale sanitario, sono per la prima volta oggetto di un rapporto congiunto dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan), della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e dell'Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario (OdASanté).

Situazione nel 2019 e analisi retrospettive

Nel 2019 le istituzioni sanitarie contavano 185 600 persone attive nella cura e nell'accompagnamento

Nel 2019 le istituzioni sanitarie contavano 185 600 persone attive nella cura e nell'accompagnamento. Circa la metà di esse era impiegata in ospedali e cliniche (45%), un terzo in case per anziani (39%) e il rimanente 17% presso servizi di assistenza e cura a domicilio (v. R.1).

R 1 Ripartizione del personale di cura e accompagnamento per tipo di istituzione, 2012 e 2019



Fonti: UST – statistica ospedaliera (SO), statistica degli istitutimedico-sociali (SOMED) e statistica dell'assistenza e cura a domicilio (SPITEX)
© Obsan 2021

La composizione per livello di formazione dell'effettivo del personale di cura e accompagnamento varia a seconda del tipo di istituzione. Gli ospedali e le cliniche, il cui personale di cura è composto per il 70% da persone in possesso di un titolo di livello terziario, sono le istituzioni che presentano il profilo più qualificato. La quota corrispondente per i servizi di assistenza e cura a domicilio e le case per anziani è rispettivamente del 42 e del 28%.

Crescita del 19% dell'effettivo del personale di cura e accompagnamento nel periodo 2012–2019

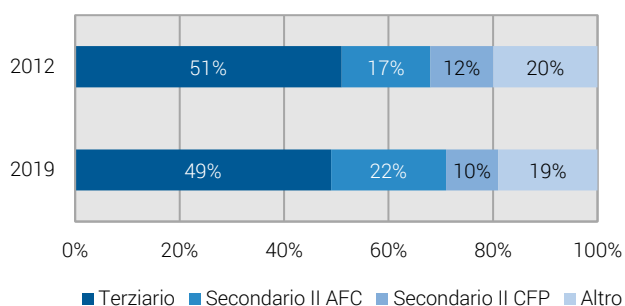
Nell'insieme dei settori di cura, nel periodo 2012–2019 l'effettivo del personale di cura e accompagnamento è aumentato del 19%, il che corrisponde a 29 100 persone impiegate in più. La crescita è stata particolarmente rapida nel settore delle cure di lunga

durata (case per anziani: +17%; servizi di assistenza e cura a domicilio: +39%).

Aumento del personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II (AFC)

Nel 2019 il personale di cura e accompagnamento era composto per il 49% da persone con diploma di livello terziario, per il 22% da persone con diploma di livello secondario II con attestato federale di capacità (AFC), per il 10% da persone con diploma di livello secondario II con certificato federale di formazione pratica (CFP) e per il 19% da persone senza diploma di formazione formale (v. R.2). La quota di persone detentrici di un AFC di livello secondario II è aumentata nettamente rispetto al 2012 (17% dell'effettivo). Queste nuove persone hanno rimpiazzato sia personale più qualificato che meno qualificato.

R 2 Ripartizione del personale di cura e accompagnamento per livello di formazione, 2012 e 2019



Fonti: UST – statistica ospedaliera (SO), statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) e statistica dell'assistenza e cura a domicilio (SPITEX) © Obsan 2021

Forte crescita del personale medico-terapeutico negli ospedali

Nel 2019 il personale medico-tecnico e quello medico-terapeutico rappresentavano ognuno il 12% dell'effettivo del personale sanitario degli ospedali. Nel periodo 2012–2019 il numero di persone esercitanti una professione medico-terapeutica è aumentato in modo particolarmente rapido (+32%).

Tra il personale di cura con un diploma di livello terziario, il 30% è titolare di un diploma straniero

Le persone formate all'estero sono particolarmente presenti tra il personale di cura con un diploma di livello terziario. Considerando questo livello di formazione nell'insieme del personale degli ospedali e delle case per anziani, nel 2019 i detentori di un diploma straniero rappresentavano il 30% dell'effettivo. Dai dati che concernono unicamente le case per anziani risulta che la quota di personale di cura che dispone di un titolo estero è aumentata rispetto al 2012.

Dopo aver raggiunto un picco nel 2011 (saldo: 1745 persone), il saldo migratorio riferito al personale di cura con diploma di livello terziario ha registrato un calo continuo fino al 2018 (saldo:

185 persone). Questo andamento si inserisce in un contesto di rallentamento della crescita dell'effettivo nelle istituzioni sanitarie svizzere e mette in luce il ruolo congiunturale dell'immigrazione.

In aumento il tasso di rotazione del personale

Si osservano cambiamenti anche nell'impiego di personale di cura e accompagnamento: negli ospedali e nelle case per anziani si profila una tendenza al rialzo del tasso di rotazione. Inoltre, nelle case per anziani si constata un aumento del personale impiegato mediante contratto a tempo determinato.

Intensificazione dell'attività formativa

Nel periodo 2012–2019, l'intensificazione dell'attività formativa ha portato a un aumento del numero di titoli rilasciati nel settore delle cure e dell'accompagnamento. Al livello terziario, il loro numero è passato da circa 1800 a quasi 3000 (formazioni SSS e SUP in cure infermieristiche). Al livello secondario II, il numero di titoli rilasciati per i diversi percorsi formativi considerati è passato da 4000 nel 2012 a circa 6200 nel 2019.

Questo numero è in aumento anche nel settore medico-tecnico e in quello medico-terapeutico.

Proiezioni del nuovo personale disponibile e del bisogno di rinnovo del personale per il periodo 2019–2029

Fabbisogno di personale supplementare

Partendo da un personale di cura e accompagnamento che nel 2019 si attestava a 185 600 persone, secondo lo scenario di riferimento nel 2029 il fabbisogno di personale potrebbe passare a 222 100 persone. Ciò corrisponde a un fabbisogno supplementare di 36 500 persone: 15 900 facenti parte del personale di cura con diploma di livello terziario, 12 600 rientranti nel personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II e 8000 senza titolo di formazione formale.

Queste proiezioni, che non prevedono trasferimenti tra i diversi tipi di presa in carico, stimano un aumento del 14% del fabbisogno di personale in ambito ospedaliero, del 26% nelle case per anziani e del 19% nei servizi di assistenza e cura a domicilio.

Bisogno di sostituzione

Per il personale con diploma di livello terziario, il calcolo del bisogno di sostituzione tiene conto dei pensionamenti e delle interruzioni precoci del percorso professionale. Nel periodo 2019–2029 le stime prevedono che dovranno essere sostituite 27 500 persone facenti parte del personale di cura con diploma di livello terziario.

Per il personale con diploma di livello secondario II, il calcolo del bisogno di sostituzione tiene conto soltanto dei pensionamenti e della sostituzione delle persone in formazione nelle case per anziani medicalizzate. Tra il 2019 e il 2029 si stima che dovranno essere sostituite 14 500 persone facenti parte del personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II.

Bisogno di rinnovo del personale

Il bisogno di rinnovo del personale per il periodo 2019–2029 deriva quindi da un lato dal fabbisogno di personale supplementare e dall'altro dal bisogno di sostituzione. Il bisogno di rinnovo calcolato è pari a 43 400 persone per il livello terziario (15 900 + 27 500) e a 27 100 persone con diploma di livello secondario II per la cura e l'accompagnamento (12 600 + 14 500).

Nuovo personale disponibile

Gli scenari formativi dell'UST sull'andamento futuro del numero di diplomati consentono di stimare il numero lordo di nuovo personale disponibile. Questi scenari si basano in particolare sulle dinamiche demografiche e sulle tendenze constatate nelle transizioni tra i livelli di formazione e nella frequentazione dei corsi di studio dei diversi settori. Il previsto aumento del numero di diplomati nel settore delle cure dipende tuttavia dalla disponibilità di un numero sufficiente di posti di formazione, anche per la parte pratica.

Tenendo conto dei percorsi professionali dei diplomati (inserimento nel mercato del lavoro, esercizio della professione e mantenimento della stessa, attività in un'istituzione sanitaria), si stima che di tutti i diplomati di livello terziario nel periodo 2019–2029, nel 2029 ad essere effettivamente a disposizione delle istituzioni sanitarie sarà il 77% (ovvero 28 900 persone).

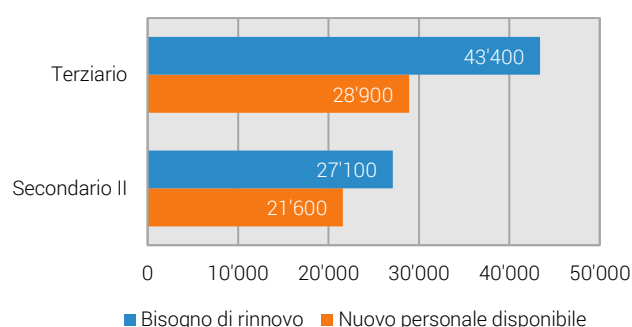
Per i diplomati del livello secondario II si tiene conto delle transizioni nei percorsi formativi, come pure delle uscite dal mercato del lavoro o dell'abbandono della professione. A seconda dello scenario di riferimento, per il 2029 si calcolano 21 600 persone con diploma di livello secondario II effettivamente disponibili per la cura e l'accompagnamento.

Bisogno di rinnovo del personale: grado di copertura

A seconda dello scenario di riferimento del modello di proiezione, per il periodo 2019–2029 si calcola che il bisogno di rinnovo del personale di cura con diploma di livello terziario sarà coperto nella misura del 67% (nuovo personale disponibile: 28 900 persone, a fronte di un bisogno di rinnovo pari a 43 400 persone; v. R.3).

Con lo stesso orizzonte temporale, il bisogno di rinnovo del personale con diploma di livello secondario II sarà coperto nella misura dell'80% (nuovo personale disponibile: 21 600 persone, a fronte di un bisogno di rinnovo pari a 27 100 persone).

R 3 Bisogno di rinnovo del personale e nuovo personale disponibile nel periodo 2019–2029, per livello di formazione



Fonte: modello di proiezione Obsan

© Obsan 2021

Interpretazione dei risultati

Il modello di proiezione dell'offerta e del bisogno di rinnovo del personale è composto da diversi elementi. Da un lato è basato su scenari demografici, epidemiologici e formativi, dall'altro su una serie di ipotesi implicite come la stabilità del grade-mix, del tasso di attività, delle modalità di presa in carico nonché dei percorsi formativi e professionali. I risultati presentati descrivono l'offerta e il bisogno di rinnovo del personale per il periodo 2019–2029, a condizione che gli scenari e le ipotesi alla base del modello si realizzino. Interpretando i risultati è opportuno tener conto dei parametri appena menzionati.

Campi d'azione e misure

Le misure nei quattro campi d'azione (reclutamento, formazione e formazione continua, mantenimento del personale e impiego del personale) si condizionano e rafforzano a vicenda. Sono messe in pratica da diversi attori su base collaborativa. Per questo motivo le misure, oltre a dover essere portate avanti in tutti i campi d'azione, laddove possibile vanno rafforzate e coordinate ancora meglio.

Un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta anche agli aspetti elencati di seguito.

- Il settore sanitario deve rivolgersi prioritariamente alle persone che intendono riorientarsi professionalmente, ad esempio tramite marketing professionale oppure offerte formative parallele all'attività lavorativa.
- Finanziamento delle prestazioni di formazione e del tempo dedicato alla formazione: l'attività di formazione nelle aziende deve essere riconosciuta come prestazione e coperta in modo vincolato da parte dei finanziatori, indipendentemente dal fatto che si tratti del settore stazionario o di quello ambulatoriale. Per i potenziali diplomati di una formazione di qualificazione elevata (livello terziario), la garanzia della copertura del costo della vita svolge un ruolo decisivo. Una possibile soluzione sono modelli paralleli all'attività lavorativa, che prevedono un impiego a tempo parziale e/o uno stipendio in formazione più elevato.

- I formatori e i responsabili degli stage in azienda hanno un ruolo chiave. Affinché si abbia a disposizione un numero sufficiente di persone adatte a questo ruolo, anche a lungo termine, l'assunzione di questa funzione all'interno delle aziende deve essere riconosciuta e retribuita di conseguenza.
- Diversi studi dimostrano che la qualità dirigenziale e il sostegno dato dal proprio superiore diretto sono determinanti per la soddisfazione dei collaboratori. Al contempo, il personale dirigenziale di livello gerarchico medio (responsabili di divisioni e team) spesso è sottoposto a notevoli carichi di lavoro.
- Conciliabilità tra lavoro e vita privata: nel settore sanitario, caratterizzato da turni notturni e nei giorni festivi, la problematica è particolarmente presente. Vanno evitati sia gli impieghi annunciati all'ultimo minuto che i cambiamenti di orario. Inoltre i collaboratori devono essere coinvolti nella pianificazione dei turni.
- Particolarmente importanti sono anche lo sviluppo del personale e la promozione dei collaboratori. Una componente fondamentale per uno sviluppo mirato del personale è la pianificazione del percorso professionale, che dovrebbe essere parte integrante dei colloqui con i collaboratori.

Conclusioni

Tra il 2012 e il 2019 il numero dei diplomi ha potuto essere aumentato in modo marcato a tutti i livelli di qualificazione del settore delle cure e anche nelle professioni medico-tecniche e medico-terapeutiche. A livello terziario, nelle cure è stato osservato un aumento di addirittura due terzi tra il 2012 e il 2019, fino ad arrivare a circa 3000 diplomi SSS e SUP. Questo sviluppo è molto positivo, sebbene dimostri che alcuni anni fa il numero di diplomi era chiaramente inferiore al fabbisogno: nel rapporto del 2016, per lo stesso livello di cure era stato constatato che i diplomi ottenuti nel 2014 coprivano appena il 43% del bisogno annuo di rinnovo del personale stimato fino al 2025. Il metodo per stimare il fabbisogno futuro di personale e il nuovo personale disponibile è stato sviluppato nell'ambito del presente rapporto. Per stimare l'entità del nuovo personale disponibile si tiene conto in particolare degli sviluppi che si prospettano per il numero di diplomi e di inserimenti nel mondo del lavoro. Per questo motivo, i risultati dei due rapporti non sono direttamente comparabili.

Grazie agli intensi sforzi degli ultimi anni, oggi la situazione è migliorata. Tuttavia, con una copertura del 67% per il personale di cura con diploma di livello terziario e dell'80% per il personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II, la lacuna tra il nuovo personale disponibile e il fabbisogno stimati da qui al 2029 è ancora grande. In un questionario realizzato per il presente rapporto, la maggior parte delle aziende ha infatti affermato che nell'ambito delle risorse umane la situazione attuale rimane tesa. Spesso, i posti liberi possono essere occupati soltanto dopo diverso tempo e con un alto dispendio di risorse per il reclutamento. Alcune aziende nel settore delle cure di lunga durata e nella cura e assistenza a domicilio non riescono ad occupare i posti liberi. Molte aziende devono ricorrere ad agenzie

di collocamento e a collaboratori temporanei. La lacuna tra il nuovo personale disponibile e il fabbisogno, però, si nota in primis dall'elevata quota di personale con un diploma straniero, anche se a seconda della regione linguistica e della vicinanza alla frontiera il reclutamento all'estero è più o meno diffuso.

Le cifre presentate in questa sede corrispondono a una stima. Il grado di copertura migliore rispetto al rapporto del 2016 è basato su determinati scenari e ipotesi, tra cui l'evoluzione del numero di persone in formazione, l'inserimento nel mondo del lavoro dei diplomati o ancora la durata di mantenimento della professione. L'ulteriore aumento dei diplomi che si prevede non verrà da sé. Al contrario, presuppone che, grazie a una comunicazione professionale idonea, venga effettivamente reclutato il numero stimato di apprendisti e studenti, che le scuole dispongano dell'infrastruttura necessaria e di un numero sufficiente di insegnanti, e infine che vi siano a disposizione sufficienti formatori e posti di stage per la formazione pratica. L'ulteriore aumento delle cifre relative alla formazione costituisce quindi una notevole sfida per il settore.

Se l'aumento avviene nei termini stimati, in teoria sarebbe possibile coprire, entro il 2029, il fabbisogno di personale supplementare e il bisogno di sostituzione in caso di pensionamento. La lacuna tra nuovo personale disponibile e fabbisogno di personale viene a crearsi essenzialmente a causa delle partenze anticipate e degli abbandoni che si producono al momento del passaggio dalla formazione al mondo del lavoro. In che misura il sistema sanitario svizzero può coprire il proprio fabbisogno di personale dipende pertanto ampiamente da quanto succede entrando nel mondo del lavoro e dalla durata di mantenimento della professione da parte del personale sanitario.

La formazione e il mantenimento del personale sono quindi misure che devono essere attuate di pari passo. In entrambi gli ambiti le aziende hanno una grande responsabilità, e, affinché possano assumerla appieno, la politica e le autorità devono creare condizioni quadro che consentano loro (e agli altri attori) non soltanto di formare personale sanitario in quantità sufficienti, ma anche di mantenere il personale nella professione grazie a condizioni di lavoro appropriate.

1 Einleitung

Die Covid-19-Pandemie hat die Angehörigen der Pflege- und Betreuungsberufe in nie dagewesener Weise in den öffentlichen Fokus gerückt. Sie haben bei der Behandlung von Covid-Patientinnen und -Patienten eine enorme Arbeit geleistet und waren über Monate grossen Belastungen ausgesetzt. Die Pandemie hat den Fachkräftemangel und die Abhängigkeit von ausländischem Pflegepersonal, insbesondere in den grenznahen Regionen, einmal mehr vor Augen geführt. Die Bemühungen, um über ausreichend gut qualifiziertes Pflege- und Gesundheitspersonal zu verfügen, beschäftigen die Schweizer Politik aber nicht erst seit der Corona-Pandemie. So haben der Bund, die Kantone und die Branche in den vergangenen Jahren verschiedene Massnahmen zur Nachwuchssicherung beim Gesundheitspersonal ergriffen. 2010 hatte der Bund den Masterplan «Bildung Pflegeberufe» lanciert mit dem Ziel, die Zahl der Abschlüsse in der Pflege zu erhöhen. Dies gelang zwar bis zum Ende des Masterplans 2015, aber nicht in ausreichendem Mass. Im Rahmen seiner Strategie Gesundheit 2020 beschloss der Bundesrat im Dezember 2016 deshalb spezifische Massnahmen zur Verbesserung der Fachkräftesituation und zur Erhöhung der Berufsverweildauer in der Langzeitpflege. Die Betriebe, die kantonalen OdA Gesundheit, die Bildungsanbieter und die Kantone wiederum haben ihr Engagement zur Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse in der Pflege und in den anderen Gesundheitsberufen erfolgreich verstärkt. In letzter Zeit wurden aber auch weitere wissenschaftliche Grundlagen zur Personal- und Fachkräftesituation in der Schweiz generiert. Dazu gehört die seit 2017 laufende Kooperation der Fachhochschulen Gesundheit, die sich im Competence Network Health Workforce (CNHW) zusammengeschlossen haben und Forschungsbeiträge sowie Handlungsansätze gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen erarbeiten. Ebenfalls erwähnenswert ist die vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel durchgeführte nationale Studie SHURP (Swiss Nursing Homes Human Resources Project). Die Studie untersuchte die Pflegequalität und Personalsituation in Schweizer Pflegeheimen und dauerte von 2017 bis 2020.

Auch auf der politischen Ebene ist das Thema präsent. Die Schweizer Stimmbevölkerung wird am 28. November 2021 über die Volksinitiative für eine starke Pflege (Pflegeinitiative) abstimmen. Die Initiative fordert mehr Pflegepersonal und die Sicherung der Qualität in der Pflege und nimmt dazu den Bund und die Kantone stärker in die Pflicht. Sollte die Initiative abgelehnt werden, so wird der vom Parlament ausgearbeitete indirekte Gegenvorschlag in Kraft treten. Dieser beinhaltet eine Ausbildungs-

offensive und die Möglichkeit für das diplomierte Pflegefachpersonal, bestimmte Pflegeleistungen ohne ärztliche Anordnung zu lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen.

Damit die beschriebenen Massnahmen möglichst zielgerichtet und die politischen Diskussionen faktenbasiert erfolgen, ist eine umfassende Datengrundlage notwendig. Der vorliegende Bericht bietet diese. Er liefert die zentralen Informationen zur Entwicklung in den vergangenen Jahren sowie zur aktuellen Situation und enthält Prognosen für die kommenden Jahre. Das Obsan, die GDK und OdASanté pflegen seit mehreren Jahren eine Zusammenarbeit in diesem Bereich. Das Obsan erarbeitete dabei die Prognosen zum künftigen Bedarf an Gesundheitspersonal (Jaccard et al., 2009; Merçay et al., 2016), während die GDK und OdASanté den Ausbildungsbedarf ableiteten und Massnahmen aufzeigten (Dolder et al., 2009, 2016).

Für diese zweite Aktualisierung der Resultate wurden die beiden Berichte des Obsan und der GDK/OdASanté in einer einzigen Publikation vereint. Das Obsan hat die gesamten Berechnungen zur Beschreibung der Personalbestände und zur Berechnung des Nachwuchsangebots und -bedarfs vorgenommen (Kapitel 2 bis 9). GDK und OdASanté haben die beiden Kapitel zur aktuellen Rekrutierungssituation sowie zu den Handlungsfeldern und Massnahmen beige-steuert (Kapitel 10 und 11).

Eine Expertengruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Gesundheitsinstitutionen, aus den kantonalen OdA sowie aus kantonalen Gesundheitsdepartementen hat das Projekt über seine verschiedenen Etappen begleitet. Dank ihrer praktischen Erfahrung konnten die Mitglieder der Gruppe die beobachteten Entwicklungen interpretieren und Informationen zu Aspekten einbringen, die von den verfügbaren Daten nicht abgedeckt werden. Der Begleitgruppe gebührt ein grosser Dank für ihre wertvolle Unterstützung.

Der Fokus dieses Berichts liegt auf dem Pflege- und Betreuungspersonal der Gesundheitsinstitutionen (Spitäler und Kliniken, Alters- und Pflegeheime und Spitex-Dienste). Die Beschreibung des Personalbestandes im Jahr 2019, die Entwicklungen seit 2012 sowie Nachwuchsbedarf und -angebot bis 2029 konzentrieren sich auf diese Personalkategorie. Die Ausbildungstätigkeit und die Rolle der Migration werden ebenfalls untersucht. Das Prognosemodell wurde im Rahmen dieses neuen Berichts verfeinert, indem die Bildungsverläufe und Berufslaufbahnen zur Bestimmung des künftigen Nachwuchsangebots und -bedarfs einbezogen wurden.

Zur Tätigkeit des medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Personals im praxisambulanten Bereich stehen zurzeit nur wenige Informationen zur Verfügung. Die verschiedenen Datenquellen werden in einem eigenen Kapitel untersucht und zusammengestellt, um so ein ungefähres Bild von den in den MTT-Berufen tätigen Personen zu erhalten.

Der vorliegende Bericht soll somit den verschiedenen Akteuren und der Politik die nötigen Informations- und Handlungsgrundlagen liefern, damit die Anstrengungen zur Ausbildung und Personalsicherung in den Gesundheitsberufen auch in Zukunft fortgeführt, wo nötig verstärkt und bestmöglich auf den Bedarf ausgerichtet werden.

2 Methodik

2.1 Beschreibung der Personalbestände

2.1.1 Spitalpersonal

Die Krankenhausstatistik (KS) erfasst die Einzeldaten der im Berichtsjahr in den Institutionen (Spital oder Geburtshaus) vertraglich angestellten Personen (internes Personal). Die Erhebung umfasst das Personal des stationären und des ambulanten Spitalbereichs. Welcher Anteil der Tätigkeit des Personals auf welchen dieser Bereiche entfällt, ist nicht bekannt.

Die KS erhebt die **Funktion der Mitarbeitenden** und nicht ihren Ausbildungsabschluss bzw. ihr Ausbildungsniveau. Eine Pflegefachperson, die als medizinische Kodiererin tätig ist, wird somit grundsätzlich unter dem Administrativpersonal erfasst. Für die Analyse werden die Funktionen dem entsprechenden Ausbildungsniveau zugeordnet (BFS 2013). Der Ausbildungsgang kann

jedoch nicht eruiert werden (z.B. FH-Ausbildung [Tertiär A] oder HF-Ausbildung [Tertiär B] beim Pflegefachpersonal der Tertiärstufe).

Die Information, ob sich die Person **in Ausbildung** befindet, wird erhoben. Die Personen werden unter ihrer zukünftigen Funktion erfasst. In gewissen Spitälern werden die Pflegestudierenden, die ihre praktische Ausbildung im Spital absolvieren, wahrscheinlich nicht systematisch erfasst. Um regionale Vergleiche zu ermöglichen, wurden die Personen in Ausbildung der Funktionskategorie 8 (dipl. Pflegefachperson) aus der analysierten Datenbasis entfernt.

In der Analyse enthalten sind die Personen, die den **Leistungsstellen** «Ärztinnen und Ärzte / Pflegepersonal» (M100–M990) und «Medizinisch-technisches Personal / Medizinisch-therapeutisches Personal» (T100–T700) zugeteilt sind. Auf das den Leistungsstellen «Hausdienstpersonal / Technische Dienste / Administrativpersonal» (I100–I500 und E100–200) zugeordnete Personal wird subsidiär eingegangen.

T 2.1 Erhobene Funktionskategorien der Krankenhausstatistik und ihre Kategorisierung für die Analysen

Funktionskategorie	Code	Kategorisierung für die Analysen		
Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	7	Pflege- und Betreuungspersonal	Tertiärstufe	
Dipl. Pflegefachperson	8			
Pflege Sekundarstufe II	9			
Pflege Assistenzstufe	10		Sekundarstufe II	EFZ
Sonstiges Pflegepersonal	11			EBA
Hebamme	12		Andere/ohne Bildung	
Hebamme	12	Hebamme		
Techn. Operationsfachperson	13	Medizinisch-technische Berufe		
Med.-techn. Radiologiefachperson	14			
Biomed. Analytiker/in	15			
Med.-techn. Personal Sek II	16			
Rettungssanitäter/in	17			
Transportsanitäter/in	18			
Physiotherapeut/in	20	Medizinisch-therapeutische Berufe		
Ergotherapeut/in	21			
Ernährungsberater/in	22			
Logopädie	23			
Aktivierungstherapeut/in	24			
Psychologin/Psychologe	25			
Med. Masseur/in	26			
Med.-therapeut. Personal Sek II	27			
Andere/r Therapeut/in	32			

© Obsan 2021

Die Anzahl der in den Spitälern beschäftigten Personen bezieht sich auf den Personalbestand am 31. Dezember. Die Ergebnisse zu den Vollzeitäquivalenten (VZÄ) umfassen das Total der VZÄ aller während des Jahrs beschäftigten Personen. Der **durchschnittliche Beschäftigungsgrad** wurde berechnet, indem die Anzahl VZÄ des ganzen Jahrs ins Verhältnis zum Personalbestand Ende Jahr gesetzt wurde. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad entspricht daher nicht dem individuellen Arbeitspensum, weil nicht ermittelt werden kann, auf welchen Zeitraum des Jahrs sich das berechnete VZÄ bezieht. Wenn unter dem Jahr zusätzliches Personal angestellt wird, handelt es sich beim berechneten durchschnittlichen Beschäftigungsgrad um eine Unterschätzung des tatsächlichen durchschnittlichen individuellen Beschäftigungsgrads.

Zudem können die **Eintrittsrate (ER)**, die **Austrittsrate (AR)** und die **Fluktuationsrate (FR)** des Personals geschätzt werden. Die Eintritts- und Austrittsrate entsprechen der Anzahl Rekrutierungen (hier berechnet anhand des von einem Jahr zum anderen zusätzlich erfassten Personals und des Ersatzbedarfs, ausgedrückt in der Anzahl Austritte im Verlauf des Jahrs) bzw. der Anzahl Austritte im Verhältnis zum Personalbestand der Vorperiode, multipliziert mit hundert. Die Fluktuationsrate entspricht der Summe der Ein- und Austrittsquote geteilt durch zwei.

$$ER_{Jahr,a} = \frac{(Bestand_{Jahr,a} - Bestand_{Jahr-1,a}) + Austritte_{Jahr,a}}{Bestand_{Jahr-1,a}} \times 100$$

$$AR_{Jahr,a} = \frac{Austritte_{Jahr,a}}{Bestand_{Jahr-1,a}} \times 100$$

$$FR_{Jahr,a} = \frac{(ER_{Jahr,a} + AR_{Jahr,a})}{2}$$

Wobei: $Bestand_{Jahr,f}$ Personalbestand am 31.12

$Austritte_{Jahr,f}$: Anzahl der im Verlauf des Jahrs erfassten Personen, die am 31.12. nicht mehr erfasst sind¹

a: Ausbildungsniveau

Für die Beschreibung des Personalbestandes und die Berechnung der Prognosen zum zukünftigen Bedarf wird das Gesundheitspersonal der Spitälern nach **Tätigkeitsgebiet** unterschieden: Akutpflege, Psychiatrie sowie Rehabilitation und Geriatrie. In den Arbeiten des Obsan wird jeder stationäre Fall anhand mehrerer Kriterien (insbesondere Hauptkostenstelle, Spitaltyp, Abrechnungstarif) einem Tätigkeitsgebiet zugeordnet². Um das Tätigkeitsgebiet jeder Person zu definieren, wird folgendes Vorgehen angewandt:

- Wenn ein Spitalstandort nur stationäre Fälle eines einzigen Tätigkeitsgebiets hat, wird das ganze Personal diesem Gebiet zugeteilt.
- Behandelt ein Spitalstandort Fälle mehrerer Tätigkeitsgebiete, so erfolgt die Zuordnung des Gesundheitspersonals zum Tätigkeitsgebiet anhand der Leistungsstelle (M500: Psychiatrie, M900 und M950: Rehabilitation und Geriatrie, übrige Leistungsstellen: Akutpflege).

2.1.2 Personal in Alters- und Pflegeheimen

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) wird anhand eines Fragebogens A für die Alters- und Pflegeheime und eines Fragebogens B für die übrigen sozialmedizinischen Institutionen (Institutionen für Personen mit Behinderungen oder Suchtproblemen; Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen) erstellt. Mit den Daten des Fragebogens B kann das in diesen Institutionen tätige Gesundheitspersonal nicht genau erfasst werden. Auf die für 2015 verfügbaren Ergebnisse wird ergänzend eingegangen. Somit wird nur der Fragebogen A für die Alters- und Pflegeheime eingehend behandelt. Mit diesem Fragebogen werden die Einzeldaten aller im Berichtsjahr in den Institutionen vertraglich angestellten Personen erfasst. Für alle Mitarbeitenden wird der **höchste Ausbildungsabschluss** erhoben.

Gezählt wird das Gesundheitspersonal, das den **Besoldungskonten** 30 (Ärzte und andere Akademiker), 311 (Pflege Fachpersonal), 312 (Pflege Assistenzpersonal), 313 (Pflegepersonal in Ausbildung) und 32 (Personal andere medizinische Fachbereiche + Alltagsgestaltung) zugeteilt ist³.

Die Arbeitszeit aller Mitarbeitenden wird nach **Tätigkeitsgebiet**⁴ aufgeteilt. Beim Pflege- und Betreuungspersonal zeigt sich, dass die Tätigkeitspalette je nach Kanton unterschiedlich ist. Umgekehrt wird ein Teil der Arbeitszeit der Personen mit einem Ausbildungsabschluss ausserhalb des Pflege- und Betreuungsbereichs der Pflege zugerechnet. Aufgrund dieser Beobachtungen wurde die Liste der in die Analyse einzuschliessenden Berufskategorien gegenüber dem Vorgängerbericht ergänzt (Aufnahme der Kategorien «Dipl. Sozialarbeiter/in, dipl. Sozialpädagoge/in», «Andere Ausbildungen» und «Person ohne Ausbildungsabschluss»).

¹ Hier wird davon ausgegangen, dass die im Verlauf des Jahrs erfassten Personen bereits im Vorjahr im Unternehmen tätig waren.

² Gemäss der Obsan-Definition: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-falldefinition-MS>

³ Das Personal der Besoldungskonten 33 (Verwaltungspersonal), 34 (Ökonomie-, Hausdienstpersonal) und 35 (Personal technischer Betriebe) wurde aus der Analyse ausgeschlossen.

⁴ Pension (C11), Betreuung (C12), KVG-pflichtige Pflege (C13), Therapie und Arzt (C34), Medikamente SL und Material MiGeL (C35), Leitung und Verwaltung (C16), Hauswirtschaft allg. (C17), Technischer und Transport-Dienst (C18), Verpflegungsdienst (C36), Zentralmagazin und Apotheke (C37), Akut- und Übergangspflege (C39), Tages- und Nachtstrukturen (C41), Übriges (C42)

T 2.2 Erhobene Ausbildungen der SOMED und ihre Kategorisierung für die Analysen

Ausbildungskategorie	Code	Kategorisierung für die Analysen	
Dipl. Pflegefachperson mit Weiterbildung	2	Pflege- und Betreuungspersonal	Tertiärstufe
Dipl. Pflegefachperson	3		
Pflegefachperson DNI	4		
Pflegepersonal mit ausländischem Ausweis	6		
Krankenpfleger/-in FA-SRK/PKP	5		Sekundarstufe II
Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ	7		
Betreuungsberufe EFZ	14		
Fachfrau/-mann Betreuung FaBe	21		
Pflegeassistent/-in FA	9		EBA
Assistent/-in Gesundheit und Soziales EBA	22		
Pflegehelfer/-in SRK-Kurs	10	Medizinisch-therapeutische Berufe, Betreuung und KVG-pflichtige Pflege	Andere/ohne Bildung
Medizinische/r Praxisassistent/-in EFZ	8		
Dipl. Therapeut/-in	12		
Dipl. Sozialarbeiter/-in, dipl. Sozialpädagoge/-in	13		
Übrige therapeutische und betreuende Ausbildungen	15		
Andere Ausbildungen	19		
Ohne Ausbildungsabschluss	20		

«Übrige therapeutische und betreuende Ausbildungen»: Gesundheitsberufe sowie Berufe des sozialen Bereichs, ohne Unterscheidung zwischen den Ausbildungsniveaus Sekundarstufe II und Tertiärstufe
© Obsan 2021

Für alle Mitarbeitenden wird erfasst, ob sie sich **in Ausbildung** befinden oder nicht; der angestrebte Abschluss ist jedoch nicht bekannt. In Frage kommen nur Ausbildungen, an denen sich die Institution beteiligt (finanzielle Unterstützung, Zeitgutschriften, betriebsinterne Ausbildung usw.).

Wie auch bei den Spitälern beziehen sich die Ergebnisse zur **Anzahl beschäftigter Personen** auf den Personalbestand am 31. Dezember des betrachteten Kalenderjahrs. Die **Anzahl VZÄ** bezieht sich auf die Zahl der bezahlten Arbeitsstunden aller im betrachteten Jahr beschäftigten Personen, unabhängig davon, ob sie am 31. Dezember noch vertraglich angestellt sind oder nicht. Der **durchschnittliche Beschäftigungsgrad**, bei dem es sich um eine Schätzung des durchschnittlichen individuellen Arbeitspensums handelt (siehe 2.1.1), wurde berechnet, indem die Anzahl VZÄ der während des ganzen Jahrs vertraglich angestellten Personen ins Verhältnis zu den am 31. Dezember beschäftigten Personen gesetzt wurde.

Mit den Daten der SOMED können auch die **Eintritts-, Austritts- und Fluktuationsrate des Personals berechnet werden**. Es wird die gleiche Berechnungsmethode verwendet wie für die Berechnung dieser Raten in den Spitälern.

2.1.3 Spitex-Personal

In der Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Statistik) werden alle Mitarbeitenden erfasst, die im Verlauf eines Kalenderjahrs von einer Spitex-Organisation Lohn erhalten. Zu diesen Organisationen zählen gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Organisationen, private erwerbswirtschaftliche Organisationen

und selbstständige Pflegefachpersonen, die pro Jahr mindestens 250 Leistungsstunden erbringen.

In der Spitex-Statistik wird der **letzterworbene Abschluss** erhoben, der für die ausgeübte Tätigkeit relevant ist. Bei den erhobenen Daten handelt es sich um aggregierte Daten und nicht um Einzeldaten. Die Erhebung erfasst alle während des Erhebungsjahrs beschäftigten Personen, sodass es nicht möglich ist, den Bestand an einem Stichtag (z.B. 31. Dezember) zu ermitteln. Die Zahlen beinhalten daher unterjährige Fluktuationen. Zudem sind Doppelzählungen möglich, wenn eine Person die Spitex-Organisation wechselt. Die VZÄ werden für alle während des Jahrs beschäftigten Personen gezählt.

Um diese Beschränkungen zu umgehen, wird der Personalbestand am 31. Dezember anhand der in der Spitex-Statistik erfassten Anzahl VZÄ und des durchschnittlichen Beschäftigungsgrads, der im Rahmen einer Analyse der Daten der Strukturerhebungen 2016–18 beobachtet wurde, geschätzt. Gemäss dieser Analyse beträgt der Beschäftigungsgrad des Spitex-Pflegepersonals der Tertiärstufe in der Deutschschweiz 61,1%, in der französischen Schweiz 69,8% und im Tessin 68,1%. In der Deutschschweiz ist dieser durchschnittliche Beschäftigungsgrad insbesondere vergleichbar mit jenem der SPOT-Studie der Universität Basel (64%) (Möckli et al., 2020). Zudem entsprechen die Beschäftigungsgrade für den stationären Bereich gemäss den Daten der Strukturerhebungen ziemlich genau jenen der Datengrundlagen der KS und der SOMED. Dieser revidierte Personalbestand wird parallel zu dem in der Spitex-Statistik erfassten Bestand erläutert und dient als Grundlage für die Berechnung der Prognosen zum zukünftigen Personalbedarf.

Die Spitex-Statistik enthält keine anderen Informationen zum Personal wie das Geschlecht, das Alter oder die Herkunft des Diploms.

T 2.3 Erhobene Ausbildungen der Spitex-Statistik und ihre Kategorisierung für die Analysen

Ausbildungskategorie	Code	Kategorisierung für die Analysen	
Pflegefachfrau / Pflegefachmann FH	100	Pflege- und Betreuungspersonal	Tertiärstufe
Diplomierte Pflegefachfrau / diplomierter Pflegefachmann HF	110		
Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau II	111		
Diplom: Krankenschwester/-pfleger AKP/GKP/KWS/PsyKP	112		
Pflegefachfrau DNI / Pflegefachmann DNI oder Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau I	120		
Nachdiplom Gesundheitsschwester/-pfleger, Fachbereich spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege	140		
Nachdiplom Gesundheitsschwester/-pfleger, Fachbereich Mütter-/Väterberatung	141		
Andere Nachdiplomausbildungen (HÖFA I, Pflegeleitung, Palliative Care,...)	142		
Fähigkeitsausweis: Krankenpfleger/in FA SRK	121		
Hauspfleger/in (EFZ oder kantonales Diplom), Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ	130		EFZ
Betagtenbetreuer/in, Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ	132	Pflege- und Betreuungspersonal	Sekundarstufe II
Pflegeassistent/in SRK, Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	133		EBA
Pflege-/Betreuungskurse (z.B. SRK-Grundkurs Pflegehelferin)	154	Andere/ohne Ausbildung	
Hebamme	113	Hebamme	
Therapeutische Ausbildung mit Diplom (Ergo-, Physiotherapie u.ä.)	151	Medizinisch-therapeutische Berufe	
Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ	131	Medizinische/r Praxisassistent/in	

© Obsan 2021

Die Spitex-Statistik umfasst eine gewisse Anzahl Organisationen, die keine Hilfe- und Pflegeleistungen im engeren Sinn erbringen. Dabei handelt es sich beispielsweise um die kantonalen Lungenligen, die viele kurze Gespräche und Beratungen durchführen. Diese Organisationen wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

2.1.4 Quellen der Daten des im ambulanten Bereich tätigen Gesundheitspersonals

Mit der KS, der SOMED und der Spitex-Statistik **kann das im ambulanten Bereich tätige Gesundheitspersonal nicht erfasst werden**. Um diesen Bereich abzudecken (vgl. Kapitel 6), wurden mehrere Datenquellen verwendet und kombiniert, um ein möglichst umfassendes Bild des Gesundheitspersonals zu erhalten, das teilweise oder ganz im ambulanten Bereich tätig ist. Betroffen sind hauptsächlich die Berufe des medizinisch-therapeutischen Bereichs.

Ende 2020 wurde **bei den Berufsverbänden** eine **Umfrage** durchgeführt. Gefragt wurde nach der Anzahl Aktivmitglieder, ihrer Verteilung in der Schweiz, ihrem Tätigkeitsbereich (ambulant oder stationär) sowie ihren soziodemografischen und beruflichen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Beschäftigungsgrad). Die Mitgliederstatistiken der Berufsverbände bieten den Vorteil, dass sie die im ambulanten Bereich tätigen Gesundheitspersonen abdecken. Die Aussagekraft dieser Informationen ist jedoch abhängig vom Anteil der Gesundheitspersonen, die Mitglied dieser Verbände sind.

Als Ergänzung wurden die Daten des **Nationalen Registers der Gesundheitsberufe** (NAREG) verwendet (Stand am 28. Mai 2020). Im Register werden die Personen erfasst, die über einen

Abschluss in einem Beruf gemäss dem Anhang der Interkantonalen Diplomanerkennungsvereinbarung (IKV) verfügen. Dazu zählen auch anerkannte ausländische Diplome. Das Register enthält zudem Informationen zu den Berufsausübungsbewilligungen. Je nach Kanton können die Anforderungen an die Berufsausübungsbewilligung für die verschiedenen Berufe jedoch unterschiedlich sein.

Schliesslich wurden auch die Ergebnisse einer Analyse auf Basis der **Strukturerhebungen 2016–18** für die in dieser Erhebung identifizierbaren Gesundheitsberufe verwendet. Die vollständigen Ergebnisse dieser Analyse wurden 2021 publiziert (Lobsiger et al.).

2.2 Beschreibung der Ausbildungstätigkeit

Um die jüngsten Tendenzen im Ausbildungsbereich zu beschreiben, wurde die Entwicklung der Anzahl **Abschlüsse** zwischen 2012 und 2019 herangezogen (vgl. Kapitel 7.1). Die Abschlüsse der Sekundarstufe II und der höheren Berufsbildung (HF, Tertiär B) werden in der Statistik der Bildungsabschlüsse (SBA) erfasst, während die Abschlüsse der Tertiärstufe A (FH und Universität) im Schweizerischen Hochschulinformationssystem (SHIS) dokumentiert sind.

Die gleiche Person, die mehrere Abschlüsse (unabhängig vom Ausbildungsniveau) erlangt, wird jedes Mal in der entsprechenden Statistik erfasst. Es kommt nicht selten vor, dass Personen in ihrer beruflichen Laufbahn mehrere Gesundheitsberufe nacheinander erlernen. Die Daten des Programms des BFS «Längsschnittanalysen im Bildungsbereich» (LABB) wurden daher analysiert, um die **Bildungsverläufe** im Pflegebereich zu beschreiben (vgl. Kapitel 7.2). Die vollständigen Ergebnisse dieser Analysen

wurde separat publiziert (Merçay et al., 2021). Anschliessend wurden diese Daten für die Berechnung des Nachwuchsangebots an Pflegepersonal der Sekundarstufe II verwendet (vgl. Kapitel 9.2). Zudem können auch mit den Daten des NAREG die Personen ermittelt werden, die mehrere der im Register erfassten Abschlüsse erlangt haben.

2.3 Beschreibung der Wanderungsbewegungen

Mit dem Zentralen Migrationsinformationssystem (ZEMIS) des Staatssekretariats für Migration können die Bewegungen der im Gesundheitsbereich tätigen Migrationspersonen dokumentiert werden. Es wird unterschieden zwischen **Eintritt** (Einwanderung) und **Austritt** (Auswanderung) des ausländischen Gesundheitspersonals, wobei der **Wanderungssaldo** der Differenz zwischen der Anzahl Eintritte und Austritte entspricht. Er

zeigt, ob es dank der Einwanderung zu einem Anstieg des Personals (positive Wanderungsbilanz) oder aufgrund der Auswanderung zu einer Abnahme (negative Wanderungsbilanz) gekommen ist. Dabei ist zu beachten, dass eine Person, die eine abgelaufene Bewilligung erneuert, gleichzeitig in den Ein- und den Austritten erscheint. Die Wirkung auf den Wanderungssaldo ist hingegen null.

Der **Beruf** der ausländischen Arbeitskräfte wird anhand des Verzeichnisses der persönlichen Berufe (Meier, 1996) erhoben. Da diese Nomenklatur seither mehrmals überarbeitet wurde, decken die berücksichtigten Analysekategorien nicht mehr genau die gleichen Berufe ab wie die anderen Datenquellen.

Im Rahmen dieser Analyse wurden die **Aufenthaltsbewilligungen** in drei Kategorien eingeteilt: Aufenthaltsbewilligung, Kurzaufenthaltsbewilligung (maximale Gültigkeit 12 Monate) und Grenzgängerbewilligung. Beim **Tätigkeitsbereich** werden die Sektoren Lehre und Forschung, ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, sozialmedizinische Institutionen, private Stellenvermittlungsbüros und andere unterschieden.

T 2.4 Erhobene Kategorien der erlernten Berufe im ZEMIS und ihre Kategorisierung für die Analysen

Kategorie des erlernten Berufes	Code	Kategorisierung für die Analysen	
Kinderkrankenschwestern	425.02	Pflege- und Betreuungspersonal	Tertiärstufe
Psychiatriepfleger	425.03		
Krankenschwestern	425.04		Sekundarstufe II
Spitalgehilfen, Hilfsschwestern/-pfleger	425.05		Sonstige Krankenpflegeberufe
Sonstige Krankenpflegeberufe	425.07		
Hebammen	425.01	Hebammen	
Medizinisch-technische Assistenten	422.06	Medizinisch-technische Berufe	
Übrige Berufe der Therapie und der med. Tech.	422.07		
Medizinische Laboranten	422.08		
Physiotherapeuten, Ergotherapeuten	422.01	Medizinisch-therapeutische Berufe	
Hauspflegerinnen, Gemeindefrankenschwestern	425.06	Andere	

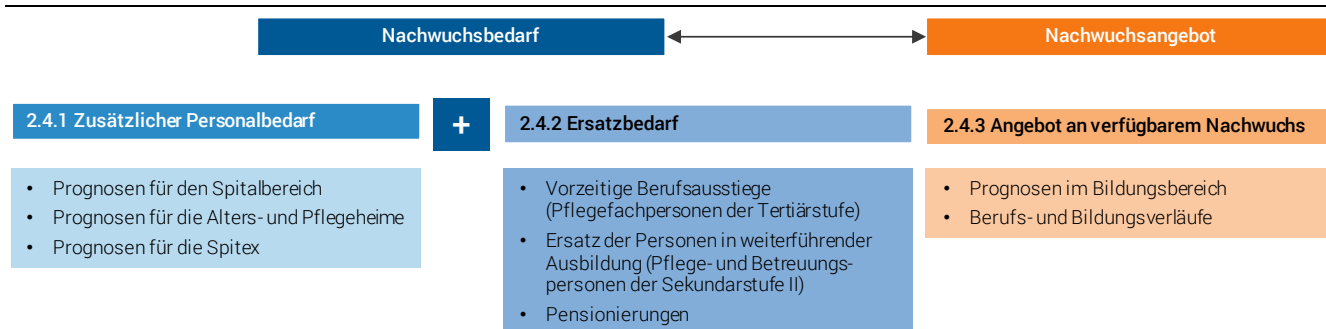
© Obsan 2021

2.4 Quellen des Modells für die Prognosen zum Nachwuchsangebot und -bedarf

Um einzuschätzen, inwieweit der Bedarf der Gesundheitsinstitutionen an Pflege- und Betreuungspersonal bis 2029 mit dem Nachwuchs gedeckt werden kann, wurde ein Prognosemodell für das Nachwuchsangebot und den Nachwuchsbedarf erarbeitet. Ausgangspunkt für die Analyse ist das Jahr 2019. Im Zentrum stehen die Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe, für die mit den verfügbaren Daten eine detaillierte Analyse des Nachwuchsangebots und -bedarfs vorgenommen werden kann.

Für die Berechnung des **Nachwuchsbedarfs** berücksichtigt dieses Modell den **Bedarf an zusätzlichem Personal** im Zusammenhang mit der Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und den **Ersatzbedarf** aufgrund der vorzeitigen Berufsausstiege (Pflegefachpersonen der Tertiärstufe), der Bildungsübergänge (Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II) und der Pensionierungen (G 2.1). Das **Nachwuchsangebot** besteht aus ausgebildeten Personen, die in den Arbeitsmarkt eintreten, um ihren Beruf auszuüben. In diesem Kapitel werden die Datenquellen sowie die Methode für die Berechnung der verschiedenen Komponenten des Prognosemodells beschrieben. Die Ergebnisse werden im Kapitel 9 eingehend erläutert.

G 2.1 Vereinfachtes Modell für die Prognosen zum Nachwuchsangebot und -bedarf zwischen 2019 und 2029



Obsan-Modell

© Obsan 2021

2.4.1 Zusätzlicher Personalbedarf

Die Berechnung des zukünftigen Personalbedarfs beruht grundsätzlich auf den Prognosen des Obsan zur künftigen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Diese Prognosen wurden zum einen für den Spitalbereich und zum anderen für die Langzeitpflege erstellt. Für jeden Bereich wurde anhand der Daten von 2019 ein **Aktivitätsindikator** (Anz. Pflegepersonen pro Fall im Spital / pro Bewohner/in Alters- und Pflegeheimen / pro Klient/in der Spitex) berechnet. Unter der Annahme, dass diese Aktivitätsindikatoren sowie andere Parameter (Beschäftigungsgrad, Grademix usw.) im Zeitverlauf konstant bleiben, kann der künftige Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal aus der künftigen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen abgeleitet werden.

Das Prognosemodell basiert unabhängig vom Pflegebereich auf einem **Referenzszenario** sowie einem **tiefen und hohen Szenario der Bevölkerungsentwicklung der Kantone**, die vom BFS für den Zeitraum 2020–2050 erstellt wurden (Kohli et al., 2020). Diese Szenarien beruhen auf spezifischen Hypothesen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, der Sterblichkeit und der Wanderungsbewegungen:

- **Referenzszenario:** Bei einer leichten Zunahme der Geburtenhäufigkeit, einer fortgesetzten Abnahme der Sterblichkeit und einem leichten Anstieg des Wanderungssaldos zwischen 2020 und 2030 beläuft sich die durchschnittliche jährliche

Wachstumsrate der ständigen Wohnbevölkerung bis 2035 auf 6,2%.

- **Hohes Szenario:** Bei einer starken Zunahme der Geburtenhäufigkeit, einem markanten Rückgang der Sterblichkeit und einem Anstieg des Wanderungssaldos bis 2030 liegt die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der ständigen Wohnbevölkerung bis 2035 bei 9,1%.
- **Tiefes Szenario:** Bei einer Abnahme der Geburtenhäufigkeit, einem geringeren Rückgang der Sterblichkeit und einem konstanten Wanderungssaldo beläuft sich die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der ständigen Wohnbevölkerung bis 2035 auf 3,1%.

Prognosen für den Spitalbereich

Die Methode zur Berechnung des künftigen Pflegebedarfs in den Spitälern und Kliniken beruht auf dem Modell für die Spitalplanung des Obsan (Jörg et al., 2019). Damit lassen sich auf kantonalen Ebene Prognosen zur Inanspruchnahme von Spitalleistungen erstellen. Im vorliegenden Bericht wird nicht die zukünftige Inanspruchnahme der Bevölkerung des Kantons, sondern der zukünftige Bedarf an Spitalleistungen im Kanton beigezogen. Ein Kanton mit einem Universitätsspital weist einen grösseren Personalbedarf auf. Dieser entspricht dem Einzugsgebiet des Spitals (das über die Kantonsgrenze hinausgeht) und nicht der Wohnbevölkerung des Kantons. Die Prognosen werden daher

nach Kantonen geschichtet und berücksichtigen die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen der Kantone.

Dieses Modell des Obsan zur künftigen Inanspruchnahme von Spitalleistungen beruht auf der Hypothese, dass die Hospitalisierungsraten nach Fallgruppe (DRG) und Alter sowie nach Kanton im Zeitverlauf konstant bleiben. Mögliche epidemiologische Entwicklungen, medizinisch-technische Fortschritte, die Auswirkungen auf die Diagnose- und Behandlungsverfahren haben könnten, sowie Änderungen der Präferenzen der Bevölkerung wurden somit in den Prognosen nicht berücksichtigt. Zudem wird davon ausgegangen, dass im Referenzjahr (2019) die erbrachten Pflegeleistungen die Nachfrage angemessen decken (kein ungedeckter Bedarf, keine übermässige Inanspruchnahme).

Die Prognosen werden für jedes **Tätigkeitsgebiet (Akutpflege, Psychiatrie sowie Rehabilitation und Geriatrie)** berechnet⁵, indem der künftige Personalbedarf unter Berücksichtigung der erwarteten Entwicklung der Anzahl Fälle festgelegt wird.

Im Gegensatz zu den früheren Prognosen wird bei den Szenarien für die Akutpflege nicht von einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer ausgegangen. Es wird angenommen, dass ein Grossteil des Verkürzungspotenzials bei den Aufenthaltsdauern seit der Reform der Spitalfinanzierung von 2012 umgesetzt wurde. Berücksichtigt wird hingegen das Potenzial einer Verlagerung vom stationären in den spitalambulanten Bereich in der Akutpflege. Die diesbezüglichen Szenarien sind relativ konservativ, da sie nur auf der Liste der ambulant durchzuführenden Eingriffe beruhen (Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Die Verlagerung in den ambulanten Bereich kann aber auch Eingriffe betreffen, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind.

Um der Breite der möglichen Entwicklungen Rechnung zu tragen, wurden die Bevölkerungsszenarien und die Szenarien für die Verlagerung in den spitalambulanten Bereich wie folgt kombiniert:

- **Referenzszenario:** Referenz-Bevölkerungsszenario und Verlagerung von 20% der ambulant durchzuführenden Eingriffe gemäss Anhang 1a KLV
- **Minimalszenario:** tiefes Bevölkerungsszenario und Verlagerung von 80% der ambulant durchzuführenden Eingriffe gemäss Anhang 1a KLV
- **Maximalszenario:** hohes Bevölkerungsszenario und keine Verlagerung der ambulant durchzuführenden Eingriffe gemäss Anhang 1a KLV

Für die Prognosen in den Bereichen **Psychiatrie** und **Rehabilitation/Geriatrie** wurden nur die verschiedenen Bevölkerungsszenarien berücksichtigt.

Prognosen im Bereich der Langzeitpflege

Das Modell für die Prognosen zum Bedarf in Strukturen der Langzeitpflege des Obsan (siehe Kasten 1) dient als Grundlage für die

Berechnung des zukünftigen Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal. Es berücksichtigt die Inanspruchnahme der Alters- und Pflegeheime und der Spitex im Jahr 2019 und erstellt Prognosen zur Inanspruchnahme dieser Dienste bis 2035. Auf dieser Grundlage wird angenommen, dass der Personalbedarf parallel zur Inanspruchnahme von Leistungen in diesen beiden Institutionstypen ansteigen wird.

Es ist zu beachten, dass die intermediären Strukturen (teilstationäre Strukturen, betreutes Wohnen) nicht modelliert werden, da auf nationaler Ebene keine Daten zu diesem Thema existieren. Da jedoch das Personal, das die Pflegeleistungen in diesen Strukturen erbringt, im Allgemeinen von der Spitex oder allenfalls von Alters- und Pflegeheimen angestellt ist, wird der Personalbedarf dieser intermediären Strukturen in den Prognosen indirekt berücksichtigt.

⁵ Gemäss der Obsan-Definition:
<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-falldefinition-MS>

Kasten 1 Das Modell für die Berechnung des zukünftigen Bedarfs in der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex-Dienste)

Im Folgenden wird der zukünftige Bedarf der Bevölkerung ab 65 Jahren in den verschiedenen Strukturen der Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime, Spitex-Dienste oder kantonsspezifische Betreuungsstrukturen) für die Jahre 2020 bis 2035 berechnet. Die Methode zur Berechnung des Bedarfs basiert auf verschiedenen Publikationen und Analysen, die das Obsan im Rahmen der Planung der Langzeitpflege für die Kantone zur Verfügung stellt (Bayer-Oglesby et al., 2010; Dutoit, et al., 2016a; Dutoit et al., 2016b; Füglistler-Dousse et al., 2015; Seematter-Bagnoud et al., 2021; Werner, et al., 2016). Die Prognosen können durch verschiedene hypothetische Szenarien beeinflusst werden: demografische Szenarien zur Entwicklung der älteren Bevölkerung, epidemiologische Szenarien zum zukünftigen Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung sowie strategische Szenarien, welche es einem Kanton erlauben, kantonsspezifische Beobachtungen oder politische Strategien (wie z.B. «ambulant vor stationär») zu modellieren.

Die Funktionsweise des Modells kann grob in drei Schritte unterteilt werden. In einem ersten Schritt werden die Modellparameter auf Basis der aktuell verfügbaren Informationen der jeweiligen Strukturen im Referenzjahr berechnet. Je nach Struktur sind dies beispielsweise die Rate der Inanspruchnahme einer Struktur oder die erbrachte Anzahl Stunden an Leistungen pro Klientin bzw. Klient. In einem zweiten Schritt werden die Modellparameter – um neben den demografischen Veränderungen auch weitere Einflussfaktoren berücksichtigen zu können – anhand der epidemiologischen und politischen Szenarien modifiziert. Im dritten Schritt werden die modifizierten Modellparameter auf die demografische Entwicklung angewandt und somit die Prognosen für die Bevölkerung ab 65+ Jahren berechnet. Neben den modifizierten Parametern werden auch die konstanten Modellparameter aus dem Referenzjahr (Status quo) angewandt.

Mit den drei verwendeten Bevölkerungsszenarien (siehe 2.4.1 erster Abschnitt), die alle in unterschiedlichem Mass von einer längeren Lebenserwartung ausgehen, kann die Entwicklung der Anzahl Personen ab 65 Jahren berechnet werden. Die Prognosen für die Langzeitpflege beruhen zudem auf **epidemiologischen Szenarien**, mit denen die Qualität der gewonnenen Lebensjahre und die damit einhergehende Pflegebedürftigkeit geschätzt werden. Diese drei epidemiologischen Szenarien werden wie folgt definiert:

- **Referenzszenario:** Dieses Szenario folgt der Hypothese, dass die Lebenserwartung ansteigt, während die Pflegebedürftigkeit gleich bleibt wie im Referenzjahr (alle gewonnenen Lebensjahre sind Lebensjahre in guter Gesundheit). Die Pflegebedürftigkeit tritt somit später ein.
- **pessimistisches Szenario:** Dieses Szenario folgt der Hypothese, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit gegenüber dem Referenzjahr leicht ansteigt, basierend auf der Annahme,

dass die Hälfte der Lebensjahre, die durch die gestiegene Lebenserwartung gewonnen werden, Lebensjahre in guter Gesundheit sind. Die Pflegebedürftigkeit tritt somit früher ein als im Referenzszenario.

- **optimistisches Szenario:** Dieses Szenario folgt der Hypothese, dass die Pflegebedürftigkeit gegenüber dem Referenzjahr leicht zurückgeht, basierend auf der Annahme, dass das Eineinhalbfache der Lebensjahre, die durch die gestiegene Lebenserwartung gewonnen werden, Lebensjahre in guter Gesundheit sind. Die Pflegebedürftigkeit tritt somit noch später ein als im Referenzszenario.

Bei der Erläuterung der Ergebnisse (Kapitel 4.2 und 5.2) wird das Referenzszenario mit dem Referenz-Bevölkerungsszenario und dem epidemiologischen Referenzszenario verbunden. Um der Breite der möglichen Entwicklungen Rechnung zu tragen, werden die Kombinationen der «minimalen» und «maximalen» Bevölkerungsszenarien und epidemiologischen Szenarien präsentiert. Es werden also folgende drei Szenarien beschrieben:

- **Referenzszenario:** Referenz-Bevölkerungsszenario und epidemiologisches Referenzszenario
- **Minimalszenario:** tiefes Bevölkerungsszenario und optimistisches epidemiologisches Szenario
- **Maximalszenario:** hohes Bevölkerungsszenario und pessimistisches epidemiologisches Szenario

Prognosen für die Alters- und Pflegeheime

Der zukünftige Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal in Alters- und Pflegeheimen wird gestützt auf die aktuelle und prognostizierte Inanspruchnahme von Heimplätzen berechnet. Berücksichtigt werden alle Langzeitbewohnerinnen und -bewohner ab 65 Jahren. Um ein möglichst genaues Bild der Belegung der Alters- und Pflegeheime über das ganze Jahr zu erhalten, werden die Fälle anhand ihrer Aufenthaltsdauer gewichtet. Eine Person, die das ganze Jahr im Alters- und Pflegeheim verbracht hat, zählt als ganzer Fall, während eine Person, die in der Jahresmitte ins Alters- und Pflegeheim kam, als halber Fall zählt. Auf der Grundlage der Bevölkerungsszenarien und der epidemiologischen Szenarien werden die Ergebnisse für die Jahre 2029 und 2035 für jeden Kanton berechnet.

Prognosen für die Spitex

Für die Berechnung des künftigen Personalbedarfs der Spitex wird vom revidierten Personalbestand ausgegangen (vgl. 2.1.3). Anschliessend wird die Berechnung in zwei Gruppen durchgeführt. Anhand der Verteilung der Pflegestunden pro Klientin oder Klient im Jahr 2019 wird für jeden Kanton geschätzt, wie viel Personal für die Pflege der Personen unter 65 Jahren sowie für die Pflege der Personen ab 65 Jahren erforderlich ist. Im Schweizer Durchschnitt wurden 2019 rund vier Fünftel der Spitex-Pflegestunden für Personen ab 65 Jahren erbracht.

Für den geschätzten Teil des Personals, das Pflegeleistungen für Personen unter 65 Jahren erbringt, wird der künftige Personalbedarf für jeden Kanton allein auf Basis der demografischen Entwicklung der Zahl der Klientinnen und Klienten (Altersklassen: 0–19 Jahre und 20–64 Jahre) berechnet.

Für den geschätzten Teil des Personals, das Pflegeleistungen für Personen ab 65 Jahren erbringt, wird der künftige Personalbedarf anhand des Prognosemodells des Obsan für die Spitex ermittelt. Dieses Modell geht von den Klientinnen und Klienten ab 65 Jahren aus, die Leistungen gemäss der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) erhalten. Parallel zu den Pflegeleistungen, die als medizinische Leistungen gelten, und der damit einhergehenden Bedarfsabklärung werden auch Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach einem Spitalaufenthalt berücksichtigt. Gemäss KLV werden diese Leistungen während höchstens zwei Wochen erbracht und von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Diese Leistungen werden zurzeit jedoch nur selten in Anspruch genommen.

2.4.2 Ersatzbedarf an Pflegepersonal

Pensionierungen

Die Krankenhausstatistik und die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen geben Auskunft über das Alter und Geschlecht der beschäftigten Personen. Für die Ermittlung der Anzahl Pensionierungen bis 2029 werden einerseits die männlichen Pflege- und Betreuungspersonen im Alter von 55 Jahren und älter (Stand 2019) und andererseits die weiblichen Pflege- und Betreuungspersonen im Alter von 54 Jahren und älter (Stand 2019) betrachtet. Da die Spitex-Statistik keine Angaben zum Alter und Geschlecht des Spitex-Personals enthält, wird analog verfahren, indem die Altersstruktur des Personals der Alters- und Pflegeheime auf das Spitex-Personal übertragen wird.

Vorzeitige Berufsausstiege (Pflegefachpersonen der Tertiärstufe)

Um den Ersatzbedarf an Pflegefachpersonal der Tertiärstufe bis 2029 zu schätzen, wurden zum einen die Berufsausstiegsquoten gemäss den Daten der **Strukturerhebungen 2016–2018** und zum anderen die Daten zu den Personalbeständen der Spitäler, Alters- und Pflegeheime und Spitex-Dienste (revidierte Daten) verwendet. Mit der Analyse der Strukturerhebungen kann die Berufsausstiegsquote nach Altersklasse detailliert berechnet werden. Die Ausstiegsquoten umfassen die Personen, die den Arbeitsmarkt verlassen haben, den Beruf gewechselt haben oder ausserhalb der Branche tätig sind (Spital, Alters- und Pflegeheim und ambulanter Bereich). Das gespiegelte Ergebnis ist die Quote des Verbleibs im Beruf, die den in den Gesundheitsinstitutionen erfassten Personalbeständen entsprechen sollte. So ist es möglich,

die theoretische Gesamtzahl der in Pflege ausgebildeten Personen nach Alter zu berechnen. Da die Spitex-Statistik keine Auskunft über das Alter des Spitex-Personals gibt, wird eine ähnliche Altersstruktur wie jene des Personals der Alters- und Pflegeheime verwendet.

Ferner wird davon ausgegangen, dass die Eintritte in den Arbeitsmarkt und die Austritte daraus altersabhängig sind. Da das Alter im Verlauf der Jahre ansteigt, werden die entsprechend angepassten Berufsausstiegsquoten auf die theoretische Gesamtzahl der ausgebildeten Personen übertragen.

Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, dass damit die Nettoquoten der Berufsausstiege berechnet werden. Es wird also dem Umstand Rechnung getragen, dass gewisse Personen wieder in den Arbeitsmarkt eintreten, nachdem sie ihn verlassen haben. Es ist hingegen nicht möglich, einen allfälligen Generationeneffekt zu berücksichtigen, gemäss dem das Berufseinstiegs- und Berufsausstiegsverhalten je nach Kohorte unterschiedlich sein dürfte.

Zudem enthält das Modell eine Hypothese zu möglichen Entwicklungen der Ausstiegsquote. Die berücksichtigte tiefe bzw. hohe Hypothese entspricht der unteren bzw. oberen Grenze des Vertrauensintervalls (95%).

T 2.5 Berufsausstiegsquote der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe nach Altersklasse, in %, 2016–2018

	Berufsausstiegsquote		
	Mittelwert	VI (95%)	
20–24 Jahre	36,0%	32,2%	39,8%
25–29 Jahre	27,2%	24,7%	29,7%
30–34 Jahre	34,5%	32,0%	37,0%
35–39 Jahre	42,0%	39,5%	44,5%
40–44 Jahre	42,7%	40,2%	45,2%
45–49 Jahre	10,9%	38,5%	43,3%
50–54 Jahre	39,8%	37,6%	42,0%
55–59 Jahre	47,3%	45,1%	49,5%
60–64 Jahre	65,1%	62,8%	67,4%
65+ Jahre	98,6%	98,2%	99,0%

Quelle: Strukturerhebungen 2016–2018 (Analyse Büro BSS)

© Obsan 2021

Ersatz der Personen in Ausbildung (Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II)

Der Ersatz der Personen in Ausbildung betrifft hier die Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II, die einen Abschluss der Tertiärstufe erwerben wollen. Ein solcher Übergang verursacht einen Bedarf an Ersatzpersonal der Sekundarstufe II (auf Tertiärstufe wird in den Berechnungen nicht zwischen Personen mit einer spezialisierten und einer generalistischen Ausbildung unterschieden). Mit der SOMED können die Personen ermittelt werden, die eine Ausbildung für einen anderen Abschluss absolvieren. Gleichzeitig wird über das aktuelle Ausbildungsniveau Auskunft gegeben. Da sich die Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II der Alters- und Pflegeheime, die der Kategorie «in Ausbildung» zugeordnet werden, im Übergang zu einem

Abschluss auf Tertiärstufe befinden dürften, werden diese Personen in den Ersatzbedarf eingeschlossen.

In den Spitälern sind die Personen in Ausbildung unter der Funktion erfasst, die dem künftigen Abschluss entspricht. In diesen Institutionen kann somit der Ersatzbedarf auf Sekundarstufe II nicht beurteilt werden.

2.4.3 Prognosen zum Nachwuchsangebot

Prognosen im Ausbildungsbereich

Die Daten zum zukünftigen Angebot an Pflege- und Betreuungspersonal basieren auf den Szenarien 2020–2029 für das Bildungssystem des Bundesamtes für Statistik (Projekt Bildungsperspektiven). Die wichtigsten berücksichtigten Faktoren in den Bildungsszenarien sind die Bevölkerungsdynamik, die Entwicklung der Bestände auf der vorigen Stufe, Trends, die bei den Übergängen zwischen den Stufen und für die verschiedenen Bildungswege festgestellt werden, sowie die Wirtschaftslage.

Diese Szenarien werden für jede Bildungsstufe erarbeitet und umfassen das «Referenzszenario» sowie die Szenarien «hoch» und «tief». Nach Ansicht des BFS dürften die Szenarien «hoch» und «tief» die tatsächliche Entwicklung grundsätzlich über- bzw. unterschätzen, aber dennoch im Bereich des Möglichen liegen. Zudem berücksichtigen die Szenarien für die Sekundarstufe II sowie für die Hochschulen mögliche kurzfristige Auswirkungen von Covid-19.

Es wurden fünf Bildungsabschlüsse in die Analyse eingeschlossen:

- **Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales (AGS)** – Eidgenössisches Berufsattest (EBA),
- **Fachmann/-frau Gesundheit (FaGe)** – Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ)
- **Fachmann/-frau Betreuung (FaBe)** (generalistische Ausbildung und Fachrichtung Betagtenbetreuung) – Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ)
- **Pflegefachmann/-frau** – höhere Fachschule (HF)
- **Bachelor of Science in Pflege (BScN)** – Fachhochschule (FH)

Die Bildungsszenarien des BFS werden nach Bildungsfeld detailliert erarbeitet. Für jede Bildungsstufe ist somit die Entwicklung der Anzahl Abschlüsse für den Bereich Pflege und Betreuung oder für den Gesundheitsbereich verfügbar. Für die Berechnung des künftigen Angebots für die fünf berücksichtigten Abschlüsse wurde angenommen, dass deren Anteil in jedem Bildungsfeld in den kommenden Jahren konstant bleiben wird.

Berufs- und Bildungsverläufe

Für die Berechnung des Angebots an verfügbarem Nachwuchs wird im Prognosemodell berücksichtigt, ob die Personen mit einem Abschluss im Pflegebereich tatsächlich in den Arbeitsmarkt

eingetreten und in einer der Ausbildung entsprechenden Funktion in einer Gesundheitsinstitution tätig sind.

Für die Personen mit Tertiärabschluss stehen zwei Quellen zur Verfügung. Die **Erhebung zur höheren Berufsbildung (eHBB)** des BFS richtet sich an Personen mit einem Abschluss der höheren Berufsbildung. Es handelt sich um eine Vollerhebung, die Teilnahme ist jedoch freiwillig. Für die Studie wurden die Ergebnisse der Personen mit einem Pflegeabschluss (HF-Ausbildung) extrahiert (eHBB 2019). So kann der Anteil der 2018 diplomierten Personen ermittelt werden, die ein Jahr später einen Pflegeberuf in einer Gesundheitsinstitution ausüben (Spitäler, Alters- und Pflegeheim, Spitex).

Für die Personen mit einem FH-Pflegeabschluss wurden die Ergebnisse der **Absolventenstudien Hochschulen (EHA)** des BFS herangezogen. Verwendet wurden die Abschlusszahlen von 2014, da damit ermittelt werden kann, welchen Beruf die Personen, die ihren Pflegeabschluss in diesem Jahr erwarben, ein Jahr und fünf Jahre nach Erhalt ihres Diploms ausüben. Da der Anteil der in einer Gesundheitsinstitution (Spitäler, Alters- und Pflegeheim, Spitex) tätigen Personen nicht bekannt ist, wurde eine ähnliche Quote wie bei den Personen mit einem HF-Abschluss verwendet.

Zudem wurden die vorzeitigen Berufsausstiege der neuen Absolventinnen und Absolventen berücksichtigt. Diese werden anhand der EHA-Daten einerseits und der Strukturhebungen 2016–2018 andererseits geschätzt.

Für die Berufs- und Bildungsverläufe der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II stehen zwei Quellen zur Verfügung. Die Daten des **Programms LABB**, die auf den Verwaltungsregistern basieren, haben den Vorteil, dass die Bildungsübergänge der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II in die Tertiärstufe umfassend beschrieben sind. Die verfügbaren Informationen betreffen bei den FaGe und FaBe das Abschlussjahr 2012 und bei den AGS das Abschlussjahr 2014. Die beobachteten Übergangsquoten entsprechen der Situation im Jahr 2018. Die verfügbaren Daten enthalten jedoch keine Angaben zum Arbeitsmarktstatus der Personen, die ihre Ausbildung nicht auf Tertiärstufe fortgesetzt haben. Aus diesem Grund wurden die Ergebnisse der **Studie zu den Berufs- und Bildungsverläufen der FaGe-Lehrabsolventinnen und -absolventen** (Trede et al., 2017) verwendet. Diese enthalten die Berufs- und Bildungsverläufe rund der Hälfte der 2011 diplomierten Personen fünf Jahre nach dem Abschluss. Auf diese Weise kann der Anteil der Personen ermittelt werden, die die Branche gewechselt haben oder nicht mehr im Arbeitsmarkt tätig sind.

3 Personalbestand, jüngste Entwicklungen und Prognosen in den Spitälern und Kliniken

3.1 Bestand Gesundheitspersonal 2019 und Entwicklungen seit 2012

3.1.1 Erfasster Bestand und Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals

2019 umfasste das Gesundheitspersonal in den Schweizer Spitälern und Kliniken 113 094 Personen, davon 82 678 Angehörige des Pflege- und Betreuungspersonals (T 3.1). Verglichen mit 2012 waren es 15 116 Angestellte mehr (davon 9803 Angehörige des Pflege- und Betreuungspersonals), was einer Zunahme des Personalbestands um 15,4% (+13,5% beim Pflege- und Betreuungspersonal) entspricht. In der Deutschschweiz (+17,9%) und im Tessin (+15,3%) war der Anstieg grösser als in der französischen Schweiz (+9,1%).

Dabei ist zu beachten, dass in den Daten zum Personal mit einer Tertiärausbildung die Pflegestudierenden, die in den Spitälern ein Praktikum absolvieren, nicht erfasst sind. Am 31. Dezember 2019 waren in den Spitälern 3082 Personen tätig, die eine Ausbildung in Pflege auf Tertiärstufe absolvierten (Daten nicht dargestellt). Wahrscheinlich handelt es sich bei dieser Zahl um eine Unterschätzung, da die Studierenden nicht in allen Spitälern systematisch erfasst werden (siehe 2.1).

Das Pflege- und Betreuungspersonal der Spitäler kann nach den Tätigkeitsbereichen Akutpflege, Psychiatrie und Rehabilitation/Geriatrie unterschieden werden. 2019 arbeiteten 79% des Pflege- und Betreuungspersonals in der Akutpflege, 12% in der Psychiatrie und 9% in der Rehabilitation und Geriatrie (Daten nicht dargestellt). Diese Verteilung ist seit 2012 konstant geblieben.

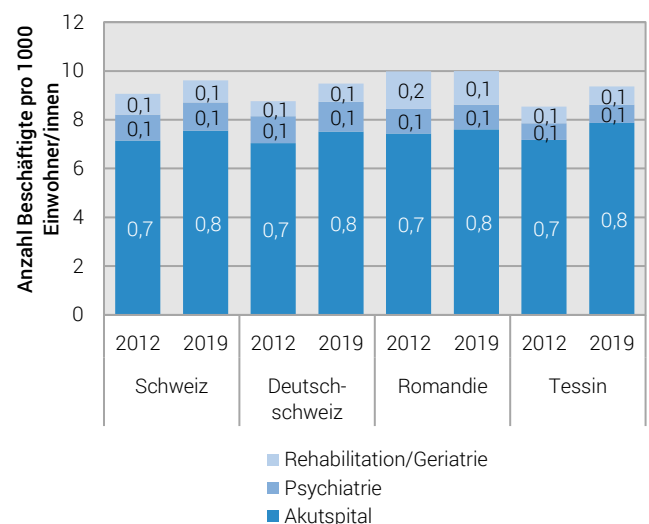
In der Deutschschweiz wurde in der **Psychiatrie** ein relativ starker Personalzuwachs verzeichnet (+27,7%). Auch die Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals (1,2 Personen pro 1000 Einwohner/innen) 2019 ist in dieser Region höher als in der französischen Schweiz (1,0) und im Tessin (0,8).

In der **Akutpflege** ist die Zunahme des Personalbestands in den drei Sprachregionen ähnlich hoch (zwischen +10,2% und +15,3% zwischen 2012 und 2019, T 3.2). Die Dichte des Pflege-

und Betreuungspersonals sämtlicher Ausbildungsniveaus betrug 2019 zwischen 7,5 und 7,9 Personen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, während sie sich 2012 zwischen 7,0 und 7,4 bewegte (G 3.1).

In der französischen Schweiz ist die Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals in der **Geriatrie und Rehabilitation** 2019 nahezu doppelt so hoch wie in der Deutschschweiz und im Tessin (1,4 Personen pro 1000 Einwohner/innen gegenüber 0,7 und 0,8). 2012 waren die Unterschiede nach Sprachregion noch ausgeprägter.

G 3.1 Spitäler: Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals nach Tätigkeitsbereich (pro 1000 Einwohner/innen), Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2021

T 3.1 Spitäler: Gesundheitspersonal (Anzahl Beschäftigte), Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Bereich	Ausbildungsstufe/Beruf	Schweiz			Deutschschweiz			Romandie			Tessin		
		2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)
Pflege und Betreuung	Tertiärstufe	51 593	57 750	11,9	34 433	38 950	13,1	14 856	16 143	8,7	2 304	2 657	15,3
	Sekundarstufe II	13 742	17 243	25,5	8 939	12 026	34,5	4 363	4 716	8,1	440	501	13,9
	Sekundarstufe II (EFZ)	6 607	11 280	70,7	5 464	9 088	66,3	1 072	2 125	98,2	71	67	-5,6
	Sekundarstufe II (EBA)	7 135	5 963	-16,4	3 475	2 938	-15,5	3 291	2 591	-21,3	369	434	17,6
	Andere/ohne Ausbildung	7 540	7 685	1,9	6 066	6 150	1,4	1 300	1 400	7,7	174	135	-22,4
Total Pflege und Betreuung		72 875	82 678	13,5	49 438	57 126	15,6	20 519	22 259	8,5	2 918	3 293	12,9
Anderes Gesundheitspersonal	Hebamme	2 428	2 849	17,3	1 547	1 851	19,7	824	918	11,4	57	80	40,4
	Med.-techn. Berufe	12 412	13 974	12,6	9 050	10 527	16,3	2 931	2 921	-0,3	431	526	22,0
	Med.-therap. Berufe	10 263	13 593	32,4	7 647	10 315	34,9	2 349	2 943	25,3	267	335	25,5
Total		97 978	113 094	15,4	67 682	79 819	17,9	26 623	29 041	9,1	3 673	4 234	15,3

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

T 3.2 Spitäler: Gesundheitspersonal nach Tätigkeitsbereich (Anzahl Beschäftigte), Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Tätigkeitsbereich	Bereich	Ausbildungsstufe/Beruf	Schweiz			Deutschschweiz			Romandie			Tessin		
			2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)
Akutspital	Pflege und Betreuung	Tertiärstufe	41 271	46 323	12,2	27 984	31 499	12,6	11 331	12 560	10,8	1 956	2 264	15,7
		Sekundarstufe II	10 131	12 786	26,2	6 820	9 134	33,9	2 958	3 261	10,2	353	391	10,8
		Sekundarstufe II (EFZ)	4 800	8 305	73,0	4 074	6 838	67,8	684	1 431	109,2	42	36	-14,3
		Sekundarstufe II (EBA)	5 331	4 481	-15,9	2 746	2 296	-16,4	2 274	1 830	-19,5	311	355	14,1
		Andere/ohne Ausbildung	6 085	5 881	-3,4	4 947	4 660	-5,8	996	1 112	11,6	142	109	-23,2
		Total Pflege und Betreuung	57 487	64 990	13,1	39 751	45 293	13,9	15 285	16 933	10,8	2 451	2 764	12,8
	Anderes Gesundheitspersonal	Hebamme	2 428	2 848	17,3	1 547	1 851	19,7	824	917	11,3	57	80	40,4
		Med.-techn. Berufe	12 174	13 719	12,7	8 855	10 319	16,5	2 889	2 876	-0,4	430	524	21,9
		Med.-therap. Berufe	5 716	7 094	24,1	4 033	5 029	24,7	1 539	1 903	23,7	144	162	12,5
Total		77 805	88 651	13,9	54 186	62 492	15,3	20 537	22 629	10,2	3 082	3 530	14,5	
Psychiatrie	Pflege und Betreuung	Tertiärstufe	6 525	7 321	12,2	4 595	5 168	12,5	1 711	1 915	11,9	219	238	8,7
		Sekundarstufe II	1 317	1 813	37,7	986	1 528	55,0	321	261	-18,7	10	24	140,0
		Sekundarstufe II (EFZ)	860	1 450	68,6	761	1 320	73,5	97	126	29,9	2	4	100,0
		Sekundarstufe II (EBA)	457	363	-20,6	225	208	-7,6	224	135	-39,7	8	20	150,0
		Andere/ohne Ausbildung	681	773	13,5	619	685	10,7	60	86	43,3	2	2	0,0
		Total Pflege und Betreuung	8 523	9 907	16,2	6 200	7 381	19,0	2 092	2 262	8,1	231	264	14,3
	Anderes Gesundheitspersonal	Med.-techn. Berufe	97	75	-22,7	95	69	-27,4	2	6	200,0	,	,	,
		Med.-therap. Berufe	2 540	3 893	53,3	2 114	3 285	55,4	399	565	41,6	27	43	59,3
		Total	11 160	13 876	24,3	8 409	10 735	27,7	2 493	2 834	13,7	258	307	19,0
Rehabilitation/Geriatrie	Pflege und Betreuung	Tertiärstufe	3 797	4 106	8,1	1 854	2 283	23,1	1 814	1 668	-8,0	129	155	20,2
		Sekundarstufe II	2 294	2 644	15,3	1 133	1 364	20,4	1 084	1 194	10,1	77	86	11,7
		Sekundarstufe II (EFZ)	947	1 525	61,0	629	930	47,9	291	568	95,2	27	27	0,0
		Sekundarstufe II (EBA)	1 347	1 119	-16,9	504	434	-13,9	793	626	-21,1	50	59	18,0
		Andere/ohne Ausbildung	774	1 031	33,2	500	805	61,0	244	202	-17,2	30	24	-20,0
		Total Pflege und Betreuung	6 865	7 781	13,3	3 487	4 452	27,7	3 142	3 064	-2,5	236	265	12,3
	Anderes Gesundheitspersonal	Med.-techn. Berufe	141	180	27,7	100	139	39,0	40	39	-2,5	1	2	100,0
		Med.-therap. Berufe	2 007	2 606	29,8	1 500	2 001	33,4	411	475	15,6	96	130	35,4
		Total	9 013	10 567	17,2	5 087	6 592	29,6	3 593	3 578	-0,4	333	397	19,2

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

T 3.3 Spitäler: Gesundheitspersonal ausserhalb des Pflegebereichs und der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten (Anzahl Beschäftigte), Schweiz, 2019

Bereich	Ausbildungsstufe/Beruf	Verwaltung	Schule(n)	brige Nebenbetriebe	Andere ¹	Total
Pflege und Betreuungspersonal	Tertiärstufe	933	36	83	17	1 069
	Sekundarstufe II	982	169	131	32	1 314
	Andere/ohne Ausbildung	189	23	46	136	394
	Total Pflege und Betreuung	2 104	228	260	185	2 777
Anderes Gesundheitspersonal	Hebamme	29	1	0	0	30
	Med.-techn. Berufe	332	0	612	411	1 355
	Med.-therap. Berufe	76	11	110	99	296
	Total	2 541	240	982	695	4 458

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

Andere ¹: Apotheke, Kche, Hausdienst sowie technischer Dienst und Unterhalt

Um einen Gesamtüberblick über das Gesundheitspersonal in den Spitälern und Kliniken zu erhalten, müssen auch die Personen berücksichtigt werden, die **nicht im Pflegebereich oder im medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Bereich** tätig sind (T 3.2). 2019 waren 2541 Personen mit einem Gesundheitsberuf, davon 2104 mit einem Beruf im Bereich Pflege und Betreuung aller Ausbildungsstufen, im Verwaltungsbereich beschäftigt. Gesundheitspersonal ist namentlich in Schulen und anderen Nebenbetrieben angestellt. Insgesamt kommen zu den bereits erfassten Beschäftigtenzahlen 4458 Personen mit einem Gesundheitsberuf (davon 2777 mit einem Beruf im Bereich Pflege und Betreuung) hinzu.

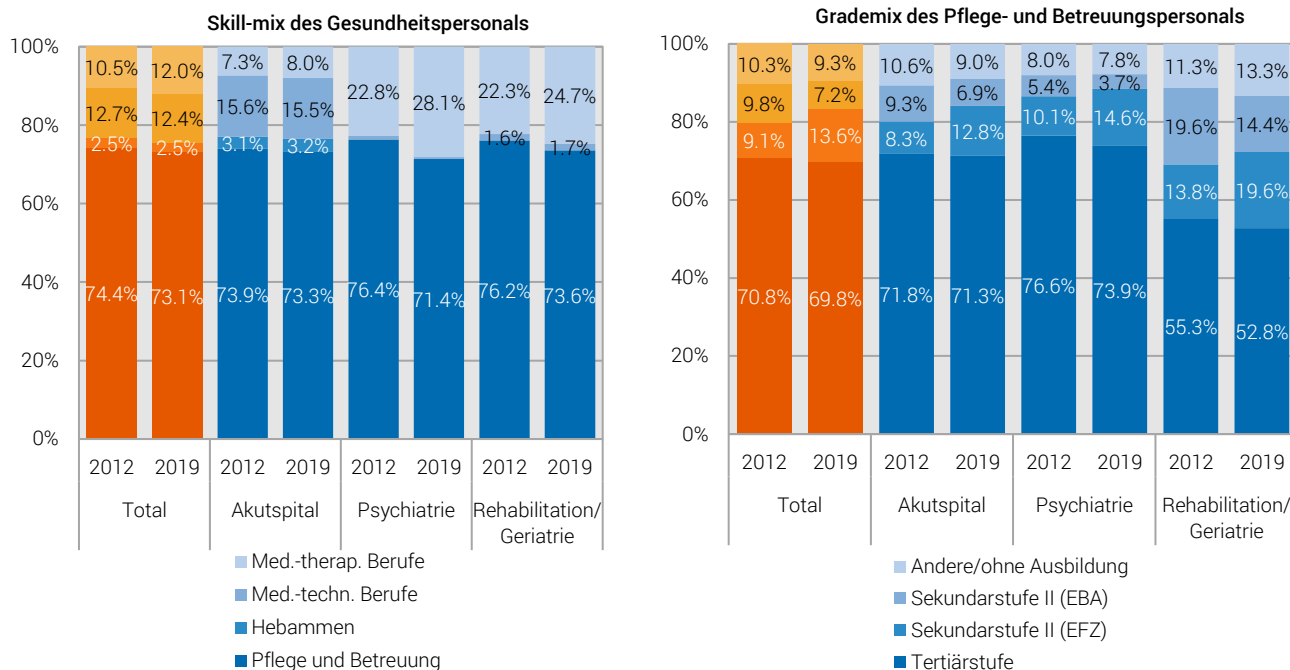
3.1.2 Skill- und Grademix des Personals

Im Schweizer Durchschnitt insgesamt wie auch nach Tätigkeitsbereich macht das Pflege- und Betreuungspersonal rund drei Viertel des nicht ärztlichen Gesundheitspersonals aus (**Skillmix**, G 3.2). Während der Anteil des medizinisch-therapeutischen Personals in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen zwischen 2012 und 2019 angestiegen ist, ging jener des Pflege- und Betreuungspersonals insgesamt um 0,6 Prozentpunkte zurück.

Nach Ausbildungsniveau des Pflege- und Betreuungspersonals (**Grademix**) lässt sich eine Zunahme des Anteils des Personals der Sekundarstufe II mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) von 9,1% auf 13,6% erkennen. Dieser Anstieg ging einher mit einer Abnahme des weniger qualifizierten Personals (–3,6 Prozentpunkte) und in geringerem Mass der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe (–1,0 Prozentpunkt).

Zusammengefasst zeigen die Entwicklungen des Skill- und Grademix tendenziell einen Rückgang des Anteils der Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe (–1,7 Prozentpunkte, Daten nicht dargestellt).

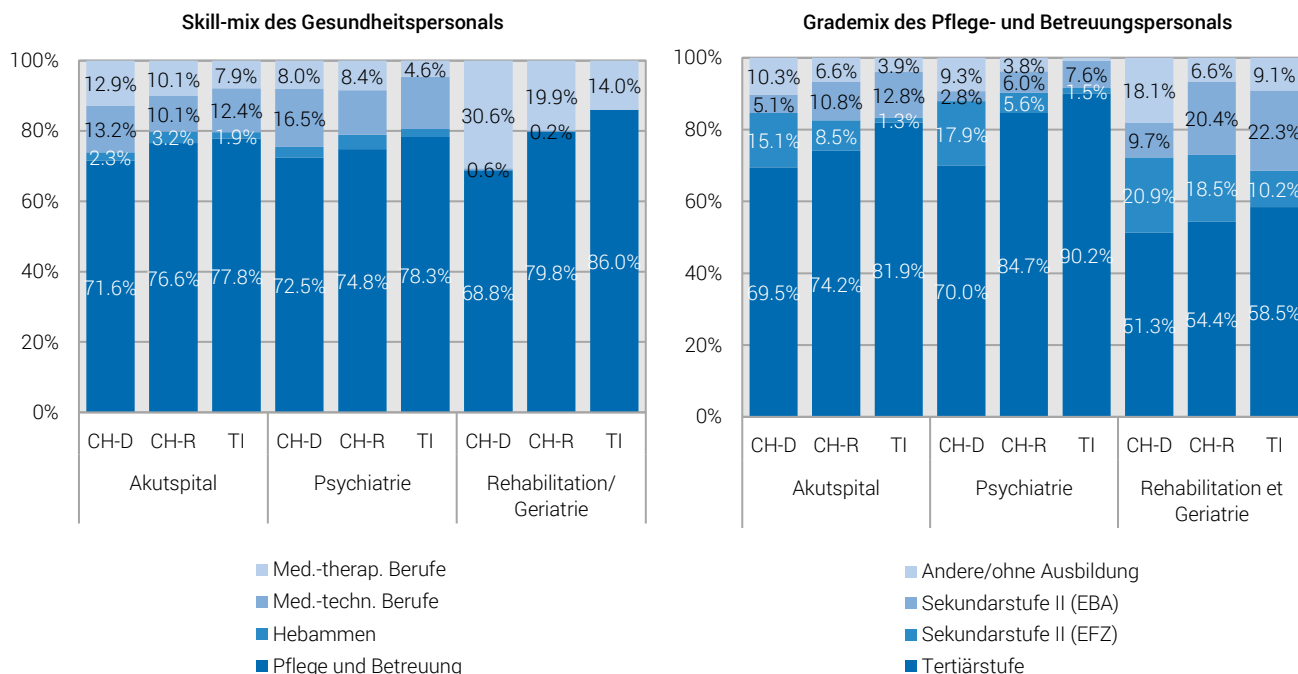
G 3.2 Spitäler: Skill- und Grademix des Gesundheitspersonals nach Ttigkeitbereich (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz, 2012 und 2019



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

G 3.3 Spitäler: Skill- und Grademix des Gesundheitspersonals nach Ttigkeitbereich (Basis: Anzahl Beschäftigte), Sprachregionen, 2019



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

In allen Tätigkeitsbereichen lassen sich beim Skill- und Grademix grosse Unterschiede nach **Sprachregion** beobachten (G 3.3). Das Tessin weist in den Pflege- und Betreuungsteams, aber auch bezogen auf den gesamten Personalbestand einen hohen Anteil an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe auf. In der Deutschschweiz ist dieser Anteil am tiefsten, während er sich in der französischen Schweiz im Mittelfeld bewegt.

Insgesamt machen die Pflegefachpersonen der Tertiärstufe 62,8% des Gesundheitspersonals im Tessin aus. In der französischen Schweiz entsprechen sie 55,5% und in der Deutschschweiz 48,8% (Daten nicht dargestellt).

3.1.3 Merkmale des Personals

Geschlecht

Mit einem Frauenanteil von 83,3% im Jahr 2019 (G 3.4) sind in den Gesundheitsberufen hauptsächlich Frauen tätig. Seit 2012 ist der Anteil der Frauen beim Pflege- und Betreuungspersonal um 0,7 Prozentpunkte zurückgegangen, während er bei den medizinisch-therapeutischen Berufen um 1,7 Prozentpunkte gestiegen ist.

Am tiefsten ist der Frauenanteil im Tessin (74,6%) und am höchsten in der Deutschschweiz (84,6%), während er sich in der französischen Schweiz im Mittelfeld bewegt (80,9%). Die Unter-

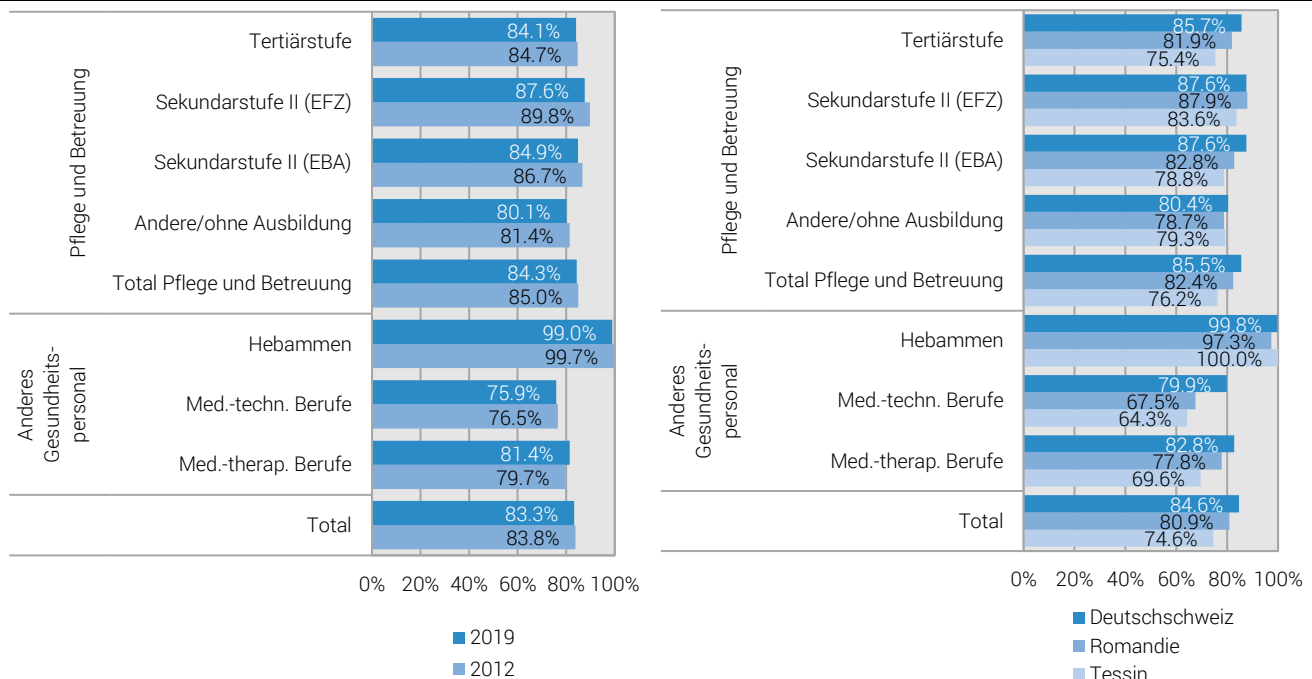
schiede zwischen der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz sind teilweise auf den Anteil des im Ausland ausgebildeten Personals zurückzuführen, das häufiger männlich ist. Doch auch bei dem in der Schweiz ausgebildeten Personal lassen sich Geschlechterunterschiede erkennen (D-CH: 87,8% Frauen, F-CH: 83,6%, TI: 77,7%, Daten nicht dargestellt).

Alter

Grundsätzlich sind das durchschnittliche und das mediane Alter zwischen 2012 und 2019 recht konstant geblieben (beim Pflege- und Betreuungspersonal liegt es bei 39 Jahren, Daten nicht dargestellt). Bei einer näheren Betrachtung der Entwicklung der Zusammensetzung des Personals nach Alter (G 3.5) lassen sich zwei Tendenzen erkennen: eine Verjüngung von unten und eine Alterung «nach oben». Der wachsende Anteil der Personen unter 35 Jahren ist auf die Zunahme des Personals der Sekundarstufe II mit EFZ zurückzuführen, während der Anstieg des Anteils der Personen ab 55 Jahren mit dem steigenden Alter des Personals der Tertiärstufe und der Sekundarstufe II mit eidgenössischem Berufsattest (EBA) zusammenhängt.

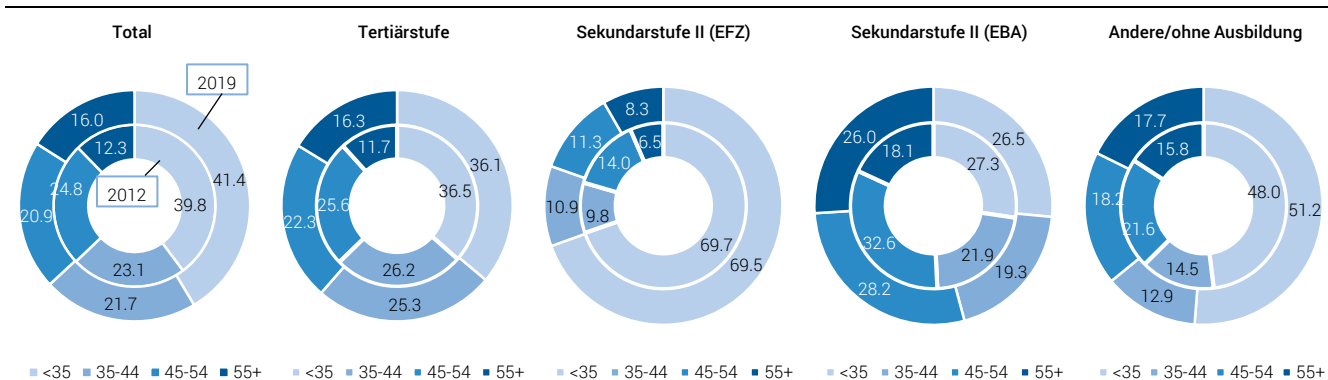
Diese zwei Tendenzen der Verjüngung von unten und der Alterung der älteren Jahrgänge («nach oben») lassen sich auch bei den anderen Kategorien der Gesundheitsberufe beobachten (Daten nicht dargestellt).

G 3.4 Spitäler: Frauenanteil in % (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz, 2012 und 2019 und Sprachregionen, 2019



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

G 3.5 Spitäler: Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Altersgruppe, in % (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz, 2012 und 2019

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

Herkunft des Diploms

2019 wies die Variable zur Herkunft der Diplome der Gesundheitsberufe mit einer Verfügbarkeit dieser Information für 98,1% der Personen erstmals eine ausreichend gute Qualität auf, sodass eine Analyse möglich war.

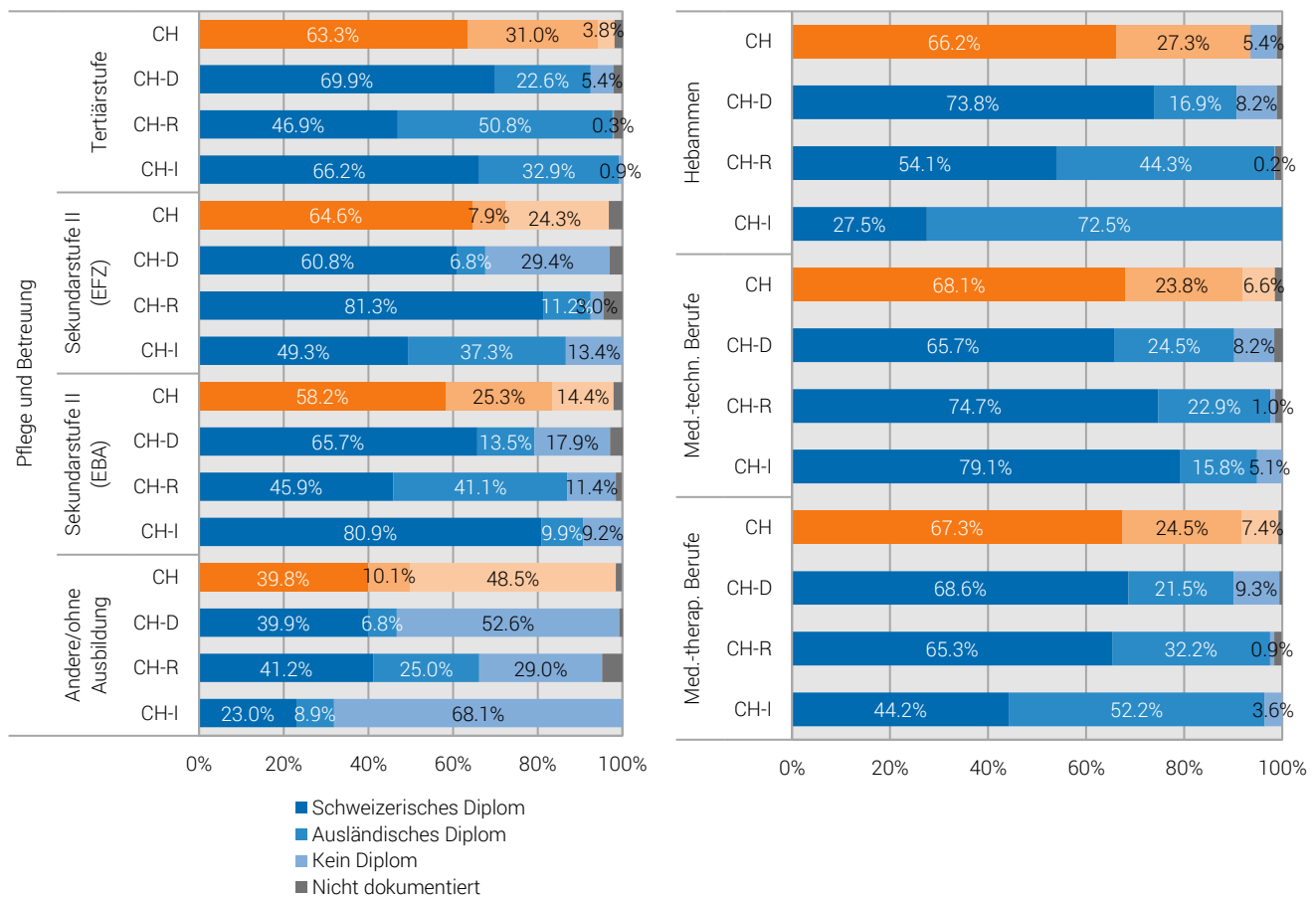
Es zeigt sich, dass insgesamt 31,0% der Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe über eine ausländische Ausbildung verfügen (G 3.6). Am tiefsten ist dieser Anteil in der Deutschschweiz (22,6%), gefolgt vom Tessin (32,9%) und der französischen

Schweiz, die den höchsten Anteil aufweist (50,8%). Bei den Hebammen sowie beim medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Personal verfügt rund ein Viertel des Personals über ein ausländisches Diplom.

Hierzu ist anzumerken, dass die Personen mit der Bezeichnung «ohne Diplom» entweder in der Ausbildung sind (z.B. Lehre als Fachfrau/Fachmann Gesundheit) oder über einen Ausbildungsabschluss verfügen, der nicht den Kriterien der Statistik entspricht⁶.

⁶ Die Variable «Herkunft des Diploms» umfasst die vom Bund anerkannten Ausbildungen, die für die verschiedenen Berufsgruppen gemäss Medizinalberufegesetz (MedBG), Psychologieberufegesetz

(PsyG), Berufsbildungsgesetz (BBG), und Fachhochschulgesetz (FHSG) definiert wurden (Vorgabe des BFS per 10.12.2013).

G 3.6 Spitäler: Verteilung des Gesundheitspersonals nach Herkunft des Diploms, in % (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz und Sprachregionen, 2019


Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

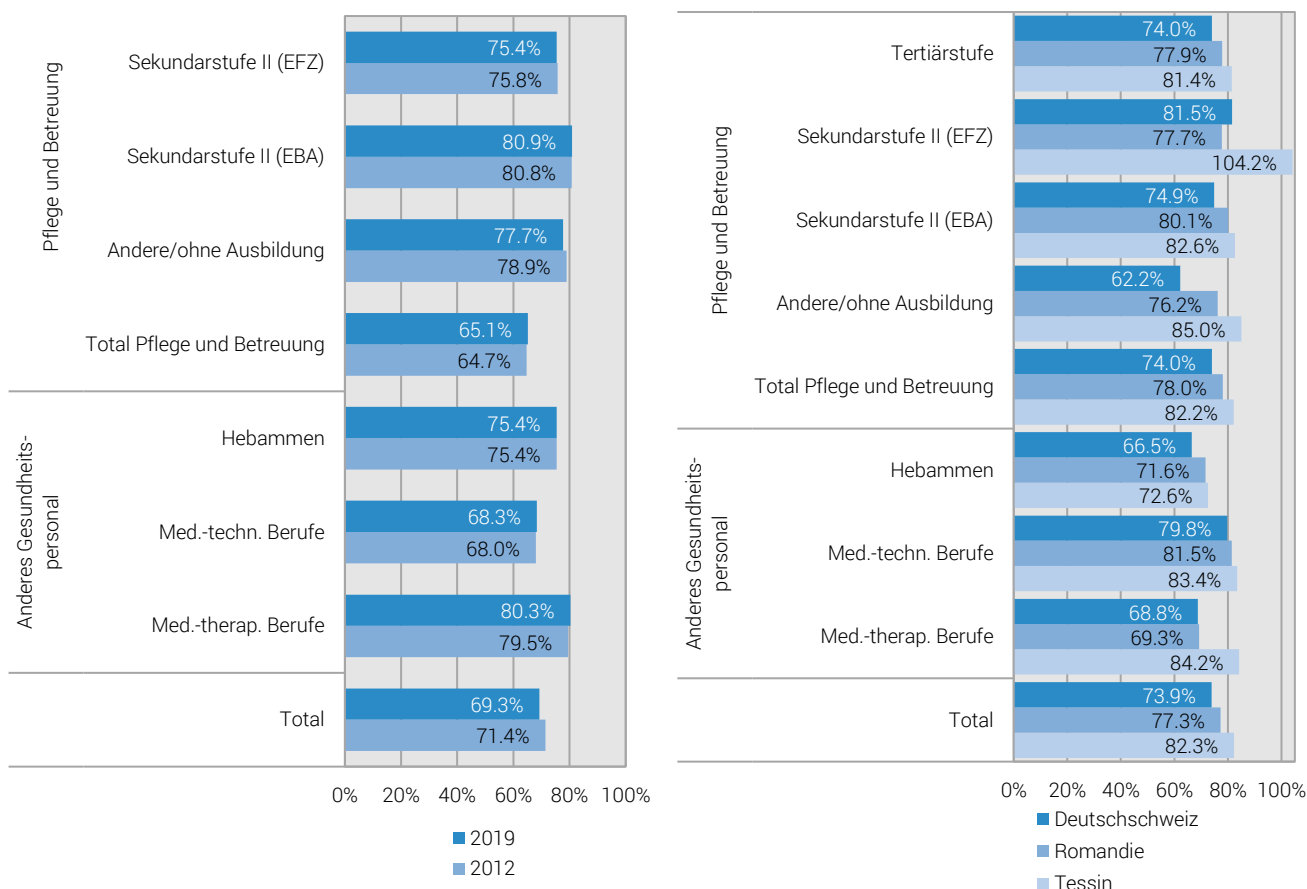
3.1.4 Beschäftigung des Gesundheitspersonals
Beschäftigungsgrad

Zum einen ist ein tiefer Beschäftigungsgrad ein Hinweis dafür, dass Handlungsspielraum für eine Erhöhung der Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) ohne grossen Rekrutierungsbedarf besteht. Zum anderen kann die Möglichkeit, Teilzeit oder mit tiefem Beschäftigungsgrad zu arbeiten, als Faktor betrachtet werden, der den Verbleib des Gesundheitspersonals im Arbeitsmarkt begünstigt. Es ist zu beachten, dass die Beschäftigungsgrade in den dargestellten Daten auch durch die Rekrutierungsdynamik der Institutionen beeinflusst werden (siehe Methodik).

Im Durchschnitt ist der Beschäftigungsgrad des Pflege- und Betreuungspersonals zwischen 2012 und 2019 konstant geblieben (G 3.7). Beim Personal der Tertiärstufe beträgt er rund 75%,

bei jenem der Sekundarstufe II etwa 80% und beim anderen Personal beläuft er sich auf etwa 65%. Das Tessin weist bei allen Ausbildungsniveaus die höchsten Beschäftigungsgrade auf. An zweiter Stelle folgt die franzosische Schweiz, die ausser beim Personal der Sekundarstufe II mit EFZ höhere Beschäftigungsgrade als die Deutschschweiz aufweist. Im Tessin beträgt der für das Personal der Sekundarstufe II mit EFZ erfasste Beschäftigungsgrad über 100%. Dieses Ergebnis ist auf die hohe Fluktuationsrate beim Personal mit diesem Ausbildungsniveau zurückzuführen (siehe unten).

Grundsätzlich weisen die Personen mit einem ausländischen Diplom einen höheren Beschäftigungsgrad auf als jene mit einem schweizerischen Diplom. Bei den Pflegefachpersonen der Tertiärstufe betragen diese Beschäftigungsgrade 76,7% bzw. 68,1% (Daten nicht dargestellt).

G 3.7 Spitäler: Beschäftigungsgrad des Gesundheitspersonals, in %, Schweiz, 2012 und 2019 und Sprachregionen, 2019

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

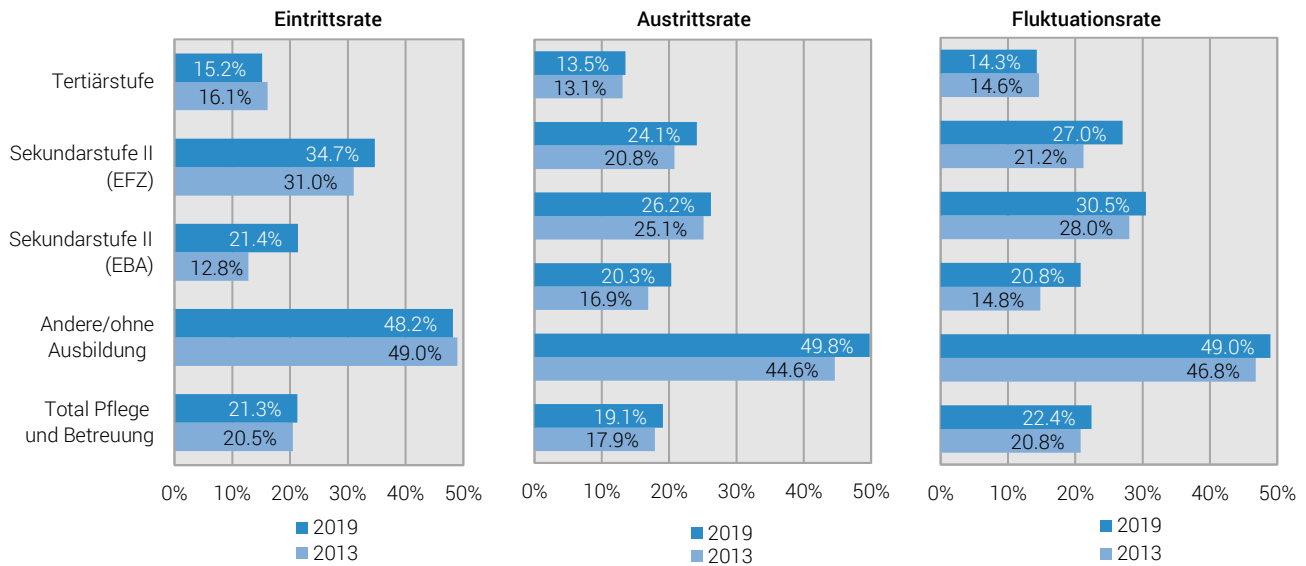
Eintritts-, Austritts- und Fluktuationsrate

Im Durchschnitt verlässt jedes Jahr knapp jede fünfte Pflege- und Betreuungsperson ihre Stelle (**Austrittsrate** von 19,1% im Jahr 2019, G 3.8). Diese Austrittsrate ist nicht zu verwechseln mit der Berufsausstiegsrate, denn es ist möglich, dass diese Personen anschliessend eine Stelle in einer anderen Gesundheitsinstitution antreten. Aufgrund der Zunahme des Personalbestands liegt die **Eintrittsrate** (21,3%) des Pflege- und Betreuungspersonals in den Spitälern leicht über der Austrittsrate. Insgesamt stieg die **Fluktuationsrate** des Pflege- und Betreuungspersonals der Spitäler von 20,8% im Jahr 2013 auf 22,4% im Jahr 2019 an. Diese Entwicklung legt nahe, dass sich die Personalbestände etwas schneller erneuern. Es ist wichtig, auf diese Auswirkung hinzuweisen, denn die Integration und Betreuung von neuen Angestellten, insbesondere von neu diplomierten Personen, stellt eine Zusatzbelastung für das Personal der Spitäler dar.

Die höchste jährliche Fluktuationsrate weist das Personal ohne formalen Ausbildungsabschluss auf (2019: 49,0%). Möglicherweise ist diese besonders hohe Fluktuationsrate darauf zurückzuführen, dass diese Personen häufiger befristet angestellt werden.

Die Fluktuationsrate des Pflege- und Betreuungspersonals der Sekundarstufe II mit EFZ von 30,5% steht insbesondere im Zusammenhang mit der Anstellung von neuen Lernenden sowie mit der Möglichkeit dieser Personen, ihre Ausbildung auf der Tertiärstufe fortzusetzen. Beim Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II mit EBA ist die gestiegene Fluktuationsrate auf den Eintritt der Assistentinnen und Assistenten Gesundheit und Soziales in den Arbeitsmarkt zurückzuführen. Auch sie können ihre Ausbildung fortsetzen, um auf der Sekundarstufe II ein EFZ zu erlangen.

G 3.8 Spitäler: Eintritts-, Austritts- und Fluktuationsrate des Pflege- und Betreuungspersonals, in % (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz, 2013 und 2019



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

3.2 Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal

Methodischer Hinweis: Die drei präsentierten Szenarien für die Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal in den Spitälern variieren je nach Bevölkerungsszenario. Darüber hinaus geht das Referenzszenario von einer Verlagerung von 20% der gemäss Anhang 1a KLV ambulant durchzuführenden Eingriffe aus. Das tiefe Szenario geht von einer Verlagerung von 80% aus, während beim hohen Szenario keine Verlagerung zu erwarten ist. Die drei Szenarien gehen von einem konstanten Grademix und Versorgungsbedarf aus.

Ausgehend von der Situation im Jahr 2019 dürfte der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal **in den Spitälern und Kliniken** insbesondere aufgrund der Bevölkerungsentwicklung bis 2029 von 11% auf 17% und bis 2035 von 17% auf 28% steigen (T 3.4). Gemäss dem Referenzszenario ist davon auszugehen, dass bis 2029 rund 11 900 zusätzliche Pflege- und Betreuungspersonen eingesetzt werden, darunter rund 8300 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe. Bis 2035 werden in den Spitälern voraussichtlich 19 100 zusätzliche Pflege- und Betreuungspersonen beschäftigt, darunter 12 900 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe.

Gemäss dem Referenzszenario dürfte die Schweizer Bevölkerung zwischen 2019 und 2029 um 9% zunehmen. Bei den Personen ab 65 Jahren wird der Anstieg voraussichtlich jedoch stärker ausfallen als bei jenen unter 65 Jahren (+26% gegenüber +4%). Im Vergleich zu den übrigen Pflegebereichen werden Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren häufiger in einer **psychiatrischen Klinik** hospitalisiert. Somit ist davon auszugehen, dass der Personalbedarf in diesem Pflegebereich am langsamsten steigen wird

(+7% bis 2029 gemäss Referenzszenario). Umgekehrt werden in der **Rehabilitation und Geriatrie** am häufigsten ältere Menschen (65–79 Jahre) und Hochbetagte (Personen ab 80 Jahren) hospitalisiert. Der Personalbedarf in diesem Pflegebereich dürfte daher am schnellsten zunehmen (+22% bis 2029 gemäss Referenzszenario). In der **Akutflege** wird der zukünftige Personalbedarf ebenfalls durch die Bevölkerungsalterung beeinflusst, allerdings in geringerem Masse als in der Rehabilitation und Geriatrie. Bis 2029 ist gemäss Referenzszenario von einem Anstieg der notwendigen Personalbestände um 15% auszugehen.

Trotz der unterschiedlichen Entwicklungen ist zu erwarten, dass auch in den kommenden Jahren der grösste Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals der Spitäler in der Akutflege tätig sein wird (2019 und 2029: 79%), wobei Pflegefachpersonen der Tertiärstufe überwiegen (2019 und 2029: 80%).

T 3.4 Spitäler: Prognosen zum Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal 2029 und 2035 nach Ausbildungsstufe und Tätigkeitsbereich

	2019	2029			2035		
		Tiefes Szenario	Referenzszenario	Hohes Szenario	Tiefes Szenario	Referenzszenario	Hohes Szenario
Total Spitäler	Tertiärstufe	57 750	64 000	66 000	67 200	70 600	73 800
			+6 300	+8 300	+9 500	+12 900	+16 100
	Sekundarstufe II	17 243	19 300	19 800	20 300	21 300	22 300
			+2 100	+2 600	+3 100	+4 100	+5 100
	Andere/ohne Ausbildung	7 685	8 600	8 800	9 000	9 900	9 900
			+900	+1 100	+1 300	+2 200	+2 200
	Total Pflege und Betreuung	82 678	91 800	94 600	96 700	101 800	106 000
			+9 100	+11 900	+14 000	+19 100	+23 300
			+11%	+14%	+17%	+23%	+28%
Akutspital	Tertiärstufe	46 323	51 400	53 100	53 900	56 800	59 500
			+5 100	+6 800	+7 600	+10 500	+13 200
	Sekundarstufe II	12 786	14 200	14 700	14 900	15 700	16 500
			+1 400	+1 900	+2 100	+2 900	+3 700
	Andere/ohne Ausbildung	5 881	6 600	6 800	6 900	7 300	7 600
			+700	+900	+1 000	+1 400	+1 700
	Total Pflege und Betreuung	64 990	72 100	74 500	75 800	80 100	83 500
			+7 100	+9 500	+10 800	+15 100	+18 500
			+11%	+15%	+17%	+23%	+28%
Psychiatrie	Tertiärstufe	7 321	7 700	7 900	7 900	8 200	8 500
			+400	+600	+700	+900	+1 200
	Sekundarstufe II	1 813	1 900	1 900	1 900	2 000	2 100
			+100	+100	+100	+200	+300
	Andere/ohne Ausbildung	773	800	800	800	900	900
			+0	+0	+0	+100	+100
	Total Pflege und Betreuung	9 907	10 400	10 600	10 700	11 100	11 500
			+500	+700	+800	+1 200	+1 600
			+5%	+7%	+8%	+12%	+16%
Rehabilita- tion/ Geriatric	Tertiärstufe	4 106	4 900	5 000	5 100	5 400	5 800
			+800	+900	+1 000	+1 300	+1 700
	Sekundarstufe II	2 644	3 200	3 200	3 300	3 500	3 700
			+600	+600	+700	+900	+1 100
	Andere/ohne Ausbildung	1 031	1 200	1 200	1 300	1 400	1 400
			+200	+200	+300	+400	+400
	Total Pflege und Betreuung	7 781	9 300	9 500	10 200	10 600	11 000
			+1 500	+1 700	+2 400	+2 800	+3 200
			+20%	+22%	+25%	+31%	+41%

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

Anmerkung: In kursiv werden die zusätzlichen Personen gegenüber 2019 ausgewiesen.

4 Personalbestand, jüngste Entwicklungen und Prognosen in den Alters- und Pflegeheimen

4.1 Bestand Gesundheitspersonal 2019 und Entwicklungen seit 2012

4.1.1 Erfasster Bestand und Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals

2019 umfasste das Gesundheitspersonal in den Schweizer **Alters- und Pflegeheimen** 88 645 Angestellte, davon 72 148 Angehörige des Pflege- und Betreuungspersonals (T 4.1). Verglichen mit 2012 wurden 11 210 Personen (davon 10 685 Angehörige des Pflege- und Betreuungspersonals) mehr gezählt, was einer Zunahme der Personalbestände um 14,5% (+17,4% beim Pflege- und Betreuungspersonal) entspricht. Verglichen mit der Deutschschweiz (+14,2%) und der französischen Schweiz (+11,6%) war die Zunahme im Tessin besonders ausgeprägt (+35,2%).

Ergänzend kann erwähnt werden, dass das Gesundheitspersonal, das 2015 in den **spezialisierten Institutionen**, die Beherbergungsleistungen für Menschen mit Behinderungen und Suchtproblemen erbringen, beschäftigt war, knapp 2000 Personen umfasste⁷: 1292 mit einer Tertiärausbildung, 516 mit einer Ausbildung der Sekundarstufe II und 175 andere Personen (Fragebogen SOMED B, Daten nicht dargestellt).

Zwischen 2012 und 2019 ging die Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen bei den Personen ab 65 Jahren in den drei Sprachregionen zurück (G 4.1). Trotzdem verzeichnete die **Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals** (bezogen auf 1000 Einwohner/innen ab 65 Jahren) im betrachteten Zeitraum eine leichte Zunahme. Diese ist insbesondere auf den gestiegenen Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen zurückzuführen, der sich in einem noch deutlicheren Anstieg der Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals pro 1000 Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen ausdrückt (G 4.2). Zudem ist es möglich, dass die Vorgaben für die minimale Personalbesetzung im betrachteten Zeitraum verschärft wurden.

Obwohl sich beim Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen nach Sprachregion Unterschiede erkennen lassen, ist die Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals pro 1000 Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen etwa gleich hoch. Dies ist möglicherweise auf den Unterschied beim Umfang der Aufgaben des Pflege- und Betreuungspersonals zurückzuführen. Daher sollte der Bestand des Gesundheitspersonals ausserhalb der Pflege und Betreuung ebenfalls berücksichtigt werden (vgl. Kasten 2).

⁷ Bei der Erhebung des Personals der spezialisierten Institutionen werden nur die Personen als Gesundheitspersonal erfasst, die dem Konto Besoldungen 32 «Personal Therapie» zugeordnet sind und die über eine Ausbildung im Bereich «Soziales, Gesundheit, Unterricht,

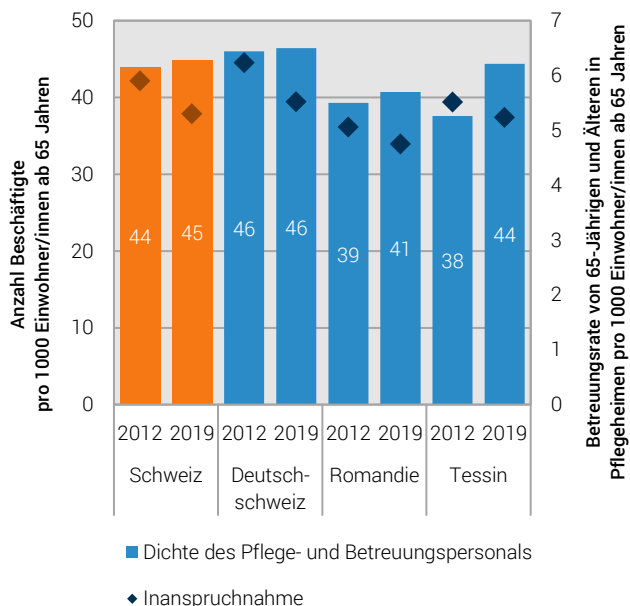
Therapie» verfügen. Diese Personalkategorie macht jedoch nur einen kleinen Anteil der Personalbestände dieser Einrichtungen aus (3,6% der VZÄ), die hauptsächlich Erziehungspersonal beschäftigen (60,3% der VZÄ).

T 4.1 Alters- und Pflegeheime: Gesundheitspersonal (Anzahl Beschäftigte), Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

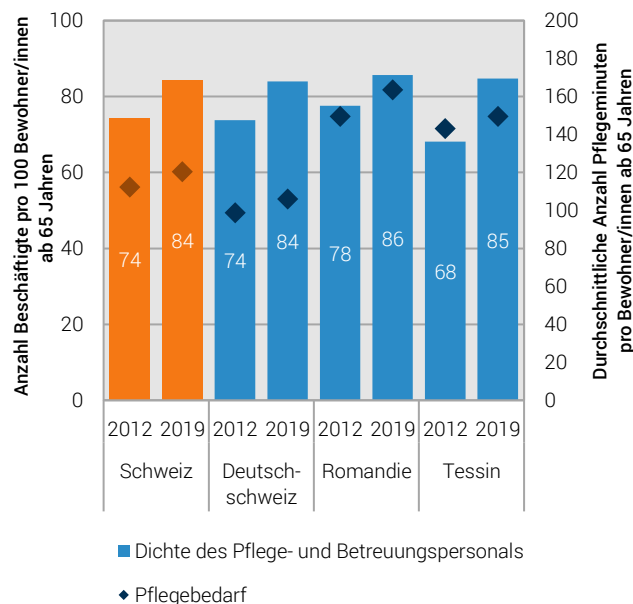
Bereich	Ausbildungsstufe/Beruf	Schweiz			Deutschschweiz			Romandie			Tessin		
		2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)
Pflege und Betreuung	Tertiärstufe	19 096	20 058	5,0	14 884	15 174	1,9	3 531	3 853	9,1	681	1 031	51,4
	Sekundarstufe II	24 295	31 179	28,3	17 442	22 337	28,1	5 044	6 575	30,4	1 809	2 267	25,3
	Sekundarstufe II (EFZ)	14 425	20 638	43,1	11 578	16 423	41,8	2 270	3 481	53,3	577	734	27,2
	Sekundarstufe II (EBA)	9 870	10 541	6,8	5 864	5 914	0,9	2 774	3 094	11,5	1 232	1 533	24,4
	Andere/ohne Ausbildung	18 072	20 911	15,7	13 160	15 327	16,5	4 701	5 299	12,7	211	285	35,1
	Total Pflege und Betreuung	61 463	72 148	17,4	45 486	52 838	16,2	13 276	15 727	18,5	2 701	3 583	32,7
Anderes Gesundheitspersonal	Medizinische/r Praxis-assistent/in EFZ	617	480	-22,2	482	401	-16,8	130	70	-46,2	5	9	80,0
	Dipl. Therapeut/in	981	1 171	19,4	617	745	20,7	272	201	-26,1	92	225	144,6
	Dipl. Sozialarbeiter/in	521	657	26,1	285	291	2,1	235	335	42,6	1	31	3000,0
	Dipl. Sozialpädagoge/in												
	Übrige therapeutische und betreuerische Ausbildungen	2 170	1 949	-10,2	1 258	1 251	-0,6	800	619	-22,6	112	79	-29,5
	Andere Ausbildungen	3 771	3 225	-14,5	2 852	2 330	-18,3	775	687	-11,4	144	208	44,4
	Ohne Ausbildungsabschluss	7 912	9 015	13,9	4 428	5 415	22,3	3 150	3 153	0,1	334	447	33,8
Total anderes Gesundheitspersonal		15 972	16 497	3,3	9 922	10 433	5,2	5 362	5 065	-5,5	688	999	45,2
Total		77 435	88 645	14,5	55 408	63 271	14,2	18 638	20 792	11,6	3 389	4 582	35,2

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

G 4.1 Alters- und Pflegeheime: Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals (pro 1000 Einwohner/innen ab 65 Jahren) und Inanspruchnahme, Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Quellen: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)
© Obsan 2021

G 4.2 Alters- und Pflegeheime: Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals (pro 100 Bewohner/innen ab 65 Jahren) und Pflegebedarf, Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)
© Obsan 2021

4.1.2 Skill- und Grademix des Personals

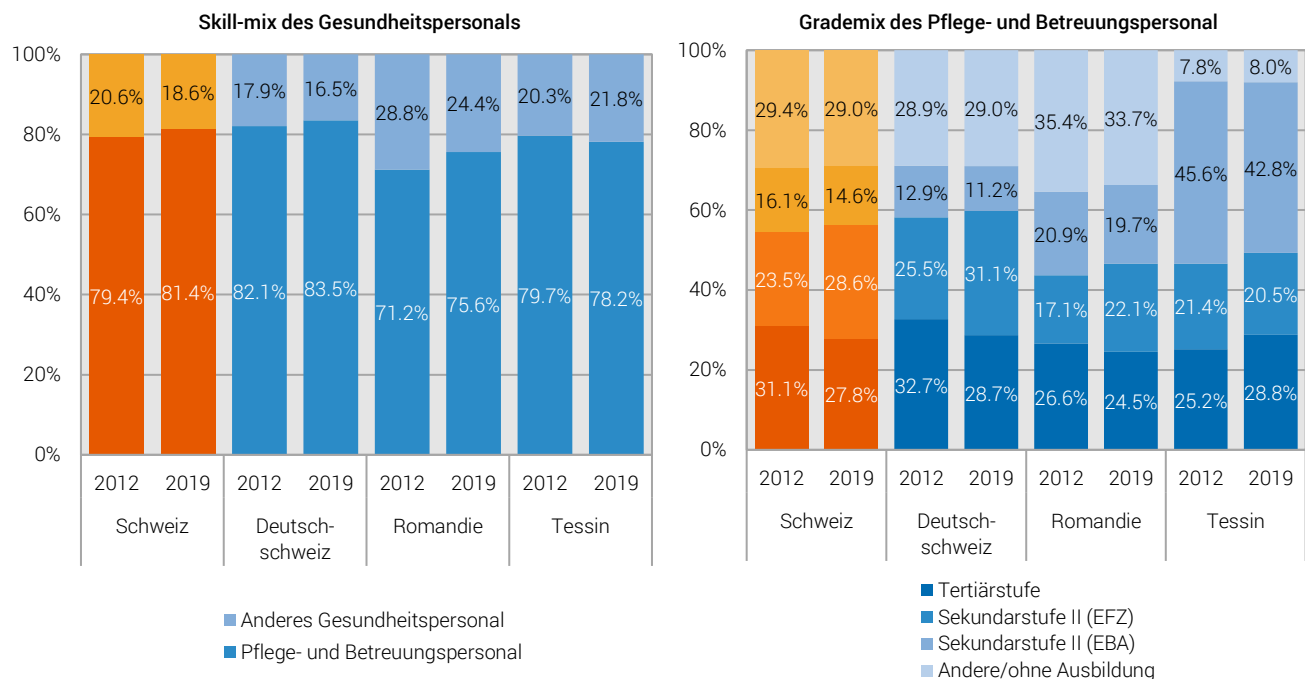
Vom in den Alters- und Pflegeheimen erfassten Gesundheitspersonal verfügen rund vier von fünf Personen über eine Ausbildung im Pflege- und Betreuungsbereich (2019: 81,4% in der Schweiz.). Das Verhältnis Pflege- und Betreuungspersonal zu übrigen Personal (**Skillmix**) ist je nach Sprachregion unterschiedlich: Am höchsten ist der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals in der Deutschschweiz (83,5%), gefolgt vom Tessin (78,2%) und der französischen Schweiz mit dem tiefsten Anteil (75,6%). In der Deutschschweiz und der französischen Schweiz nahm der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals zwischen 2012 und 2019 eher zu, während er im Tessin leicht rückläufig war.

Der **Grademix** des Pflege- und Betreuungspersonals setzt sich wie folgt zusammen: 27,8% Pflegefachpersonal der Tertiärstufe, 28,6% Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II mit EFZ, 14,6% Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II mit EBA und 29,0% anderes Personal (Pflegehelfer/innen

SRK). Zwischen 2012 und 2019 stieg der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals der Sekundarstufe II mit EFZ (+5,1 Prozentpunkte) vor allem zulasten des Pflegefachpersonals der Tertiärstufe (-3,3 Prozentpunkte) an. Dies dürfte sich in beschränktem Ausmass auch mit der neuen Weiterbildungsmöglichkeit für FaGe, der Berufsprüfung Langzeitpflege und -betreuung, erklären lassen. Die Absolventinnen und Absolventen dieser Berufsprüfung werden allerdings noch nicht eigens in der SOMED erfasst.

Nach Sprachregion lassen sich beim Grademix beachtliche Unterschiede erkennen. Bei Berücksichtigung des gesamten Pflege- und Betreuungspersonals mit Tertiärabschluss, Ausbildung auf Sekundarstufe II sowie EFZ weist die Deutschschweiz das qualifizierteste Profil auf (59,8%). Die französische Schweiz weist den höchsten Anteil an Pflegehelferinnen und -helfern SRK (Kategorie andere) auf (33,7%), während es im Tessin am meisten Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II mit EBA gibt (42,8%).

G 4.3 Alters- und Pflegeheime: Skill- und Grademix des Gesundheitspersonals (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

Kasten 2 Tätigkeitsgebiete des Personals von Alters- und Pflegeheimen

Die SOMED ermöglicht, das Pflege- und Betreuungspersonal nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung zu identifizieren. Sie liefert auch Informationen zur Verteilung der Arbeitszeit auf die verschiedenen Tätigkeitsgebiete (Hauptkostenstelle). Eine kombinierte Auswertung dieser Personaldaten zeigt zum einen, dass im Pflege- und Betreuungsbereich auch Personen tätig sind, die über keine entsprechende Ausbildung verfügen. Dabei handelt es sich insbesondere um Personal, das den Kategorien «andere Ausbildungen» oder «Person ohne Ausbildungsabschluss» zugeordnet wurde. Zum anderen sind gewisse Personen mit einer Ausbildung im Pflege- und Betreuungsbereich auch in anderen Bereichen, namentlich der Verwaltung, der Hotellerie oder der Gastronomie, tätig. Der Einsatz von Pflege- und Betreuungspersonal für Tätigkeiten ausserhalb des Pflege- und Betreuungsbereichs ist je nach Einrichtung und Kanton unterschiedlich, was einen regionalen Vergleich des Personalbestands im Bereich Pflege und Betreuung tendenziell erschwert.

4.1.3 Merkmale des Personals

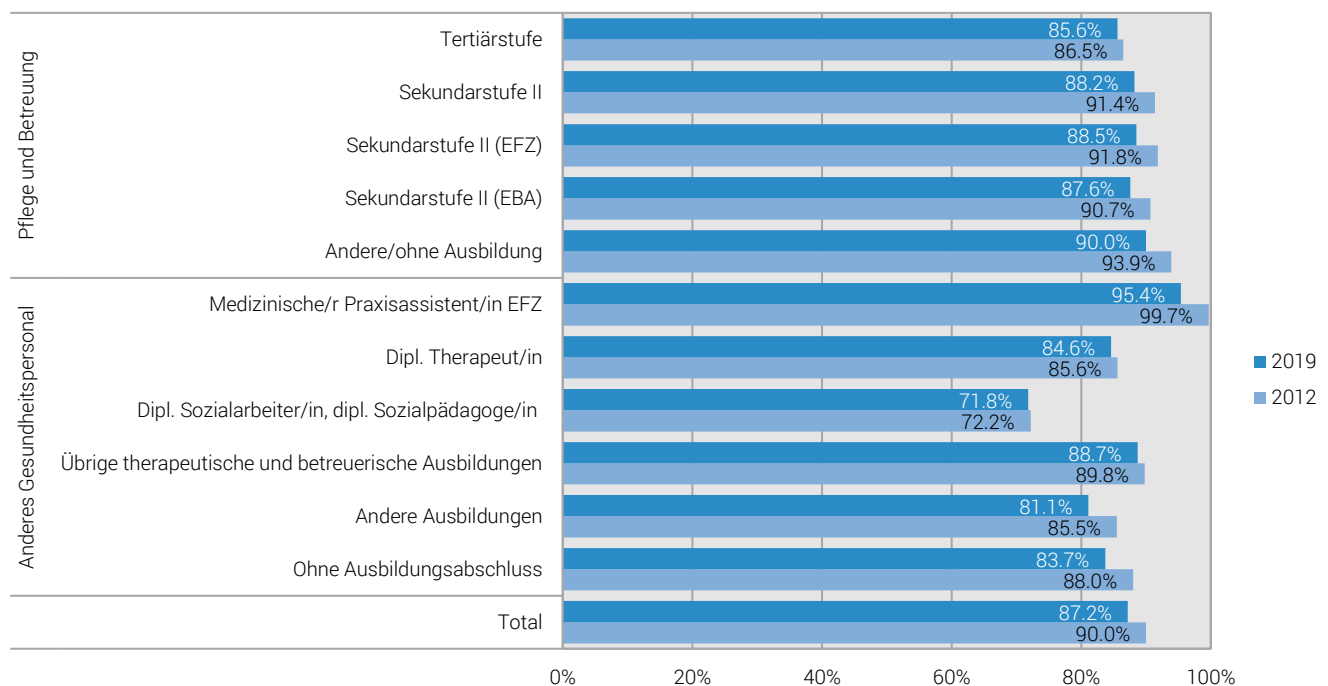
Geschlecht

In den Alters- und Pflegeheimen setzt sich das Gesundheitspersonal hauptsächlich aus Frauen zusammen (2019: 87,2%, G 4.4). Zwischen 2012 und 2019 ging der Frauenanteil jedoch um 2,8 Prozentpunkte zurück. Am stärksten war die Abnahme in den Kategorien «andere Ausbildungen» und «Person ohne Ausbildungsabschluss». Bei den Pflegefachpersonen der Tertiärstufe wurde nur ein leichter Rückgang verzeichnet.

Alter

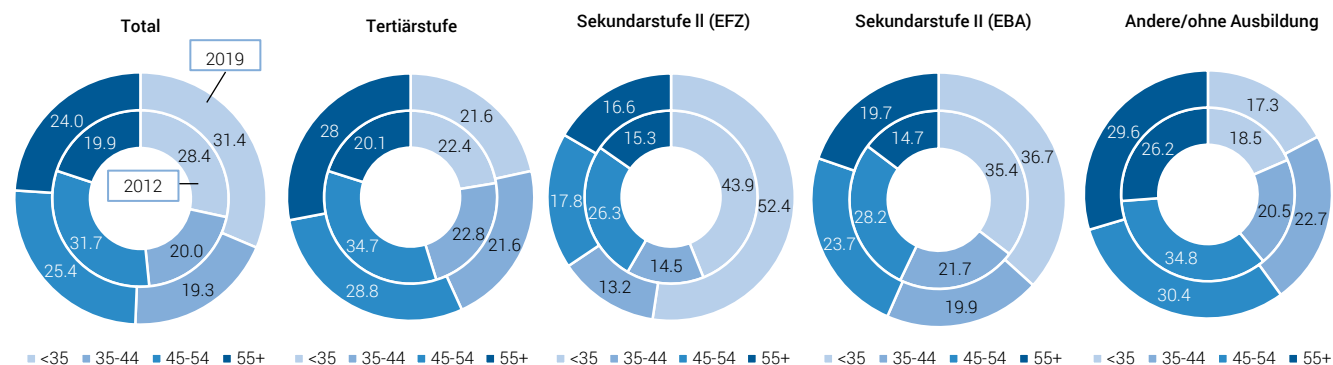
Bei der Zusammensetzung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Alter zeigen sich zwei entgegengesetzte Tendenzen (G 4.5). Einerseits bewirkten die Anstrengungen im Ausbildungsbereich eine Verjüngung «von unten» des Pflege- und Betreuungspersonals der Sekundarstufe II mit EFZ: Der Anteil der unter 35-Jährigen stieg von 43,9% im Jahr 2012 auf 52,4% im Jahr 2019 an. Andererseits lässt sich eine Alterung des Personals beobachten, die auf das steigende Alter der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe zurückzuführen ist. Hier war eine Zunahme des Anteils der über 55-Jährigen von 20,1% im Jahr 2012 auf 28,0% im Jahr 2019 zu verzeichnen. Dies bedeutet, dass 28,0% der Pflegefachpersonen in den Alters- und Pflegeheimen bis 2029 das Rentenalter erreichen werden.

G 4.4 Alters- und Pflegeheime: Frauenanteil in % (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz, 2012 und 2019



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

G 4.5 Alters- und Pflegeheime: Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Altersgruppe, in % (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz, 2012 und 2019


Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

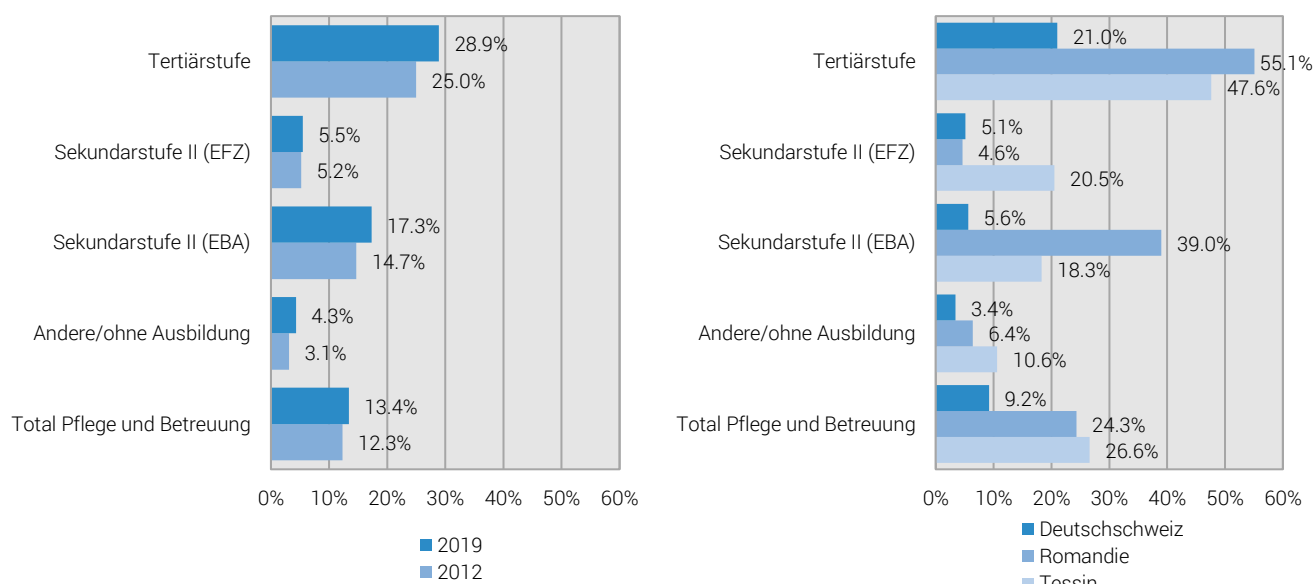
© Obsan 2021

Herkunft des Diploms

Bei den Pflegefachpersonen der Tertiärstufe ist der Anteil jener mit einem ausländischen Diplom besonders hoch. Nach einem starken Anstieg (2012: 25,0%, G 4.6) belief sich dieser Anteil 2019 auf 28,9% des Personalbestands. In der französischen Schweiz und im Tessin machen die Pflegefachpersonen der Tertiärstufe

mit einem ausländischen Diplom rund die Hälfte der Personalbestände aus (55,1% und 47,6%), während dieser Anteil in der Deutschschweiz 21,0% beträgt.

Der Anteil der im Ausland ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeiter ist – in geringerem Mass – ebenfalls relativ hoch und weist eine steigende Tendenz auf (2019: 21,4% bzw. 16,1%, Daten nicht dargestellt).

G 4.6 Alters- und Pflegeheime: Anteil des im Ausland ausgebildeten Pflege- und Betreuungspersonals, in % (Basis: Anzahl Beschäftigte), Schweiz, 2012 und 2019 und Sprachregionen, 2019


Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

4.1.4 Beschäftigung des Gesundheitspersonals

Beschäftigungsgrad

Zwischen 2012 und 2019 verzeichnete der Beschäftigungsgrad des Pflege- und Betreuungspersonals einen leichten Anstieg (von 71,7% auf 73,6%, G 4.7). Besonders deutlich zeigt sich diese Tendenz beim Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II mit EFZ und den Personen ohne formalen Ausbildungsabschluss. Der Beschäftigungsgrad beim Pflege- und Betreuungspersonal mit einem ausländischen Diplom beträgt 80,5%, während er sich bei jenen mit einem inländischen Ausbildungsabschluss auf 72,5% beläuft (Daten nicht dargestellt).

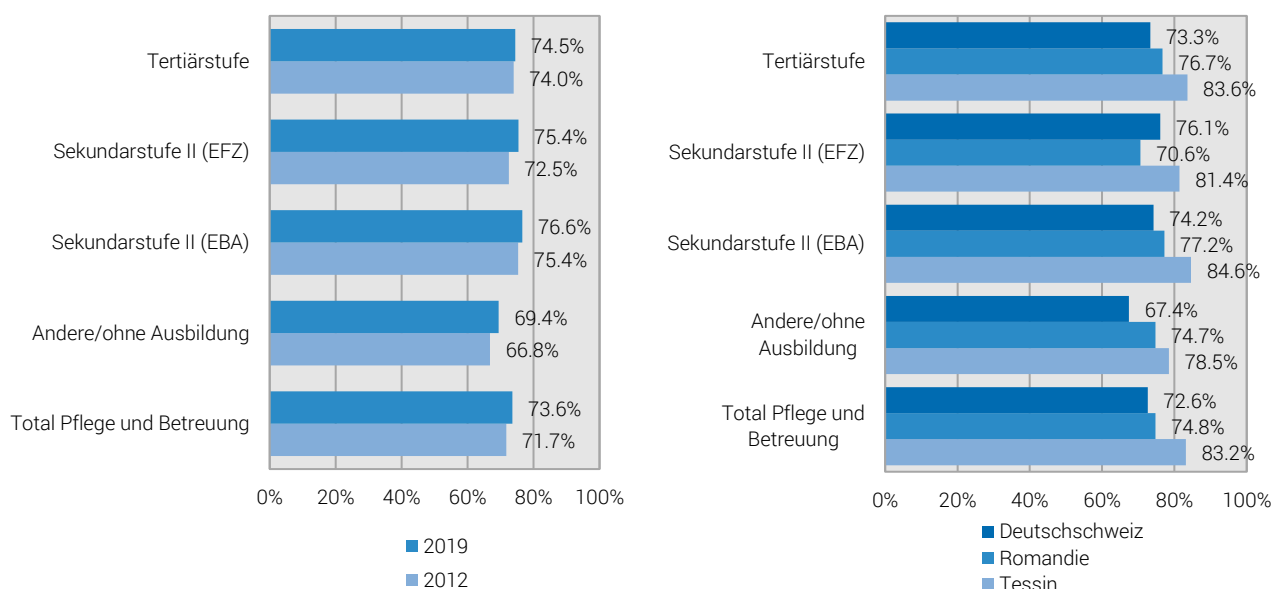
Der Beschäftigungsgrad ist je nach Ausbildungsniveau und Sprachregion unterschiedlich hoch. Beim Pflegefachpersonal der Tertiärstufe liegt der durchschnittliche Beschäftigungsgrad in der Deutschschweiz und der französischen Schweiz bei rund 75%. Das Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II mit EFZ weist in der französischen Schweiz einen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 70,6%, in der Deutschschweiz von 76,1% und von 81,4% im Tessin auf. Hingegen ist der durchschnittliche Beschäftigungsgrad des Personals der Kategorie «andere» in der Deutschschweiz tiefer (67,4%) als in der französischen Schweiz (74,7%). Im Tessin weist das Pflege- und Betreuungspersonal aller Ausbildungsniveaus einen höheren Beschäftigungsgrad auf als in den anderen Sprachregionen. Die Ergebnisse sind zwischen 2012 und 2019 konstant geblieben.

Eintritts-, Austritts- und Fluktuationsrate

Beim Pflege- und Betreuungspersonal von Alters- und Pflegeheimen verlässt im Durchschnitt jedes Jahr rund jede fünfte Person ihre Stelle, um entweder eine Tätigkeit in einer anderen Gesundheitsinstitution aufzunehmen oder aus anderen Gründen (**Austrittsrate** von 21,9% im Jahr 2019, G 4.8). Aufgrund der Zunahme des Personalbestands liegt die **Eintrittsrate** (23,9%) des Personals von Alters- und Pflegeheimen leicht über der Austrittsrate. Insgesamt stieg die **Fluktuationsrate des Pflege- und Betreuungspersonals** von 20,3% im Jahr 2013 auf 22,9% im Jahr 2019 an. Dies zeigt, dass sich die Personalbestände schneller erneuern. Es ist wichtig, auf diese Auswirkung hinzuweisen, denn die Integration und Betreuung von neuen Angestellten, insbesondere von neu diplomierten Fachpersonen, stellt für das Personal einen zusätzlichen Arbeitsaufwand dar.

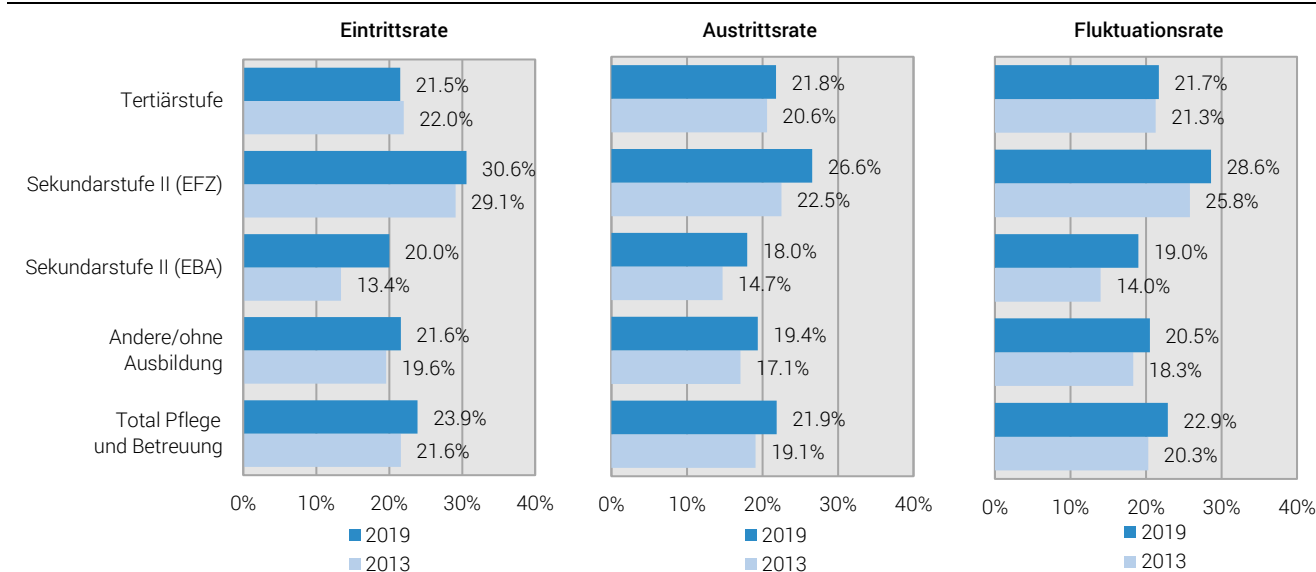
Die höchste jährliche Fluktuationsrate, die zwischen 2012 und 2019 zudem eine leichte Zunahme verzeichnete, lässt sich beim Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II mit EFZ beobachten. Dies ist insbesondere auf die Möglichkeit dieser Personen zurückzuführen, die Ausbildung auf der Tertiärstufe fortzusetzen. Beim Personal der Sekundarstufe II mit EBA ist die gestiegene Fluktuationsrate auf den Eintritt der Assistentinnen und Assistenten Gesundheit und Soziales in den Arbeitsmarkt zurückzuführen, nach der Einführung der Ausbildung im Jahr 2010. Auch sie können ihre Ausbildung fortsetzen, um auf der Sekundarstufe II ein EFZ zu erlangen.

G 4.7 Alters- und Pflegeheime: Beschäftigungsgrad des Pflege- und Betreuungspersonals, in %, Schweiz, 2012 und 2019 und Sprachregionen, 2019



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

G 4.8 Alters- und Pflegeheime: Eintritts-, Austritts- und Fluktuationsrate des Pflege- und Betreuungspersonals, in %, Schweiz, 2013 und 2019


Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

Anteil des Personals mit einem befristeten Vertrag

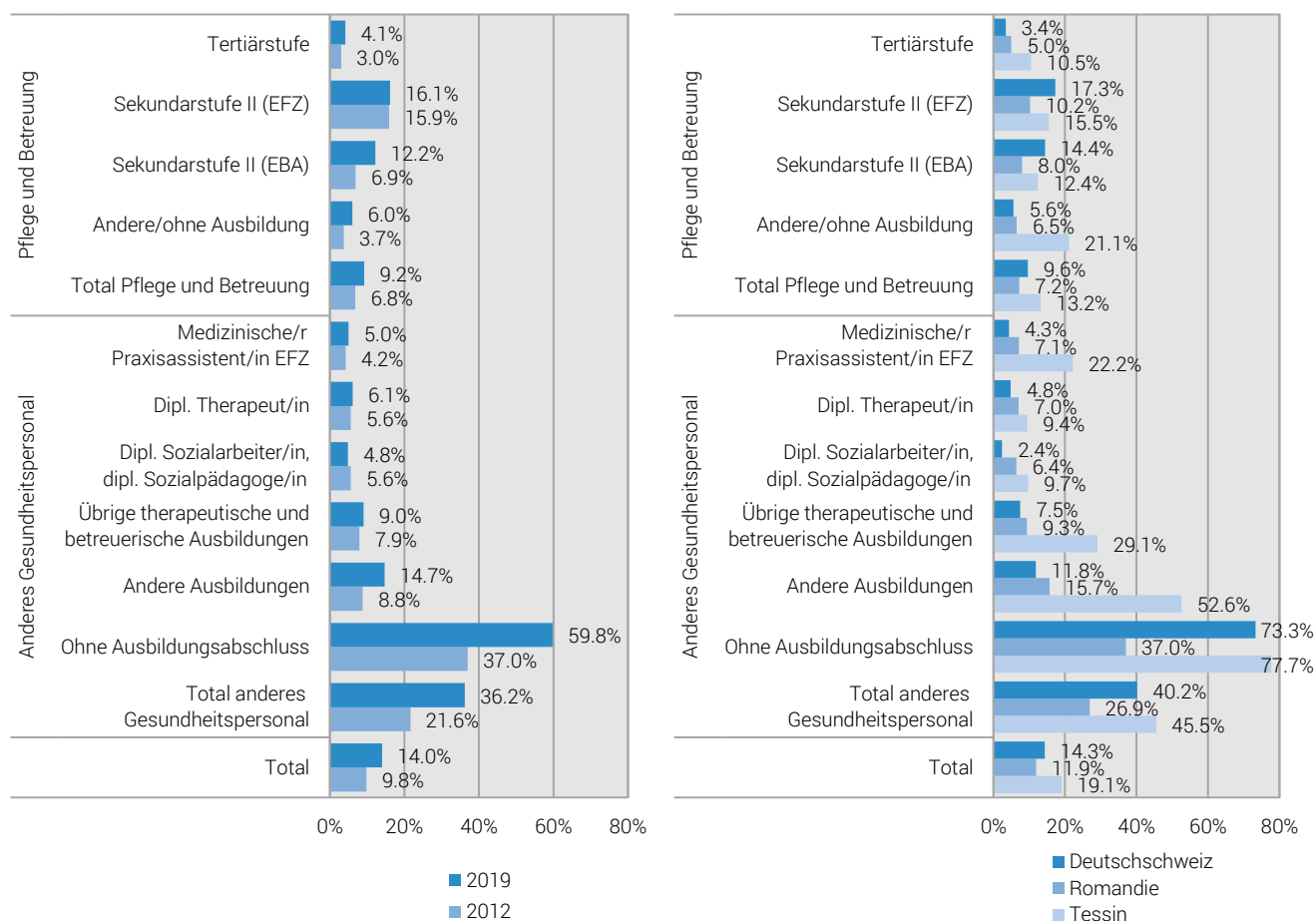
Zwischen 2012 und 2019 ist der Anteil der Personen mit einem befristeten Vertrag von 9,8% auf 14,0% angestiegen (G 4.9). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Personalverleih in der Schweiz im betrachteten Zeitraum generell einen Aufschwung verzeichnete⁸. Es ist möglich, dass diese Entwicklung auch den Gesundheitssektor betrifft.

Je nach Sprachregion werden unterschiedlich häufig befristete Verträge abgeschlossen. Am verbreitetsten ist diese Vertragsart im Tessin (2019: 19,1%), gefolgt von der Deutschschweiz (14,3%) und der französischen Schweiz (11,9%).

Personen ohne Ausbildungsabschluss haben besonders häufig einen solchen Arbeitsvertrag. 2019 machten sie 39% des befristet angestellten Gesundheitspersonals aus (Daten nicht dargestellt).

Die oben beschriebene Zunahme der Fluktuationsrate des Personalbestands ist teilweise auf den Anstieg der Anstellungen mit befristetem Vertrag zurückzuführen. So betrug die Fluktuationsrate 2019 beim befristet angestellten Pflege- und Betreuungspersonal 57,6% gegenüber 19,6% beim unbefristet angestellten Personal (Daten nicht dargestellt).

⁸ Zwischen 2012 und 2019 stieg die Zahl der verliehenen Personen (in allen Wirtschaftszweigen) von 304 569 auf 392 168 an (Verzeichnis der Arbeitsvermittlungs- und Personalverleihbetriebe).

G 4.9 Alters- und Pflegeheime: Anteil des Gesundheitspersonals mit einem befristeten Vertrag, in %, Schweiz, 2012 und 2019 und Sprachregionen, 2019

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

4.2 Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal

Methodischer Hinweis: Die drei dargestellten Szenarien für die Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal in den Alters- und Pflegeheimen unterscheiden sich hinsichtlich der verwendeten demografischen und epidemiologischen Szenarien. Die Minimal- und Maximalszenarien berücksichtigen die Spannweite der möglichen Variationen im Zusammenhang mit der demografischen und epidemiologischen Entwicklung. Die drei präsentierten Szenarien gehen von der Annahme aus, dass die Betreuungsformen im Bereich der Langzeitpflege (Pflege im Alters- und Pflegeheim / Betreuung zuhause) unverändert bleiben. Weiter gehen die Szenarien von einem konstanten Grademix und von einem unveränderten Versorgungsbedarf aus.

Ausgehend von der Situation im Jahr 2019 ist zu erwarten, dass der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal in den Alters- und Pflegeheimen im Zuge der demografischen und epidemiologischen Entwicklung bis 2029 von 16% auf 36% und bis 2035 von 31% auf 69% steigen wird (T 4.2). Die Abweichung zwischen dem tiefen und dem hohen Szenario ist relativ gross, da bei diesen Szenarien die demografischen und epidemiologischen Entwicklungen miteinander kombiniert werden, die zu den moderatesten bzw. stärksten Zunahmen des Personalbedarfs führen.

Gemäss dem Referenzszenario ist davon auszugehen, dass bis 2029 rund 18 500 zusätzliche Personen im Bereich der Pflege und Betreuung eingesetzt werden müssen, darunter rund 5100 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe. In den Alters- und Pflegeheimen werden bis 2035 voraussichtlich 35 200 zusätzliche Personen im Bereich Pflege und Betreuung beschäftigt, darunter 9800 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe.

T 4.2 Alters- und Pflegeheime: Prognosen zum Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal 2029 und 2035 nach Ausbildungsstufe

	2019	2029			2035		
		Minimal-szenario	Referenz-szenario	Maximal-szenario	Minimal-szenario	Referenz-szenario	Maximal-szenario
Tertiärstufe	20 100	23 200 <i>+3 200</i>	25 200 <i>+5 100</i>	27 300 <i>+7 300</i>	26 300 <i>+6 300</i>	29 800 <i>+9 800</i>	33 800 <i>+13 700</i>
Sekundarstufe II	31 200	36 000 <i>+4 900</i>	39 100 <i>+7 900</i>	42 400 <i>+11 300</i>	40 800 <i>+9 600</i>	46 300 <i>+15 100</i>	52 400 <i>+21 200</i>
Andere/ohne Ausbildung	20 900	24 200 <i>+3 300</i>	26 300 <i>+5 400</i>	28 600 <i>+7 700</i>	27 600 <i>+6 700</i>	31 300 <i>+10 400</i>	35 500 <i>+14 600</i>
Total Pflege und Betreuung	72 100	83 500 +11 300 +16%	90 700 +18 500 +26%	98 400 +26 200 +36%	94 700 +22 600 +31%	107 400 +35 200 +49%	121 700 +49 500 +69%

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

Anmerkung: In kursiv werden die zusätzlichen Personen gegenüber 2019 ausgewiesen

5 Personalbestand, jüngste Entwicklungen und Prognosen im Spitex-Bereich

5.1 Bestand Gesundheitspersonal 2019 und Entwicklungen seit 2012

5.1.1 Erfasster Bestand und Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals

Im Jahr 2019 zählte das Gesundheitspersonal im Spitex-Bereich 19 111 Vollzeitäquivalente (VZÄ; T 5.1). Gemäss der Spitex-Statistik entspricht dies 41 048 beschäftigten Personen. Da diese

Zahl alle Personen umfasst, die im laufenden Jahr mindestens einmal im Spitex-Bereich gearbeitet haben, unabhängig von der Dauer des Arbeitsverhältnisses, wird die Zahl der am 31. Dezember effektiv Beschäftigten hier anhand des Beschäftigungsgrads gemäss den Daten der Strukturerhebung eingeschätzt (vgl. Kapitel 2.1.3). Diese Schätzung beläuft sich auf knapp 31 000 Angehörige des Pflege- und Betreuungspersonals, die am 31. Dezember 2019 im Spitex-Bereich tätig waren (T 5.2).

T 5.1 Spitex: Gesundheitspersonal (Anzahl VZÄ), Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Bereich	Ausbildungsstufe/Beruf	Schweiz			Deutschschweiz			Romandie			Tessin		
		2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)	2012	2019	Entw. (%)
Pflege und Betreuung	Tertiärstufe	5 851	8 220	40,5	3 854	5 028	30,5	1 708	2 578	51,0	290	613	111,8
	Sekundarstufe II	4 186	6 411	53,1	2 589	3 933	51,9	1 307	2 007	53,5	290	471	62,1
	Sekundarstufe II (EFZ)	3 200	4 936	54,3	2 040	3 279	60,8	921	1 372	48,9	239	285	19,2
	Sekundarstufe II (EBA)	986	1 475	49,5	549	654	19,1	387	636	64,5	51	185	263,5
	Andere/ohne Ausbildung	3 502	4 261	21,7	1 930	2 494	29,2	1 428	1 658	16,1	143	108	-24,5
Total Pflege und Betreuung		13 539	18 891	39,5	8 373	11 455	36,8	4 443	6 244	40,5	723	1 192	64,8
Anderes Gesundheitspersonal	Hebamme	12	14	20,0	12	14	14,2	0	1	.	0	0	.
	Med.-techn. Berufe	108	152	40,7	6	6	6,9	102	146	42,6	0	0	.
	Med.-therap. Berufe	54	53	-2,6	53	48	-10,1	1	5	350,0	0	1	.
Total		13 713	19 111	39,4	8 444	11 523	36,5	4 546	6 395	40,7	723	1 193	64,9

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

© Obsan 2021

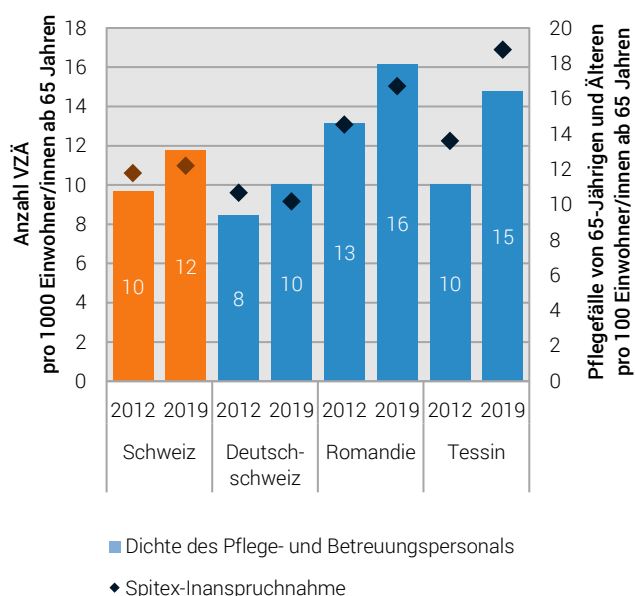
T 5.2 Spitex: Gesundheitspersonal (Anzahl Beschäftigte), Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Bereich	Ausbildungsstufe/Beruf	Schweiz			Deutschschweiz			Romandie			Tessin		
		2012	2019	2019 (revidiert) ¹	2012	2019	2019 (revidiert) ¹	2012	2019	2019 (revidiert) ¹	2012	2019	2019 (revidiert) ¹
Pflege und Betreuung	Tertiärstufe	12 630	16 735	12 824	9 061	11 349	8 229	2 994	4 278	3 694	575	1 108	901
	Sekundarstufe II	8 936	13 163	10 513	6 000	8 702	6 924	2 389	3 579	2 884	547	882	705
	Sekundarstufe II (EFZ)	6 515	9 779	8 171	4 472	6 922	5 773	1 643	2 361	1 971	400	496	427
	Sekundarstufe II (EBA)	2 421	3 384	2 342	1 528	1 780	1 151	746	1 218	913	147	386	278
	Andere/ohne Ausbildung	9 055	10 707	7 440	5 615	7 326	4 715	3 125	3 174	2 551	315	207	174
	Total Pflege und Betreuung	30 621	40 605	30 776	20 676	27 377	19 868	8 508	11 031	9 129	1 437	2 197	1 779
Anderes Gesundheitspersonal	Hebamme	40	32		40	30		0	2		0	0	
	Med.-techn. Berufe	219	258		21	14		197	243		1	1	
	Med.-therap. Berufe	160	153		157	140		3	12		0	1	
Total		31 040	41 048		20 894	27 561		8 708	11 288		1 438	2 199	

Quellen: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) und Strukturhebung (SE), Analyse Obsan © Obsan 2021
 2019 revidiert¹: Anzahl Beschäftigte, eingeschätzt anhand der in der Spitex-Statistik erfassten VZÄ und des Beschäftigungsgrads gemäss den Daten der Strukturhebung (siehe Methodik)

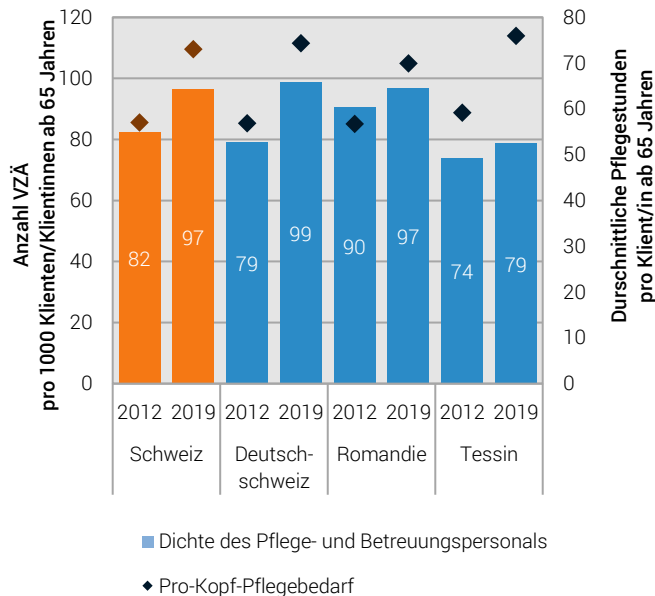
Zwischen 2012 und 2019 hat sich die Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) des Gesundheitspersonals im Spitex-Bereich um 39,4% erhöht. Diese starke Zunahme steht insbesondere im Zusammenhang mit der Expansion des Spitex-Bereichs. Es lässt sich auch in allen Sprachregionen ein Anstieg der Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals aller

Ausbildungsniveaus feststellen (G 5.1 und G 5.2). In der französischen Schweiz und im Tessin ist dies auf die gestiegene Inanspruchnahme der Spitex sowie auf den höheren Pflegebedarf der Klientinnen und Klienten zurückzuführen. In der Deutschschweiz ging die Inanspruchnahme der Spitex-Dienste seit 2012 eher zurück, während der Pflegebedarf der Klientinnen und Klienten angestiegen ist.

G 5.1 Spitex: Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals (Anzahl VZÄ pro 1000 Einwohner/innen ab 65 Jahren) und Spitex-Inanspruchnahme, Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Quellen: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) und Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2021

G 5.2 Spitex: Dichte des Pflege- und Betreuungspersonals (Anzahl VZÄ pro 1000 Klienten/Klientinnen ab 65 Jahren) und Pro-Kopf-Pflegebedarf, Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

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

© Obsan 2021

5.1.2 Grademix des Personals

Die im Spitex-Bereich beschäftigten Personen sind grösstenteils dem Bereich Pflege und Betreuung zuzuordnen (98,9% der VZÄ im Jahr 2019). Die Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals (Grademix) als VZÄ-Anteile präsentiert sich wie folgt: 43,5% der Personen verfügen über eine Tertiärausbildung, 33,9% über eine Ausbildung auf Sekundarstufe II und 22,6% haben keine formale Ausbildung (G 5.3).

In der Deutschschweiz und der französischen Schweiz sind die VZÄ-Anteile des Personals der Tertiärstufe seit 2012 etwa gleich hoch (2019: 43,9% bzw. 41,3%). Hingegen weist das Personal der Sekundarstufe II mit EFZ in der Deutschschweiz einen höheren VZÄ-Anteil auf als in der französischen Schweiz (28,6% und 22,0%).

Im Kanton Tessin lässt sich beim Grademix eine Tertiarisierung erkennen. So stieg der Anteil der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe von 40,0% im Jahr 2012 auf 51,4% der VZÄ im Jahr 2019 an.

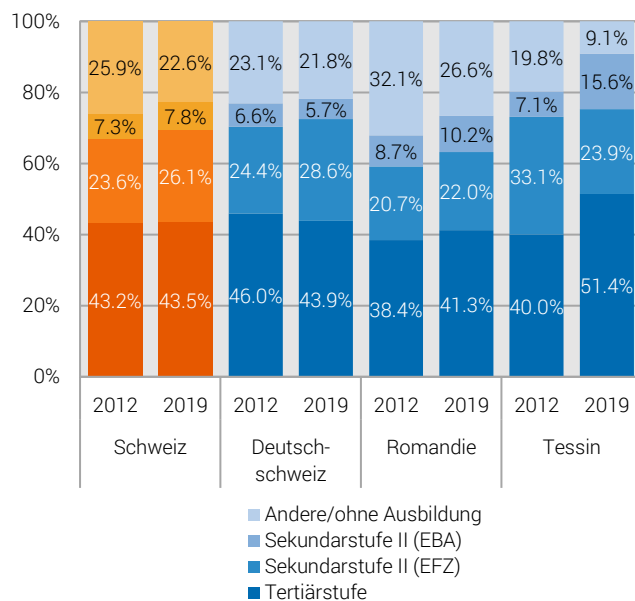
5.1.3 Beschäftigung des Gesundheitspersonals

Beschäftigungsgrad

In der Spitex-Statistik lag der berechnete durchschnittliche Beschäftigungsgrad des Pflege- und Betreuungspersonals 2019 bei 46,5% (T 5.3). Aufgrund der Art der Zählung der beschäftigten Personen handelt es sich bei dieser Zahl jedoch um eine Unterschätzung. Eine Analyse der Daten der Strukturerhebung deutet darauf hin, dass dieser Beschäftigungsgrad rund 15 Prozentpunkte zu niedrig ist. Gemäss dieser Analyse liegt zum Beispiel

der Beschäftigungsgrad des Spitex-Pflegepersonals der Tertiärstufe in der Deutschschweiz bei 61,1%, in der französischen Schweiz bei 69,8% und im Tessin bei 68,1%. Der für die ganze Schweiz berechnete durchschnittliche Beschäftigungsgrad beläuft sich auf 64,1% für das Personal der Tertiärstufe und auf 61,4% für das gesamte Pflege- und Betreuungspersonal.

G 5.3 Spitex: Grademix des Pflege- und Betreuungspersonals (Basis: Anzahl VZÄ), Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019



Quellen: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

© Obsan 2021

T 5.3 Spitex: Beschäftigungsgrad des Pflege- und Betreuungspersonals gemäss den Daten der Spitex-Statistik und der Strukturerhebung, 2012 und 2019

Bereich	Ausbildungsstufe	Schweiz			Deutschschweiz			Romandie			Tessin		
		2012 (SPITEX)	2019 (SPITEX)	2019 (SE)	2012 (SPITEX)	2019 (SPITEX)	2019 (SE)	2012 (SPITEX)	2019 (SPITEX)	2019 (SE)	2012 (SPITEX)	2019 (SPITEX)	2019 (SE)
Pflege und Betreuung	Tertiärstufe	46,3	49,1	64,1	42,5	44,3	61,1	57,0	60,3	69,8	50,3	55,4	68,1
	Sekundarstufe II	46,8	48,7	61,0	43,1	45,2	56,8	54,7	56,1	69,6	53,1	53,4	66,8
	Sekundarstufe II (EFZ)	49,1	50,5	60,4	45,6	47,4	56,8	56,1	58,1	69,6	59,9	57,5	66,8
	Sekundarstufe II (EBA)	40,7	43,6	63,0	35,9	36,7	56,8	51,8	52,2	69,6	34,7	48,0	66,8
	Andere/ohne Ausbildung	38,7	39,8	57,3	34,4	34,0	52,9	45,7	52,2	65,0	45,5	52,3	62,3
Total Pflege und Betreuung		44,2	46,5	61,4	40,5	41,8	57,7	52,2	56,6	68,4	50,3	54,3	67,0

Quellen: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) und Strukturerhebung (SE)

© Obsan 2021

5.2 Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal

Methodischer Hinweis: Die drei dargestellten Szenarien für die Prognosen zum künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal im Spitex-Bereich unterscheiden sich hinsichtlich der verwendeten demografischen und epidemiologischen Szenarien. Die Minimal- und Maximalszenarien berücksichtigen die Spannbreite der möglichen Variationen im Zusammenhang mit der demografischen und epidemiologischen Entwicklung. Die drei präsentierten Szenarien basieren auf der Annahme, dass die Betreuungsformen im Bereich der Langzeitpflege (Pflege im Alters- und Pflegeheim / Betreuung zuhause) unverändert bleiben. Weiter gehen sie von einem konstanten Grademix und Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten aus.

Ausgehend von der Situation im Jahr 2019 ist zu erwarten, dass der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal bis 2029 um rund 19% und bis 2035 um rund 30% steigen wird. Gemäss dem Referenzszenario ist davon auszugehen, dass bis 2029 rund 5900 zusätzliche Personen im Bereich Pflege und Betreuung eingesetzt werden, darunter rund 2600 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe. Bis 2035 werden im Spitex-Bereich voraussichtlich 9300 zusätzliche Personen im Bereich Pflege und Betreuung tätig sein, darunter 4000 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe.

Im Vergleich zum voraussichtlichen Personalbedarf in den Alters- und Pflegeheimen ist beim Spitex-Personal mit einem moderateren Wachstum zu rechnen, da Spitex-Dienste auch von Personen unter 65 Jahren beansprucht werden, deren Zahl voraussichtlich langsamer steigen wird. Im Zuge des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung (vgl. Kasten 7, S.74) dürfte der Personalbedarf im Spitex-Bereich jedoch schneller zunehmen, als es die demografischen und epidemiologischen Szenarien des Modells vermuten lassen.

T 5.4 Spitex: Prognosen zum Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal 2029 und 2035 nach Ausbildungsstufe

	2019*	2029			2035		
		Minimalszenario	Referenzszenario	Maximalszenario	Minimalszenario	Referenzszenario	Maximalszenario
Tertiärstufe	12 800	14 600 <i>+1 800</i>	15 400 <i>+2 600</i>	16 200 <i>+3 400</i>	15 500 <i>+2 700</i>	16 800 <i>+4 000</i>	18 200 <i>+5 400</i>
Sekundarstufe II	10 500	12 000 <i>+1 500</i>	12 600 <i>+2 100</i>	13 200 <i>+2 700</i>	12 700 <i>+2 200</i>	13 800 <i>+3 300</i>	14 900 <i>+4 400</i>
Andere/ohne Ausbildung	7 400	8 400 <i>+1 000</i>	8 900 <i>+1 400</i>	9 300 <i>+1 900</i>	8 900 <i>+1 500</i>	9 700 <i>+2 200</i>	10 500 <i>+1 000</i>
Total Pflege und Betreuung	30 800	35 000 +4 200 +14%	36 700 +5 900 +19%	38 500 +7 700 +25%	37 100 +6 300 +20%	40 100 +19 300 +30%	43 200 +12 500 +40%

Quellen: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) und Strukturhebung (SE)

© Obsan 2021

2019*: Für die Berechnung des künftigen Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal werden die revidierten Bestände als Grundlage herangezogen.

Anmerkung: In kursiv werden die zusätzlichen Personen gegenüber 2019 ausgewiesen.

6 Im praxisambulanten Bereich tätiges Gesundheitspersonal

Mit der Erhebung des Personals von Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex kann die Anzahl des in der Schweiz tätigen Pflege- und Betreuungspersonals relativ genau beschrieben werden. Es sind jedoch viele andere nichtärztliche Berufe am Gesundheitssystem beteiligt. Je nach Beruf arbeiten die betreffenden Personen häufiger oder seltener in Institutionen oder in ambulanten Praxen. Auch bei der Form der ambulanten Tätigkeit gibt es Unterschiede (z.B. Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, selbstständigerwerbende oder angestellte Personen). Diese Vielfalt an Beschäftigungsformen macht es besonders schwierig, diese Personen zu zählen. Gestützt auf die verschiedenen verfügbaren statistischen Quellen (vgl. 2.1.4 und Kasten 3) soll hier versucht werden, die Anzahl der in den verschiedenen nichtärztlichen Gesundheitsberufen tätigen Personen zu schätzen und die Beschäftigungsmerkmale im Rahmen des Möglichen zu präzisieren. Die beschriebenen Berufe stammen hauptsächlich aus dem medizinisch-therapeutischen und dem medizinisch-technischen Bereich und ihre Angehörigen sind – in Bezug auf die drei Institutionstypen – hauptsächlich im Spitalbereich tätig (siehe 3.1). Die Ergebnisse sind in der Tabelle T 6.1 zusammengefasst.

Kasten 3 Möglichkeiten und Grenzen der verwendeten Datengrundlagen

Daten der Berufsverbände

- ⊕ Decken auch die ambulante Tätigkeit ab, die in anderen Quellen nicht ausgewiesen ist
- ⊖ Nicht immer möglich, die Aktivmitglieder zu ermitteln
- ⊖ Nicht alle Angehörigen eines Gesundheitsberufs sind zwangsläufig Mitglied des Berufsverbands

Nationales Register der Gesundheitsberufe

- ⊕ Enthält die Anzahl der Abschlüsse und der anerkannten ausländischen Diplome
- ⊕ Enthält die Anzahl der erteilten kantonalen Berufsausübungsbewilligungen
- ⊖ Nicht möglich, berufstätige Personen zu ermitteln
- ⊖ Mögliche kantonale Unterschiede bei den Anforderungen an die Berufsausübungsbewilligung

Analyse der Strukturerhebung des BFS (2016–2018)

- ⊕ Deckt auch die ambulante Tätigkeit ab, die in anderen Quellen nicht ausgewiesen ist
- ⊖ Fehlermarge bei den Ergebnissen (Stichprobe der Schweizer Bevölkerung)
- ⊖ Gewisse Berufe sind schwierig zu ermitteln

Administrative Statistiken (KS, SOMED und SPITEX)

- ⊕ Enthalten die Anzahl Personen, die in den Gesundheitsinstitutionen arbeiten
- ⊖ Gewisse Berufe sind schwierig zu ermitteln
- ⊖ Mögliche Doppelerfassung von Personen mit mehreren Tätigkeiten (angestellt und selbstständigerwerbend)
- ⊖ Ambulante Praxistätigkeit wird nicht berücksichtigt

6.1 Physiotherapeutinnen und -therapeuten

2020 waren im Nationalen Register der Gesundheitsberufe (NAREG) 23 728 Personen mit einer Physiotherapieausbildung erfasst, von denen etwas mehr als die Hälfte über ein Schweizer Diplom verfügte (51,8%). Die Analyse der Strukturhebung ergibt für 2016–2018 ein Total von 20 689 ausgebildeten Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der Schweiz. Zum einen ist der Unterschied zwischen diesen beiden Quellen auf den zeitlichen Abstand sowie auf die Fehlermarge bei den Daten der Strukturhebung zurückzuführen. Zum anderen ist es möglich, dass einige Personen seit der Erfassung ihres Diploms im NAREG die Schweiz verlassen haben.

Ebenfalls gemäss den Daten der Strukturhebung arbeiten 13 577 Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Schweizer Gesundheitswesen. Der Schweizer Physiotherapie-Verband, Physioswiss, zählt 9315 Aktivmitglieder. Demzufolge sind schätzungsweise rund zwei Drittel der erwerbstätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten Mitglied von Physioswiss.

In der Krankenhausstatistik wurden 5029 Physiotherapeutinnen und -therapeuten erfasst und gemäss der Strukturhebung arbeiten 9620 Personen im ambulanten Bereich. Dies legt nahe, dass etwa ein Drittel der Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Spitalbereich arbeiten und zwei Drittel in einer Praxis. Gemäss der Mitgliederstatistik von Physioswiss sind 61,5% selbstständig-erwerbend und 38,5% angestellt (Physioswiss, 2019). Diese Daten sind insofern konsistent, als ein Teil der in einer Praxis tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten als Angestellte in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten.

Gemäss den Daten der Strukturhebung sind 71,8% der Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die im Gesundheitswesen arbeiten, in der Deutschschweiz tätig und 28,2% in der lateinischen Schweiz. Zum Vergleich: Von den Mitgliedern von Physioswiss stammen 72% aus der Deutschschweiz, 23% aus der französischen Schweiz und 5% aus dem Tessin.

6.2 Osteopathinnen und Osteopathen

Im Jahr 2020 zählte der Schweizerische Verband der Osteopathen (SVO) 977 Aktivmitglieder. Im NAREG waren in diesem Jahr 1139 Osteopathinnen und Osteopathen erfasst (98,3% davon mit einem Schweizer Diplom). Somit ist davon auszugehen, dass die grosse Mehrheit der in der Schweiz tätigen Osteopathinnen und Osteopathen Mitglied des SVO ist.

Mit 67,8% der Mitglieder des SVO aus der französischen Schweiz ist der Beruf in dieser Region besonders verbreitet. In der Deutschschweiz und im Tessin belaufen sich diese Anteile auf 29,7% bzw. 2,6%. Gemäss einer Umfrage bei den im NAREG registrierten Osteopathinnen und Osteopathen für den Zeitraum 2016–2017 (Vaucher et al., 2018) sind diese hauptsächlich in privaten Praxen tätig (46% arbeiteten ausschliesslich allein); nur sehr wenige arbeiteten im Spital (1,5%). Verglichen mit den anderen Gesundheitsberufen war der Frauenanteil tiefer (54%). Diese

arbeiteten häufiger Teilzeit als die Männer (55,4% gegenüber 26,3%). 60,3% der Teilnehmenden waren 40 Jahre alt und älter.

6.3 Ergotherapeutinnen und -therapeuten

Im NAREG sind 5077 Personen mit einer Ergotherapieausbildung erfasst, von denen 64,6% über ein Schweizer Diplom verfügen. Anfang 2021 zählte der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) 2252 Aktivmitglieder. Der Verband schätzt, dass in der Schweiz insgesamt etwa 3000 Ergotherapeutinnen und -therapeuten tätig sind.

2019 wurden in der Krankenhausstatistik 1501 Ergotherapeutinnen und -therapeuten erfasst. Gemäss der SOMED und der Spitex-Statistik gab es im gleichen Jahr rund 1200 medizinisch-therapeutische Fachpersonen, wovon ein Teil sicher Ergotherapeutinnen und -therapeuten sind. Der EVS zählt im ambulanten Bereich 1133 selbstständigerwerbende Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Im NAREG wurden 1441 ausgestellte kantonale Berufsausübungsbewilligungen erfasst.

Von den Aktivmitgliedern des EVS stammen 67,2% aus der Deutschschweiz, 27,5% aus der französischen Schweiz und 4,9% aus dem Tessin.

6.4 Logopädinnen und Logopäden

Die Tätigkeit der Logopädinnen und Logopäden kann danach unterschieden werden, ob Kinder und Jugendliche oder Erwachsene behandelt werden. Die kantonalen Erziehungsdepartemente sind zuständig für die Organisation und die Finanzierung der Behandlung der 0- bis 20-Jährigen. Bei Erwachsenen übernimmt die Krankenversicherung die Kosten der Logopädie Sitzungen, wenn diese ärztlich verordnet sind.

In der Deutschschweiz zählte der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) Ende 2020 insgesamt 2335 Mitglieder. Die meisten arbeiteten mit Kindern und Jugendlichen und etwa 370 Mitglieder mit Erwachsenen. Von diesen arbeiteten 190 ausschliesslich im stationären Bereich, 150 ausschliesslich in einer ambulanten Praxis und 30 waren gleichzeitig im stationären und ambulanten Bereich tätig.

In der französischen Schweiz zählte die «Association romande des logopédistes diplômés» (ARLD) am 31. Dezember 2019 insgesamt 926 Mitglieder. Im Rahmen einer Umfrage, die mittels Fragebogen bei den Mitgliedern der ARLD durchgeführt wurde und an der 47% teilnahmen, gaben 121 Teilnehmende an, mit Erwachsenen zu arbeiten. Teilzeitarbeit ist sehr geläufig und der Beruf ist eindeutig weiblich.

In der italienischen Schweiz zählte die «Associazione Logopedisti della Svizzera Italiana» (ALOSI) Anfang 2021 insgesamt 95 Mitglieder. Gemäss ALOSI arbeiten acht im Spital tätige Mitglieder und 29 in einer Privatpraxis tätige Mitglieder wahrscheinlich mit Erwachsenen. Der Beruf wird fast ausschliesslich von Frauen ausgeübt.

6.5 Ernährungsberaterinnen und -berater

2020 zählte das NAREG 1969 Personen mit einem Diplom in Ernährung und Diätetik, von denen 84,1% ihr Diplom in der Schweiz erworben haben. Daneben zählte der Schweizerische Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) am 31. Dezember 2019 insgesamt 1095 Aktivmitglieder. Gemäss einer Umfrage von 2017, an der 756 der im NAREG registrierten Ernährungsberaterinnen und -berater teilnahmen, übten 11,2% ihren Beruf zum Zeitpunkt der Umfrage nicht aus (Mahlstein, 2018). Ausgehend von den NAREG-Daten kann somit die Zahl der Ernährungsberaterinnen und -berater, die 2020 ihren Beruf ausübten, auf 1750 geschätzt werden. Zudem kann auf folgende Punkte der im Rahmen der Umfrage von 2018 erhobenen Informationen hingewiesen werden:

- 95% der Teilnehmenden waren Frauen.
- Von den Teilnehmenden übte ein Viertel der erwerbstätigen Personen mehrere Berufstätigkeiten aus (25,6%).
- Von den 21% mit zwei Berufstätigkeiten hatten 50% zwei unselbstständige Beschäftigungen, 42% hatten eine unselbstständige und eine selbstständige Tätigkeit und 8% hatten zwei selbstständige Tätigkeiten.
- Von den erwähnten Berufsfeldern entfielen 48% auf das Berufsfeld Klinik und 29% auf die ambulante Beratung. 22% der erwähnten Berufsfelder befanden sich ausserhalb des Gesundheitswesens im engeren Sinn (Ausbildung, private und öffentliche Organisationen, Industrie).
- Von den Teilnehmenden arbeiteten 33% der erwerbstätigen Personen mit einem Beschäftigungsgrad von 80% bis 100%, bei 27% betrug der Beschäftigungsgrad 60% bis 80% und bei 40% lag er unter 40%.

6.6 Hebammen

Der Schweizerische Hebammenverband zählte Anfang 2020 insgesamt 2953 Aktivmitglieder: 2239 in der Deutschschweiz, 631 in der französischen Schweiz und 83 im Tessin. Diese Zahlen entsprechen in etwa jenen der Strukturhebung (2016–2018), in der 3090 im Gesundheitswesen tätige Hebammen erfasst wurden.

Eine 2020 bei den Mitgliedern des Schweizerischen Hebammenverbands durchgeführte Umfrage (Rücklaufquote 50%) ergab, dass von den im Gesundheitswesen tätigen Hebammen 38% ausschliesslich als Selbstständigerwerbende arbeiteten, 14% ausschliesslich angestellt waren und 49% beide Tätigkeitsformen ausübten. Ergänzend kann erwähnt werden, dass 2020 im NAREG 2351 Hebammen registriert waren, die über eine von einer kantonalen Behörde ausgestellte Bewilligung zur Ausübung des Berufs in eigener fachlicher Verantwortung verfügten. Eine solche Bewilligung ist für die selbstständige Erwerbstätigkeit zwingend erforderlich, sie kann aber auch im Rahmen einer unselbstständigen Tätigkeit verlangt werden.

Der Hebammenberuf wird fast ausschliesslich von Frauen ausgeübt und in der Umfrage von 2020 wurde eine Zunahme des

Anteils der Personen ab 50 Jahren beobachtet (37% der Teilnehmenden).

6.7 Podologinnen und Podologen

In der Deutschschweiz verzeichnet der Schweizerische Podologen-Verband (SPV) 778 Mitglieder, von denen die Mehrheit selbstständigerwerbend oder in einer Podologiepraxis angestellt ist.

Die «Société Suisse des Podologues» (SSP) der französischen Schweiz zählte Anfang 2021 insgesamt 345 Aktivmitglieder. Fast alle Mitglieder arbeiten als Selbstständigerwerbende in einer Praxis. In Alters- und Pflegeheimen oder in Spitälern sind nur sehr wenige Podologinnen und Podologen tätig. 87% der Mitglieder der SSP sind Frauen.

In der italienischen Schweiz zählt die «Unione Podologi della Svizzera Italiana» (UPSI) 55 berufstätige Podologinnen und Podologen: 90% sind Frauen und 60% sind zwischen 40 und 60 Jahre alt. Der Anteil der im Spital tätigen Podologinnen und Podologen wird auf 5% geschätzt.

Ergänzend kann erwähnt werden, dass 2020 im NAREG 1097 Podologinnen und Podologen registriert waren, die über eine von einer kantonalen Behörde ausgestellte Berufsausübungsbewilligung verfügen: 760 in der Deutschschweiz, 300 in der französischen Schweiz und 37 im Kanton Tessin.

6.8 Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten

Der Schweizerische Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA) zählte 2020 rund 15 000 Mitglieder, wovon etwa 14 000 in Arztpraxen und etwa 1000 im stationären Bereich arbeiteten. In der Strukturhebung (2016–2018) wurden rund 20 000 Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten erfasst: 16 300 in einer Arztpraxis und 3400 im Spitalbereich tätige Personen.

Die Mitglieder des SVA sind hauptsächlich Frauen, die oft unter 40 Jahre alt sind und häufig Teilzeit arbeiten.

6.9 Dentalhygienikerinnen und -hygieniker

Ende 2020 zählte der Verband «Swiss Dental Hygienists» 1867 Aktivmitglieder: 1318 in der Deutschschweiz, 462 in der französischen Schweiz und 87 im Kanton Tessin. 98% der Mitglieder des Verbands waren Frauen. Gleichzeitig waren 2020 im NAREG 2599 Personen registriert, wovon 89,3% ihr Diplom in der Schweiz erworben hatten. Somit beläuft sich die Zahl der tatsächlich in der Schweiz berufstätigen Dentalhygienikerinnen und -hygieniker wahrscheinlich auf 1900 bis 2600.

Die Korrespondenzsprache im NAREG legt nahe, dass Swiss Dental Hygienists einen Grossteil der in der französischen Schweiz und im Tessin tätigen Dentalhygienikerinnen und -hygieniker einschliesst (Französisch und Italienisch als Korrespondenzsprache bei 579 bzw. 124 Einträgen). Es ist

möglich, dass die Abdeckung von Swiss Dental Hygienists in der Deutschschweiz weniger vollständig ist (Deutsch als Korrespondenzsprache bei 1896 Einträgen).

6.10 Aktivierungsfachfrauen und -männer

Der Schweizerische Verband der Aktivierungsfachfrauen/-männer (SVAT) zählte Anfang 2020 insgesamt 557 Mitglieder, davon 373 Aktivmitglieder. Im NAREG waren 2020 insgesamt 692 diplomierte Personen erfasst. Nahezu alle Aktivierungsfachfrauen und -männer, die Mitglied des SVAT sind, arbeiten in einer Institution. So zählten die Schweizer Spitäler am 31. Dezember 2019 insgesamt 468 Aktivierungsfachfrauen und -männer: 409 in der Deutschschweiz und 59 in der französischen Schweiz. Wenn auch die in den Alters- und Pflegeheimen tätigen Personen berücksichtigt werden (die nicht gezählt werden können), so dürfte die Zahl der berufstätigen Aktivierungsfachfrauen und -männer nahezu den Beständen des NAREG entsprechen.

Obwohl die Ausbildung als Aktivierungsfachfrau oder Aktivierungsfachmann nur in der Deutschschweiz und im Tessin angeboten wird, verteilen sich die Mitglieder des SVAT auf alle drei Sprachregionen (Deutschschweiz: 66% der Mitglieder, französische Schweiz: 19% und Tessin: 15%).

6.11 Augenoptikerinnen und Augenoptiker, Optometristinnen und Optometristen

Im Bereich der Augenoptik und Optometrie wird unterschieden zwischen **Augenoptikerinnen und Augenoptikern** der Sekundarstufe II mit EFZ sowie **Optometristinnen und Optometristen** mit einem Abschluss der Tertiärstufe A (Bachelor Fachhochschule, FH). Bis 2010 konnte auch der Titel «diplomierter Augenoptikerin» oder «diplomierter Augenoptiker» (Höhere Fachprüfung) erworben werden.

Gemäss einer Umfrage von 2020 arbeiteten rund 5600 Personen im Bereich der Augenoptik und Optometrie (GfK Strukturanalyse 2020 – Optik-Markt Schweiz): etwa 500 mit einem Bachelor oder Master in Optometrie (oder einem gleichwertigen Abschluss), rund 1500 diplomierte Augenoptikerinnen und -optiker (oder gleichwertiger Abschluss), rund 2500 Optikerinnen und Optiker EFZ sowie etwa 1100 andere Angestellte. Gleichzeitig waren beim Verein für berufliche Grundbildung Augenoptik (VBAO) am 15. November 2019 insgesamt 897 Lernende erfasst.

Der Schweizerische Berufsverband für Augenoptik und Optometrie (SBAO) vertritt die diplomierten Augenoptikerinnen und Augenoptiker sowie die Optometristinnen und Optometristen. Anfang 2020 zählte der SBAO 628 Mitglieder, davon 13 Passivmitglieder und 55 Studierende. 85% stammen aus der Deutschschweiz, 15% aus der französischen Schweiz und 3% aus dem Tessin.

Die Mitglieder des SBAO arbeiteten hauptsächlich im praktischen Bereich, also in Optometriepraxen, Kontaktlinsenstudios,

Optometriegeschäften oder in Augenzentren und die meisten haben eine Führungsfunktion oder sind Eigentümerinnen und Eigentümer. Etwa 6% arbeiteten in Augenarztpraxen oder Augenkliniken und rund 3% waren in der optischen Industrie tätig. Ein Drittel der Mitglieder des SBAO sind Frauen.

6.12 Orthoptistinnen und Orthoptisten

Der Berufsverband der Orthoptistinnen und Orthoptisten (Swiss Orthoptics) zählte 205 Aktivmitglieder und geht davon aus, dass etwa 100 weitere Personen in diesem Bereich arbeiten, die nicht Mitglieder von Swiss Orthoptics sind. Die Orthoptistinnen und Orthoptisten arbeiten hauptsächlich im ambulanten Bereich. Es kommt häufig vor, dass eine Person mehrere Teilzeitaktivitäten ausübt. Da wegen der Umstellung der Ausbildung auf das Niveau HF (Tertiärstufe B) während mehrerer Jahre keine Ausbildung angeboten wurde, fehlt die Kohorte mittleren Alters. Deshalb ist das Durchschnittsalter der Orthoptistinnen und Orthoptisten eher hoch.

T 6.1 Im praxisambulanten Bereich tätiges Gesundheitspersonal, Schweiz, rund um 2020

	Aktive Mitglieder des Fach- verbandes	Anzahl der im Gesund- heitswesen tätigen (geschätzt)	Art der Tätigkeit	Sprachregion			Anteil Frauen	Altersverteilung	Arbeitspensum
				DE	FR	IT			
Physiotherapeutinnen und -therapeuten	9 315	13 577 ^a	Etwa ein Drittel im Spitalsektor und Zweidrittel in der ambulanten Praxis ^b	72% ^c 74% ^c	23% ^c 21% ^c	5% ^c 5% ^c	74% ^a 71% ^d	31% sind 50-jährig oder älter ^a	Mittleres Pensum von 76% ^a
Osteopathinnen und Osteopathen	977	1 000 ^b	Hauptsächlich in der ambulanten Praxis ^c	29,7% ^c	67,8% ^c	2,6% ^c	54% ^d	60% sind 40-jährig oder älter ^e	55.4% der Frauen arbeiten Teilzeit und 26.3% der Männer ^e
Ergotherapeutinnen und -therapeuten	2 252	3 000 ^c	Etwa je die Hälfte im Spitalsektor und in der ambulanten Praxis ^b	63,7% ^d 67,2% ^c	31,1% ^d 27,5% ^c	5,2% ^d 4,9% ^c	90% ^d 92% ^c	Etwa 35% sind 50-jährig oder älter ^c	57% arbeiten über 50% ^c
Logopädinnen und Logopäden	3 356	-	Arbeitet grösstenteils mit Kindern und Jugendlichen, eine Minderheit mit Erwachsenen ^c	48,9% ^d	46,5% ^d	4,6% ^d	97% ^d		Teilzeitpensen sind üblich ^c
Ernährungsberaterinnen und -berater	1 095	1 750 ^b	Häufiger im Spitalsektor als in der ambulanten Praxis tätig, etwa 10% sind in beiden Sektoren tätig ^f	64,9% ^d	31,7% ^d	3,4% ^d	95% ^c	21% sind über 50-jährig ^f	Zweidrittel arbeiten weniger als 80% ^c
Hebammen	2 953	2 953 ^c	Etwa die Hälfte arbeitet sowohl angestellt als auch unabhängig, 38% ausschliesslich unabhängig und 14% ausschliesslich angestellt ^c	76% ^c	21% ^c	3% ^c	100% ^{a,c}	37% sind 50-jährig oder älter ^c	Mittleres Pensum von 72% ^a
Podologinnen und Podologen	1 178	1 097 ^d	Hauptsächlich in privaten Praxen ^c	67,1% ^d	29,0% ^d	3,9% ^d	87% ^c	-	-
Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten	15 000	20 000 ^a	Grösstenteils in den Arztpraxen, eine kleiner Anteil im Spitalbereich ^c	75,0% ^a		25,0% ^a	99% ^a	Häufig jünger als 40-jährig ^c	Mittleres Pensum von 70% ^a
Dentalhygienikerinnen und -hygieniker	1 867	1900-2600 ^b		70,6% ^c	24,7% ^c	4,7% ^c	98% ^d	-	-
Aktivierungsfachfrauen und -männer	373	500-700 ^b	Hauptsächlich im Spitalbereich, zu einem kleinen Teil auch in den Pflegeheimen ^b	66,4% ^c	18,7% ^c	14,9% ^c	93% ^d	-	-
Augenoptikerinnen und Augenoptiker		1 500 ^g	Hauptsächlich in Praxen oder in Läden ^c	53,8% ^d	38,0% ^d	8,2% ^d	44,9% ^d	-	-
Optometristinnen und Optometristen		500 ^g	Hauptsächlich in Praxen oder in Läden ^c	69,9% ^d	28,6% ^d	1,5% ^d	64,6% ^d	-	-
Orthoptistinnen und Orthoptisten	205	300	Hauptsächlich im ambulanten Bereich (90%-95%) ^c	80%-85% ^c	15%-20% ^c		99,9% ^c	Erhöhtes mittleres Alter ^c	Zusammensetzung von verschiedenen Teilzeittätigkeiten ist häufig ^c

^a Strukturerhebung (SE) 2016–2018^b Gegenüberstellung der verschiedenen Datengrundlagen^c Daten des Berufsverbands, rund um das Jahr 2020^d Nationales Register der Gesundheitsberufe NAREG, 2020^e Swiss osteo survey 2016–2017 (Vaucher et al., 2018)^f Mahlstein, 2018^g GfK Strukturanalyse 2020 – Optik Markt Schweiz

7 Ausbildung

7.1 Jüngste Entwicklungen

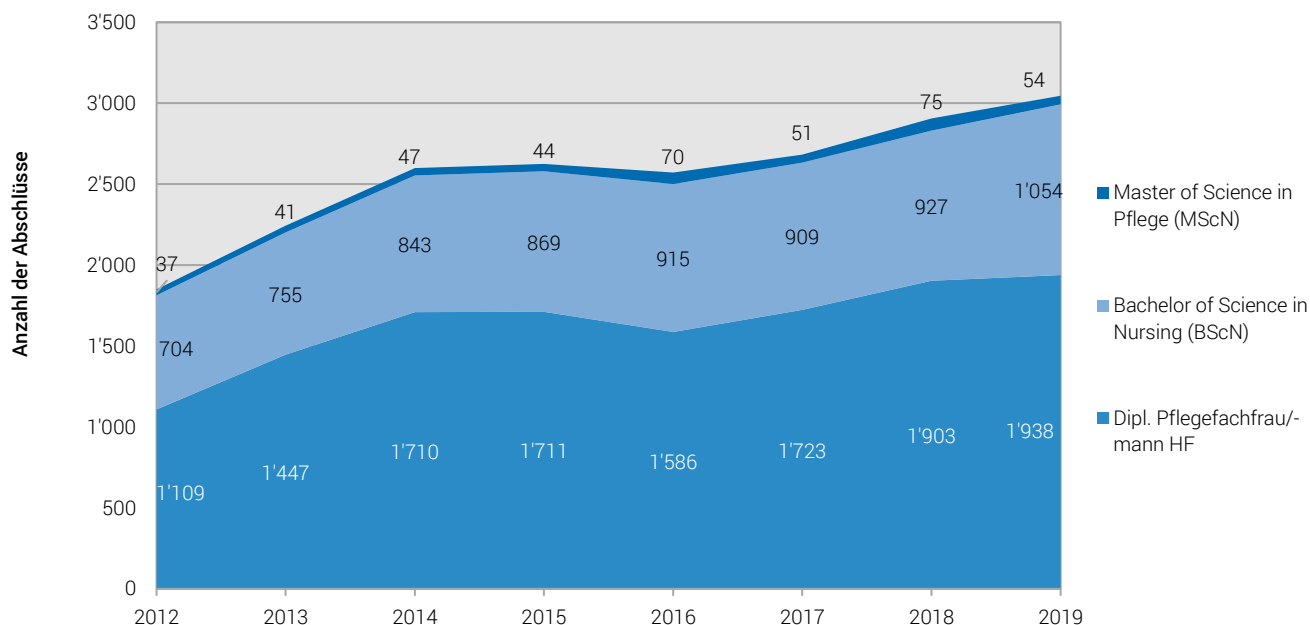
7.1.1 Pflege und Betreuung

Zwischen 2012 und 2019 nahm die Zahl der Ausbildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung über alle Bildungsniveaus hinweg kontinuierlich zu (G 7.1 und G 7.2). Auf der Tertiärstufe stieg die Zahl der Pflegeabschlüsse von 1813 auf 2992 an (HF und FH zusammengefasst). Eine besonders starke Zunahme verzeichnete die Zahl der HF-Diplome, die 2019 insgesamt 65% der Abschlüsse ausmachten. Zudem wurden im Zeitraum 2012–2019 jährlich rund 50 Mastertitel in Pflege ausgestellt.

Auf Sekundarstufe II hält die steigende Tendenz bei der Ausbildung Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) mit 4525 Berufsabschlüssen EFZ im Jahr 2019 (+34% seit 2012) weiterhin an. Für die 2011 eingeführte Ausbildung Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales (AGS EBA) wurden 2019 bereits 1073 Abschlüsse gezählt. Zum Vergleich: Bei den Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die durch die AGS abgelöst wurden, betrug 2010 die Zahl der Abschlüsse 784. Hingegen stagnierte die Zahl der ausgebildeten Fachfrauen und Fachmänner Betreuung (FaBe) der Fachrichtungen generalistische Ausbildung und Betagtenbetreuung zwischen 2016 und 2018 bei knapp 700 Abschlüssen und 2019 wurde gar ein Rückgang verzeichnet.

Die Zahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer SRK schliesslich stieg zwischen 2012 und 2016 ebenfalls an und liegt seither bei rund 4400 pro Jahr ausgestellten Zertifikaten.

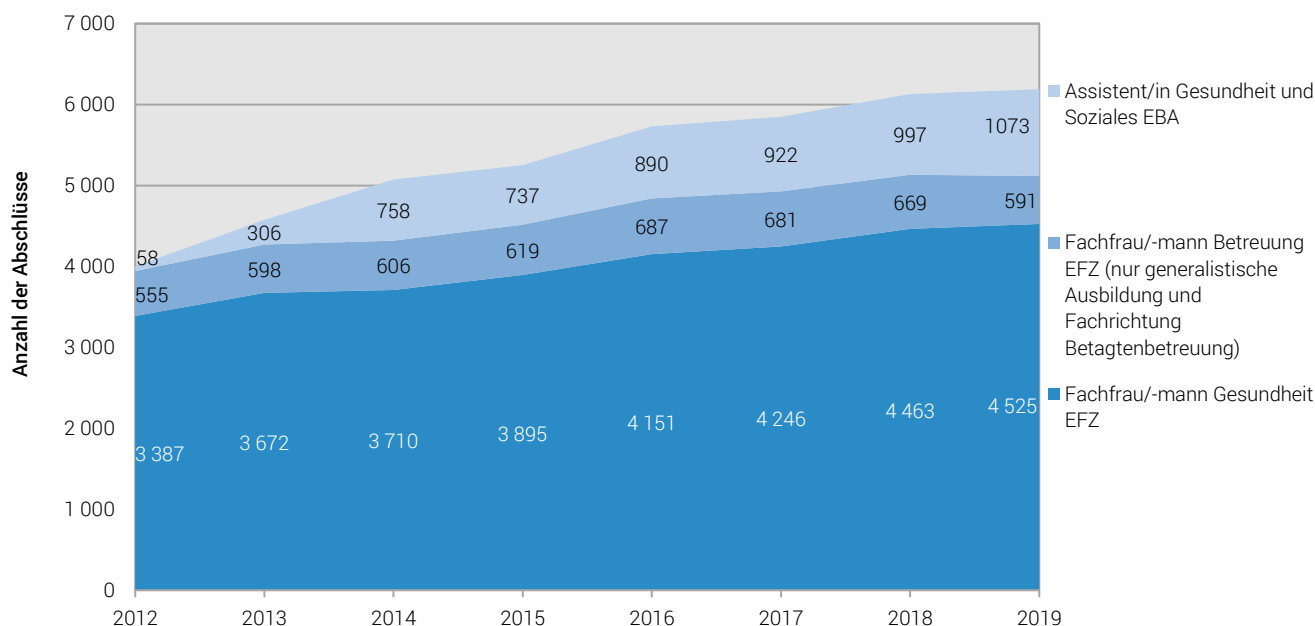
G 7.1 Ausbildung: Pflegeabschlüsse auf Tertiärstufe, 2012–2019



Quellen: BFS – Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS) und Bildungsabschlüsse (SBA)

© Obsan 2021

G 7.2 Ausbildung: Abschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung, Sekundarstufe II, 2012–2019



Quelle: BFS – Statistik der beruflichen Grundbildung (SBG-SFPI)

Unter Berücksichtigung der Abschlüsse der Pflegefachpersonen HF und FH liegen die **durchschnittlichen Quoten der Pflegeabschlüsse** der Deutschschweiz und der französischen Schweiz für den Zeitraum 2017–2019 recht nahe beieinander (33,1 und 29,4 Abschlüsse pro 100 000 Einwohner/innen, T 7.1). Im Tessin ist die Abschlussquote deutlich höher (53,4), was möglicherweise auf das vergleichsweise grosse Angebot eines HF- und FH-Bildungsgangs in dieser Region zurückzuführen ist.

Auf Sekundarstufe II machen in der Deutschschweiz die FaGe klar den Hauptteil der Abschlüsse aus (60,5 Abschlüsse pro 100 000 Einwohner/innen) und nur ein kleiner Teil entfällt auf die AGS (12,0). Im Tessin ist die Quote der FaGe-Abschlüsse etwas tiefer und jene der AGS-Abschlüsse etwas höher (18,7), was auch mit den kantonalen Vorgaben in den Leistungsaufträgen zusammenhängt. In der französischen Schweiz sind auch die FaBe-Abschlüsse (22,8) zu erwähnen.

T 7.1 Ausbildung: Quote der Ausbildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung nach Sprachregion, 2017–2019

			Anzahl Diplomierte pro 100 000 Einwohner/innen Durchschnitt 2017-2019		
Ausbildungsstufe	Berufsabschluss		D-CH	W-CH	I-CH
Tertiär	FH	Bachelor of Science in Nursing (BSN) ¹	4,6	27,6	21,8
	HF	Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF ²	28,5	1,7	31,6
	Total Tertiärstufe		33,1	29,4	53,4
Sekundar II	EFZ	FaGe - Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ ²	60,5	29,3	41,2
		FaBe - Fachfrau/-mann Betreuung EFZ ^{2,3}	2,1	22,8	0,0
	EBA	AGS - Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA ²	12,0	9,8	18,7
	Total Sekundarstufe II		74,5	61,9	59,8

Quellen: BFS – Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS), Bildungsabschlüsse (Sekundarstufe II und Höhere Berufsbildung) (SBA) und Statistik der beruflichen Grundbildung (SBG-SFPI) © Obsan 2021

¹: Die Verteilung nach Sprachregion basiert auf dem Ausbildungskanton.

²: Die Verteilung nach Sprachregion basiert auf dem Wohnkanton.

³: Nur generalistische Ausbildung und Fachrichtung Betagtenbetreuung

Ausbildungstätigkeit in den Gesundheitsinstitutionen

Die Bildungsexpansion im Bereich Pflege und Betreuung hat auch Auswirkungen auf die Betriebe, in denen der praktische Teil der Ausbildung stattfindet. Rund die Hälfte des Studiengangs Pflege an den HF wird in Form von Praktika absolviert. In den FH ist die praktische Ausbildung kürzer. In der Fachhochschule Westschweiz (Haute école spécialisée de Suisse occidentale, HES-SO) beispielsweise umfasst die dreijährige Ausbildung 40 Wochen Praktika. Auf der Sekundarstufe II absolvieren die Auszubildenden grossmehrheitlich eine duale Ausbildung, die drei bis vier Ausbildungstage pro Woche im Lehrbetrieb vorsieht.

Dazu passt die Beobachtung, dass die Zahl der Studierenden der Diplompflege, die ihre praktische Ausbildung in Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen absolvieren (die Ausbildungstätigkeit im Spitex-Bereich wird als gering betrachtet), zwischen 2012 und 2019 praktisch von 3000 auf 4000 Personen angestiegen ist. Das Verhältnis «angestellte Pflegefachpersonen / Studierende im Praktikum HF/FH Pflege» ging somit von 23,5 Pflegefachpersonen pro Praktikantin oder Praktikant (2012) auf 19,3 (2019) zurück⁹.

Auf der Sekundarstufe II stieg die Zahl der FaGe- und FaBe-Lernenden (generalistische Ausbildung und Fachrichtung Betagtenbetreuung), die eine duale Ausbildung absolvieren, zwischen 2012 und 2019 von 10 629 auf 15 245 an. Somit ist etwa die Hälfte des Zuwachses des Pflege- und Betreuungspersonals der Sekundarstufe II mit EFZ, der zwischen 2012 und 2019 in den Spitälern und Alters- und Pflegeheimen verzeichnet wurde, auf die Anstellung von FaGe- und FaBe-Lernenden zurückzuführen. Die Modalitäten der praktischen Ausbildung haben sich im betrachteten Zeitraum sicher verändert, da 2012 die Ausbildungsbetreuung durch Personen mit der gleichen Ausbildung aufgrund der kleinen Zahl der Absolventinnen und Absolventen noch beschränkt war. Werden die Berufstätigen im Bereich Pflege und Betreuung der Sekundarstufe II¹⁰ und der Tertiärstufe der Spitälern und der Alters- und Pflegeheime den Lernenden gegenübergestellt, so zeigt sich, dass das Verhältnis «angestelltes Pflege- und Betreuungspersonal / Lernende» zwischen 2012 und 2019 von 9,6 auf 7,5 zurückging.

Aufgaben der Begleitung und Betreuung des auszubildenden Pflege- und Betreuungspersonals spielten somit in den

Gesundheitsinstitutionen eine zunehmend wichtige Rolle. Dies zeigen sowohl die absoluten Zahlen der auszubildenden Personen als auch das Verhältnis zwischen ausgebildetem und auszubildendem Personal.

7.1.2 Andere Gesundheitsberufe

Bei allen anderen Gesundheitsberufen ist – mit jährlichen Schwankungen – ein Anstieg der Anzahl Abschlüsse festzustellen (T 7.2). Die Zahl der Abschlüsse stieg in den Bereichen Rettung und Operationstechnik besonders stark an. Im medizinisch-therapeutischen Bereich der Tertiärstufe A betrifft die Zunahme der Anzahl Abschlüsse auch die Hochschulen, die eine Zulassungsbeschränkung anwenden (Selektion bei den Zulassungen nach Anzahl verfügbarer Ausbildungsplätze).

Die Ausbildungen im medizinisch-therapeutischen Bereich der Tertiärstufe A (z.B. Physio- und Ergotherapie) sind in der lateinischen Schweiz besonders gefragt. Umgekehrt ist in der Deutschschweiz und im Tessin die Abschlussquote verglichen mit der französischen Schweiz bei mehreren Berufen des medizinisch-technischen Bereichs höher (z.B. medizinisch-technische Radiologie und Operationstechnik). Diese Unterschiede sind teilweise auf das in der Schweiz ungleich verteilte Bildungsangebot zurückzuführen. Die Abschlussquoten bei den Hebammen sowie bei den Berufen des Rettungswesens sind hingegen in der Deutschschweiz und der französischen Schweiz ähnlich hoch.

Darüber hinaus werden an den FH für verschiedene Berufe im Gesundheitsbereich Ausbildungen auf Masterstufe angeboten. 2019 wurden 44 Mastertitel in Physiotherapie und neun Mastertitel in Ergotherapie ausgestellt¹¹.

Die Daten des NAREG zeigen ausserdem, dass mehr als ein Viertel der Hebammen, die ihre Ausbildung zwischen 2012 und 2019 abgeschlossen haben, zuvor über einen Pflegeabschluss verfügten (26,4%, inländischer oder ausländischer Abschluss, Daten nicht dargestellt). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Abschlüssen im Rettungswesen: Rund ein Fünftel der Absolventinnen und Absolventen von 2012 bis 2019 verfügte zuvor über einen Pflegeabschluss (20,1%, inländischer oder ausländischer Abschluss).

⁹ In den in den Kapiteln 3 und 4 präsentierten Beständen der Pflegefachpersonen (der Tertiärstufe) sind die Studierenden HF/FH Pflege nicht enthalten.

¹⁰ Die Lernenden sind in den in den Kapiteln 3 und 4 präsentierten Beständen des Pflege- und Betreuungspersonals der Sekundarstufe II

enthalten. Für die Berechnung des Betreuungsverhältnisses werden diese abgezogen.

¹¹ Die 20 Mastertitel in Osteopathie sind in Tabelle T 7.2 ausgewiesen.

T 7.2 Ausbildung: Abschlüsse bei den Hebammen sowie im medizinisch-therapeutischen und medizinisch-technischen Bereich, 2012–2019

			Abschlüsse in der Schweiz									Anzahl Diplomierte pro 100 000 Einwohner/innen Durchschnitt 2017-2019 ²		
Bereich	Bildungs- stufe	Berufsabschluss	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	CH-D	CH-R	CH-I	
Hebamme	Tertiär A	Hebamme	146	150	155	160	170	155	169	173	2,0	2,2	0,0	
Medizinisch therapeutische Berufe	Tertiär A	Physiotherapie	326	328	349	354	354	352	366	372	3,4	4,9	14,5	
		Ergotherapie	115	105	124	117	138	147	116	141	1,1	2,4	4,0	
		Ernährung und Diätetik	61	51	64	73	79	77	84	81	0,8	1,4	0,0	
		Osteopathie ¹	0	0	0	0	0	0	0	20	0,0	0,3	0,0	
	Tertiär B	Aktivierung HF	24	54	40	49	55	57	52	62	0,8	0,1	1,9	
		Medizinische/r Masseur/in EF	299	366	341	300	73	90	103	103	1,5	0,4	0,9	
		Orthoptik HF	8	1	1	8	2	13	3	9	0,1	0,1	0,0	
Medizinisch technische Berufe	Tertiär A	Medizinische Radiologie	44	46	70	51	53	38	64	57	0,0	2,4	0,0	
		Optometrie	25	15	23	31	30	20	45	30	0,5	0,0	0,0	
	Tertiär B	Rettungssanität HF	111	116	121	183	152	180	190	184	2,1	2,2	2,8	
		Transportsanitäter/in EF	43	48	43	68	58	70	64	63	0,6	1,1	0,6	
		Biomedizinische Analytik HF	116	141	132	143	156	146	153	150	1,8	1,4	2,9	
		Operationstechnik HF	89	101	110	105	133	119	133	141	1,7	1,0	2,0	
		Medizinisch-technische Radiologie HF	66	79	80	80	83	87	84	94	1,3	0,2	2,5	
		Dentalhygiene HF	73	68	70	63	66	82	70	75	1,0	0,8	0,0	
		Podologie HF	33	12	10	52	21	25	50	15	0,3	0,3	1,3	
		EFZ	Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ	857	948	878	915	872	961	919	988	12,6	6,8	15,1
	Dentalassistent/in EFZ		838	877	881	867	879	899	923	886	11,5	8,5	8,3	
	Podologe/Podologin EFZ		42	45	45	40	48	44	45	39	0,7	0,1	0,0	
	Augenoptiker/in EFZ		857	948	878	915	872	961	919	988	15,1	2,1	1,1	

Quellen: BFS – Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS), Bildungsabschlüsse (Sekundarstufe II und Höhere Berufsbildung) (SBA) und Statistik der beruflichen Grundbildung (SBG-SFPI) © Obsan 2021

¹ Die Zahl der Diplomierten entspricht der Anzahl verliehener Mastertitel.

² Die Verteilung nach Sprachregion basiert für die Ausbildungen des Tertiärbereichs A auf dem Standortkanton der Fachhochschule und für die Ausbildungen des Tertiärbereichs B und für die beruflichen Grundbildungen EFZ auf dem Wohnsitzkanton der Absolvent/innen.

7.1.3 Weiterbildungen

Auf der Tertiärstufe kann die Ausbildung nach dem Erwerb des Pflegediploms ebenfalls fortgesetzt werden (T 7.3). Diplomierte Pflegefachpersonen können sich mit einem Nachdiplomstudiengang (NDS) in einer bestimmten Fachrichtung spezialisieren. Diese Weiterbildungen dauern in der Regel zwei Jahre und führen zu einem eidgenössischen Titel als Expertin oder Experte. Am häufigsten sind die Abschlüsse Expertin/Experte Anästhesiepflege, Intensivpflege und Notfallpflege. Werden auch die Nachdiplomstudiengänge ohne Rahmenlehrplan berücksichtigt, so werden seit 2015 jedes Jahr zwischen 450 und 500 Abschlüsse verzeichnet.

Für Personen mit Tertiärabschluss bieten sich mit den **Eidgenössischen Höheren Fachprüfungen** seit einigen Jahren auch im Gesundheitsbereich Möglichkeiten zur Weiterbildung an. Die eidgenössischen Prüfungen führen zu einem Titel als Fachexpert/in HFP. Im Gesundheitsbereich werden zurzeit die beiden in Tabelle T 7.4 genannten eidgenössischen Prüfungen angeboten.

Im Pflegebereich wurden in den vergangenen Jahren unter dem Lead von OdASanté mehrere Höhere Fachprüfungen (HFP) entwickelt. Diese HFP lösen die vom SBK reglementierten Weiterbildungen, die bisher als Spezialisierungen der Höheren Fachausbildung Stufe 1 (HöFa 1) angeboten wurden, ab. Es handelt sich um Weiterbildungen in den folgenden Fachgebieten:

- HFP Diabetesfachberatung
- HFP Geriatrische und psychogeriatrische Pflege
- HFP Nephrologiepflege
- HFP Onkologiepflege
- HFP Palliative Care
- HFP Psychiatriepflege

Seit August 2020 bieten verschiedene Bildungsanbieter die ersten vorbereitenden Kurse zu einzelnen Prüfungen an. Die ersten Prüfungen werden frühestens ab 2022 durchgeführt.

T 7.3 Nachdiplomstudiengänge: Abschlüsse im Pflegebereich, 2012–2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
NDS HF Intensivpflege	101	178	195	211	200	208	238	190
NDS HF Anästhesiepflege	60	101	87	113	101	123	112	127
NDS HF Notfallpflege	46	65	104	131	137	139	114	123
NDS HF Pflegeberatung (ar)	13	23	10	18	6	19	12	10
NDS HF Notfallregulation	0	0	0	0	0	5	0	3
NDS HF Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention (ar)	20	20	19	0	17	0	6	2
NDS HF Operationspflege (ar)	6	5	10	6	0	6	0	0
Total	246	392	425	479	461	500	482	455

Quelle: BFS – Bildungsabschlüsse (Sekundarstufe II und Höhere Berufsbildung) (SBA)
(ar): altes Recht

© Obsan 2021

T 7.4 Eidgenössische höhere Fachprüfungen im Gesundheitsbereich, 2012–2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fachexperte/-in für Infektionsprävention im Gesundheitswesen HFP	0	88	20	21	5	22	6	16
Experte/-in in Biomedizinischer Analytik und Labormanagement HFP	0	0	0	54	38	18	18	13

Quelle: BFS – Bildungsabschlüsse (Sekundarstufe II und höhere Berufsbildung) (SBA).

© Obsan 2021

T 7.5 Eidgenössische Berufsprüfungen im Gesundheitsbereich, 2012–2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fachmann/-frau Langzeitpflege und Betreuung EF	0	0	0	0	0	207	192	304
Fachmann/-frau für neurophysiologische Diagnostik EF	74	20	2	18	0	17	0	24
Spezialist/-in für angewandte Kinästhetik EF	0	0	0	0	0	0	0	23
Medizinische/r Kodierer/-in EF	35	20	45	20	23	23	21	17
Berater/-in für Atembehinderungen und Tuberkulose EF	0	0	0	0	0	0	0	16
Berater/-in für Atembehinderungen und Tuberkulose EF	18	15	8	19	9	22	16	3
Transportsanitäter/-in EF	43	48	43	68	58	70	64	63

Quelle: BFS – Bildungsabschlüsse (Sekundarstufe II und Höhere Berufsbildung) (SBA)

© Obsan 2021

Zudem haben Inhaberinnen und Inhaber eines EFZ die Möglichkeit, auf der Tertiärstufe verschiedene **eidgenössische Fachausweise** im Bereich Pflege und Betreuung zu erwerben (T 7.5). Das Weiterbildungsangebot wurde insbesondere mit der Einführung der Berufsprüfung zur Fachfrau / zum Fachmann für Langzeitpflege und -betreuung mit eidgenössischem Fachausweis im Jahr 2015 erweitert. Seit 2019 wird neu ein eidgenössischer Fachausweis Fachfrau/Fachmann psychiatrische Pflege und Betreuung angeboten. Die ersten Berufsprüfungen in dieser Fachrichtung werden voraussichtlich ebenfalls nicht vor 2022 angeboten.

7.2 Bildungsübergänge im Pflegebereich

Die verliehenen Titel geben Aufschluss über die Anzahl Arbeitskräfte, die wahrscheinlich in den Arbeitsmarkt eintreten. Dieses Potenzial reduziert sich um die Anzahl Personen, die ihren Beruf nie ausüben oder nach einer gewissen Zeit aus dem Beruf aussteigen.

Es kommt nicht selten vor, dass eine Person nacheinander mehrere Gesundheitsberufe erlernt. Anhand der Daten des NAREG und jener des BFS «Längsschnittanalysen im Bildungsbereich» (LABB) kann die Häufigkeit bestimmter Bildungsverläufe untersucht werden.

7.2.1 Bildungsübergänge der Assistentinnen und Assistenten Gesundheit und Soziales

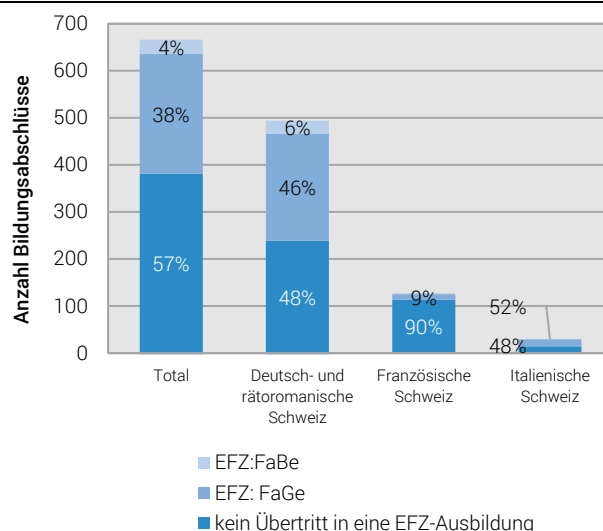
Die Ausbildung Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales (AGS), die als eigenständige Ausbildung entwickelt wurde, ist auch eine Passerelle zu einem EFZ, insbesondere im Gesundheitsbereich.

Wird 2018 als Beobachtungsjahr genommen, so ist anhand der Datengrundlage der LABB ersichtlich, wie viele Personen, die 2014 ein Berufsattest AGS (EBA) erhielten, ihre Ausbildung im Hinblick auf den Erwerb eines EFZ fortsetzten (G 7.3). Die Situation präsentiert sich wie folgt: 57% der Personen setzten ihre Ausbildung nicht fort auf Stufe EFZ, 38% begannen eine EFZ-Ausbildung als FaGe, 4% eine EFZ-Ausbildung als Fachfrau/Fachmann Betreuung und weniger als 1% eine andere EFZ-Ausbildung.

In der Deutschschweiz und im Tessin diente die AGS-Ausbildung mehr als der Hälfte der Diplomierten von 2014 (52%) als Sprungbrett zu einem EFZ, während in der französischen Schweiz die überwiegende Mehrheit der Inhaberinnen und Inhaber dieses Attests ihre Ausbildung nicht auf Stufe EFZ fortsetzte (90%).

¹² Insgesamt haben 13% der FaGe der Abschlusskohorte 2012 eine Berufsmaturität erworben. Die Daten lassen darauf schliessen, dass ihr

G 7.3 Bildungsübergänge von Personen, die 2014 ihre Ausbildung als AGS (EBA) abgeschlossen haben, über einen Beobachtungszeitraum von vier Jahren, nach Sprachregion



Quelle: BFS – Längsschnittanalysen im Bildungsbereich (LABB)

© Obsan 2021

Bezeichnung: Verteilung der Bildungsübergänge in %

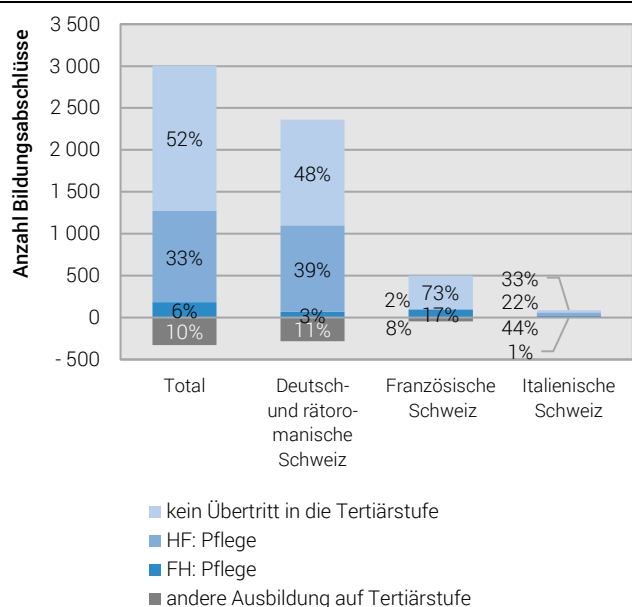
7.2.2 Bildungsübergänge der Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit

Bei den Personen, die eine FaGe-Ausbildung absolvierten, können die Bildungsübergänge über eine Dauer von sechs Jahren beschrieben werden. Dazu werden die Übergänge der Personen im Jahr 2018 betrachtet, die ihren Abschluss 2012 erwarben. Insgesamt traten 52% keine Ausbildung auf der Tertiärstufe an und 37% nahmen eine tertiäre Pflegeausbildung in Angriff (32% an einer höheren Fachschule und 5% an einer Fachhochschule, G 7.4). Die verbleibenden 11% setzten ihre Ausbildung in einem anderen Bereich auf der Tertiärstufe fort.

Zwischen den verschiedenen Sprachregionen lassen sich Unterschiede bei den Bildungsverläufen erkennen. In der Deutschschweiz, wo die FaGe-Ausbildung besonders verbreitet ist, setzten 42% ihre Ausbildung im Pflegebereich der Tertiärstufe fort. In der französischen Schweiz ist der Übergang in die Tertiärstufe mit 18% der Personen, die eine Pflegeausbildung absolvieren, weniger häufig. Dieser Unterschied lässt sich insbesondere damit erklären, dass für eine Ausbildung an der FH zusätzlich eine Berufsmaturität erforderlich ist¹². Im Tessin setzten 64% der Absolventinnen und Absolventen von 2012 ihre Ausbildung in Pflege auf Tertiärstufe fort. Diese hohe Übergangsquote ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass es im Kanton Tessin sowohl auf Stufe HF als auch auf Stufe FH ein entsprechendes Ausbildungsangebot gibt.

Anteil in der Deutschschweiz bei rund 11% und in der lateinischen Schweiz bei über 20% liegt.

G 7.4 Bildungsübergänge von Personen, die 2012 ihre Ausbildung als FaGe (EFZ) abgeschlossen haben, über einen Beobachtungszeitraum von sechs Jahren, nach Sprachregion



Quelle: BFS – Längsschnittanalysen im Bildungsbereich (LABB)

© Obsan 2021

Bezeichnung: Verteilung der Bildungsübergänge in % nach Sprachregion

Anmerkung: Die Übergänge in eine andere tertiäre Ausbildung werden negativ dargestellt, weil sie einen Verlust der Bestände im Pflegebereich darstellen.

7.2.3 Bildungsübergänge der Pflegefachpersonen

Von den im NAREG erfassten Personen mit einem schweizerischen Pflegediplom erwarben 2,2% bzw. 2055 Personen später einen anderen in diesem Register aufgeführten Abschluss. Bei der Hälfte handelte es sich um ein Hebammendiplom (50%) und bei 35% um eine Ausbildung als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter. Diese Übergänge erfolgten relativ rasch: Knapp die Hälfte (48,6%) absolvierte diese zusätzliche Ausbildung innerhalb von fünf Jahren nach dem Erwerb des Pflegeabschlusses und zwei Drittel (66,9%) innerhalb von sieben Jahren.

Es kommt weniger häufig vor, dass ein Pflegeabschluss als Zweitausbildung im Gesundheitsbereich absolviert wird. Von den Personen mit einem schweizerischen Pflegediplom verfügen nur 133 über eine im NAREG aufgeführte Erstausbildung (z.B. Rettungssanitäter/in, medizinische/r Masseur/in).

Zudem absolvierten 409 Personen mit einer ausländischen Pflegeausbildung anschliessend in der Schweiz eine Ausbildung in einem anderen Gesundheitsberuf und 227 Personen liessen in der Schweiz zwei ausländische Diplome, wovon eines im Pflegebereich, anerkennen.

8 Migration

8.1 Pflegefachpersonal

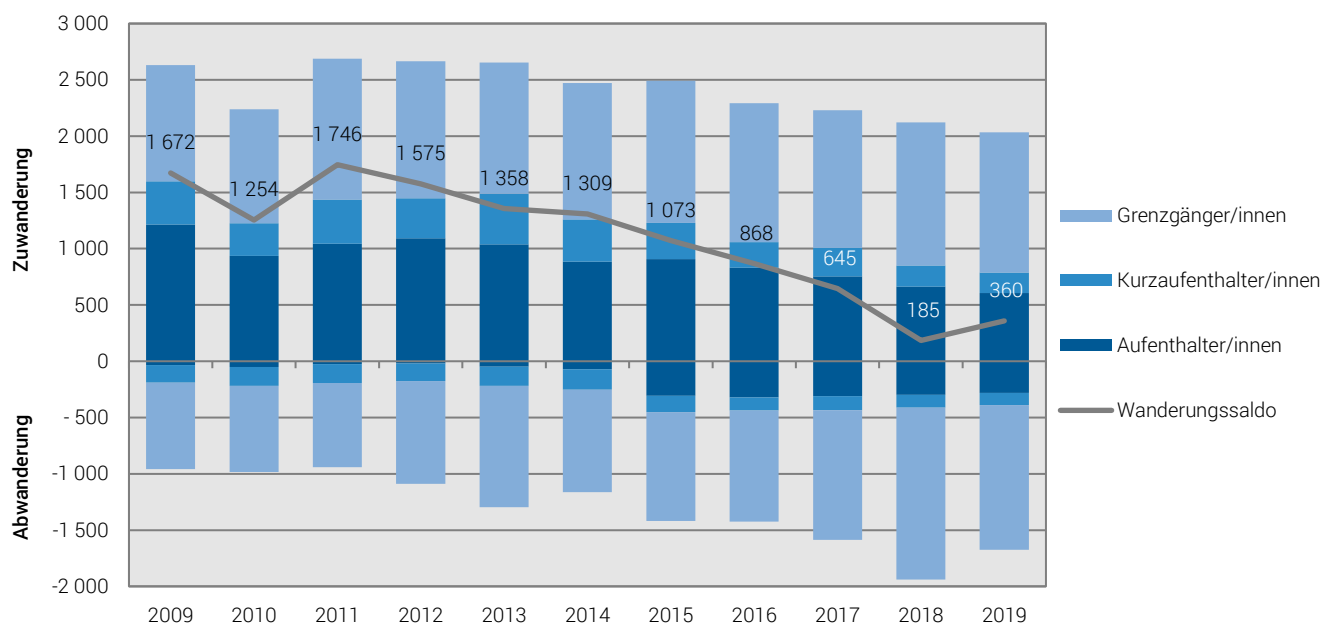
8.1.1 Wanderungssaldo

Der Wanderungssaldo (oder die Wanderungsbilanz) entspricht der Differenz zwischen der Anzahl Eintritte ins schweizerische Gesundheitssystem und der Anzahl Austritte. Er gibt Aufschluss über den jährlichen Beitrag der Zuwanderung zu den Personalbeständen. In Zeitraum 2009–2019 wurde die höchste Wanderungsbilanz des Pflegepersonals der Tertiärstufe (Pflegefachpersonal) im Jahr 2011 mit einem Nettobeitrag von 1745 ausländischen Pflegefachpersonen registriert (G 8.1). Danach ging der Wanderungssaldo jedes Jahr zurück und erreichte 2018 mit 185 Pflegefachpersonen den tiefsten Wert. Im Jahr 2019 verzeichnete er eine leichte Zunahme (360 Pflegefachpersonen). Um die dieser Entwicklung zugrundeliegenden Faktoren zu verstehen, ist es hilfreich, sich zum einen ein Bild der Beschäftigungsbereiche zu machen, in denen dieses Personal tätig ist, und zum anderen die Wachstumsdynamik dieser Bereiche zu betrachten.

8.1.2 Wanderungssaldo und Beitrag zur Zunahme der Bestände

Gesamthaft betrachtet war das zugewanderte Pflegefachpersonal hauptsächlich in Spitälern und Kliniken tätig (62% des Wanderungssaldos im Zeitraum 2009–2019, G 8.2). Daher betrifft der starke Rückgang der Wanderungsbilanz seit 2011 vor allem diesen Beschäftigungsbereich. Die Migrationssaldi für die Alters- und Pflegeheime sowie für die ambulante Versorgung (z.B. Spitex oder medizinische Praxen) wiesen ebenfalls eine rückläufige Tendenz auf (12% bzw. 5% des Wanderungssaldos von 2009–2019). Demgegenüber verzeichnete der Wanderungssaldo für die von privaten Stellenvermittlungsbüros angestellten Personen tendenziell eine Zunahme. 2019 wies dieser Beschäftigungsbereich sogar den höchsten Wanderungssaldo auf (+183). Es ist davon auszugehen, dass dieses Personal letztendlich in den anderen Beschäftigungsbereichen tätig ist. Diese Annahme relativiert das Bild des in den Spitälern und den Alters- und Pflegeheimen beschäftigten ausländischen Pflegefachpersonals und stützt die Vermutung, dass sich die Beschäftigungsformen für dieses Personal verändert haben.

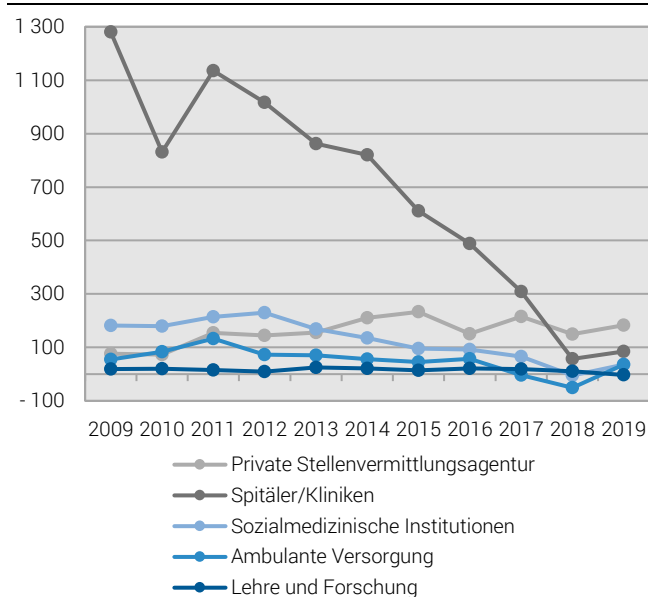
G 8.1 Ausländisches Pflegefachpersonal: Eintritte, Austritte und Wanderungssaldo, nach Aufenthaltsstatus, 2009–2019



Quelle: SEM – Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS)

© Obsan 2021

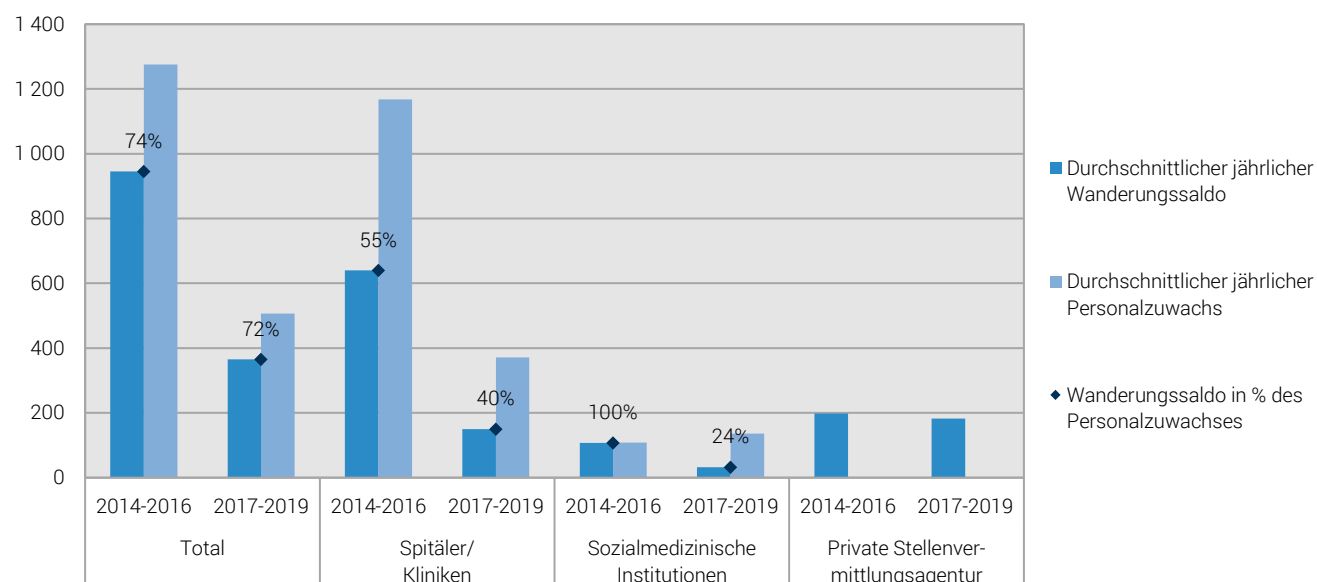
G 8.2 Ausländisches Pflegefachpersonal: Wanderungssaldo, nach Beschäftigungsbereich, 2009–2019



Quelle: SEM – Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS)
© Obsan 2021

Deutlich wird die **Bedeutung des zugewanderten Pflegefachpersonals** bei einer Gegenüberstellung **der Wanderungssaldi** und der **Zunahme der Bestände** nach Beschäftigungsbereich (G 8.3). In den Spitälern kann die Abnahme des Wanderungssaldos mit dem Rückgang beim Personalzuwachs in Verbindung gesetzt werden. In den Zeiträumen 2014–2016 und 2017–2019 entspricht der Wanderungssaldo rund der Hälfte der Zunahme der Bestände. In den Alters- und Pflegeheimen entsprach der Wanderungssaldo im Zeitraum 2014–2016 dem Personalzuwachs, während er zwischen 2017 und 2019 nur 24% der Zunahme der Bestände ausmachte. Wird auch der Wanderungssaldo für die privaten Stellenvermittlungsbüros berücksichtigt, so zeigt sich, dass das Total des Wanderungssaldos sowohl zwischen 2014 und 2016 als auch zwischen 2017 und 2019 etwas weniger als drei Vierteln der Zunahme der Bestände in den Spitälern und den Alters- und Pflegeheimen entspricht.

G 8.3 Ausländisches Pflegefachpersonal: Wanderungssaldo und Zunahme der Bestände, nach Beschäftigungsbereich, 2014–2019



Quellen: SEM – Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS); BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)
© Obsan 2021

Nach Sprachregion

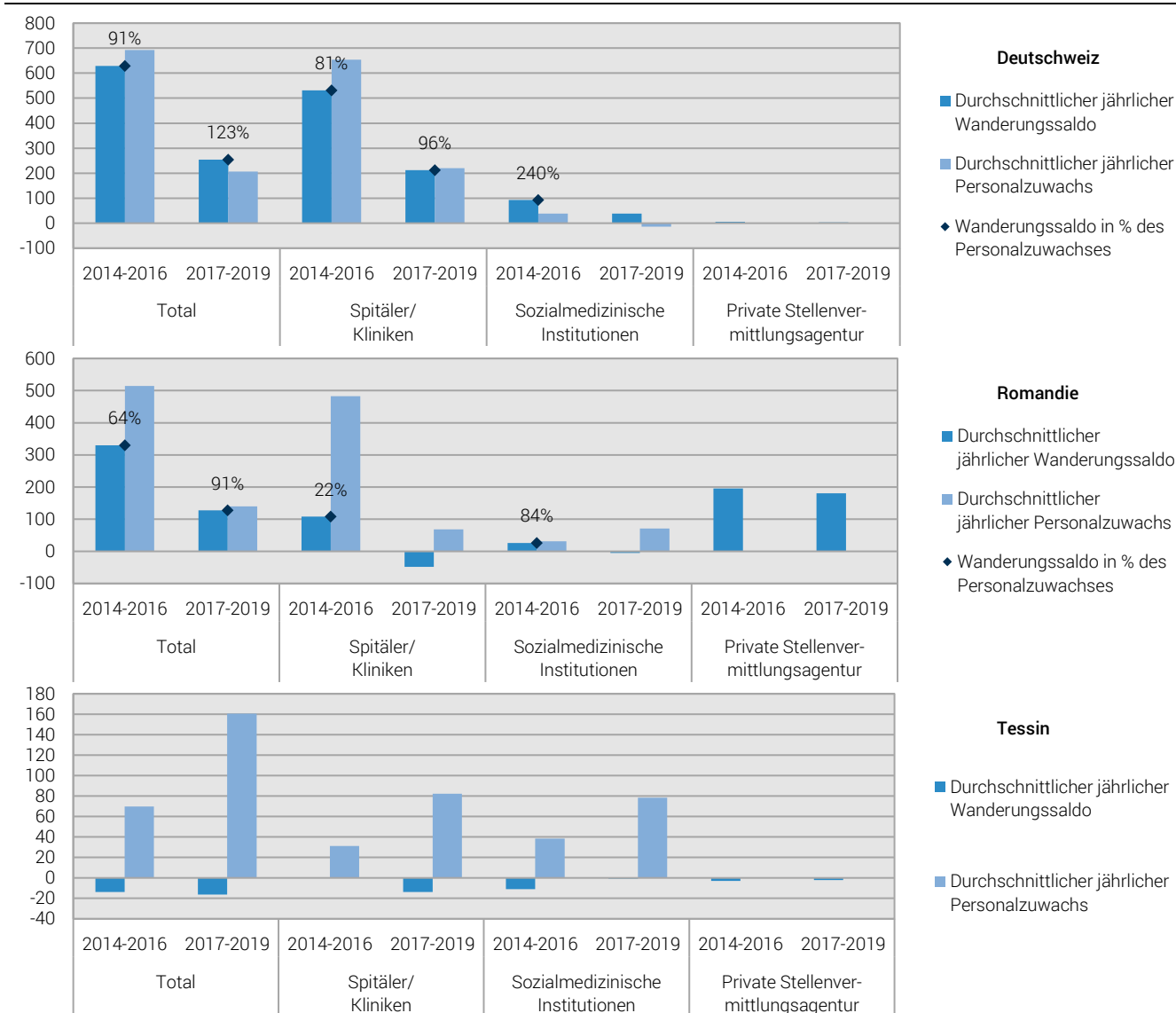
Eine Betrachtung der Bedeutung der Zuwanderung nach Sprachregion zeigt, dass in der **Deutschschweiz** der Zuwachs des Pflegefachpersonals in den Spitälern grösstenteils durch die Zuwanderung erfolgte. So scheint sich der durchschnittliche jährliche Wanderungssaldo vom ersten zum zweiten betrachteten Zeitraum an die Entwicklung des Personalbedarfs angepasst zu haben (G 8.4). In den Alters- und Pflegeheimen überstieg der Beitrag des ausländischen Pflegefachpersonals die Zunahme des Personalbestands, was ein Hinweis für die steigende Bedeutung dieser Personalkategorie ist.

In der **französischen Schweiz** spielen die privaten Stellenvermittlungsbüros bei der Beschäftigung von ausländischen

Pflegefachpersonen eine sehr wichtige Rolle. Werden diese von der Analyse ausgeschlossen, so scheint es auf den ersten Blick, dass die Zuwanderung zwischen 2014 und 2016 nur 22% zur Zunahme des Personalbestands in den Spitälern beitrug und im Zeitraum 2017–2019 gar rückläufig war. Bei einer Berücksichtigung des von den privaten Stellenvermittlungsbüros angestellten ausländischen Personals zeigt sich, dass der Wanderungssaldo zwischen 2014 und 2016 insgesamt 64% des Personalzuwachses und zwischen 2017 und 2019 insgesamt 91% ausmachte.

Anders präsentiert sich die Situation im Tessin, wo in beiden Zeiträumen ein negativer durchschnittlicher jährlicher Wanderungssaldo verzeichnet wurde. Der Kanton scheint seine Abhängigkeit von zugewanderten Pflegefachpersonen reduziert und gleichzeitig die Bestände erhöht zu haben.

G 8.4 Ausländisches Pflegefachpersonal: Wanderungssaldo und Zunahme der Bestände, nach Beschäftigungsbereich und Sprachregion, 2009–2019



Quellen: SEM – Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS); BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)
© Obsan 2021

8.1.3 Bedeutung der jüngsten Zuwanderung

Gemäss den Daten der Krankenhausstatistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen hatten 2019 rund 30% der diplomierten Pflegefachpersonen dieser Institutionen ein ausländisches Diplom (3.1.3 und 4.1.3). Gemäss der maximalen Schätzung der Bestände des kürzlich zugewanderten Pflegefachpersonals (vgl. Kasten 4) dürfte rund ein Drittel der Personen mit einem ausländischen Diplom seit 2015 in die Schweiz gekommen sein (T 8.1). Dies würde bedeuten, dass die verbleibenden zwei Drittel mit ausländischen Diplomen seit langer Zeit in der Schweiz wohnhaft sind und wahrscheinlich über eine Niederlassungsbewilligung verfügen. Ganz allgemein deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die jüngste Zuwanderung höchstens 11% aller Pflegefachpersonen in den Spitälern und Alters- und Pflegeheimen entspricht.

Kasten 4 Maximale Schätzung des Bestands des kürzlich zugewanderten Pflegefachpersonals

Die in die Schweiz eingewanderten Pflegefachpersonen verfügen hauptsächlich über eine Grenzgängerbewilligung (2019: 61%), einen B-Ausweis (30%) oder eine Kurzaufenthaltsbewilligung für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten und weniger als einem Jahr (8%). Zudem profitiert die grosse Mehrheit dieses zugewanderten Personals vom Freizügigkeitsabkommen (FZA). Die Gültigkeitsdauer der Grenzgängerbewilligung entspricht bei einem Arbeitsvertrag von weniger als einem Jahr der Anstellungsdauer, während die Bewilligung bei einem Arbeitsvertrag von mindestens einem Jahr fünf Jahre gültig ist. Die Aufenthaltsbewilligung B hat eine Gültigkeitsdauer von fünf Jahren. Die Kurzaufenthaltsbewilligung wird Arbeitnehmenden abgegeben, die eine Erwerbstätigkeit ausüben, die je nach Dauer des Arbeitsvertrags weniger als ein Jahr und länger als drei Monate dauert.

Es ist nicht möglich, die tatsächliche Aufenthaltsdauer der zugewanderten Pflegefachpersonen in Erfahrung zu bringen. Auf der Grundlage der oben definierten Kriterien kann jedoch eine maximale Schätzung der Zahl der kürzlich zugewanderten Pflegefachpersonen vorgenommen werden, die 2019 in den Gesundheitsinstitutionen angestellt waren. Es wird hier nur von der jüngsten Zuwanderung gesprochen, weil die Anzahl der in den Schweizer Gesundheitsinstitutionen tätigen Pflegefachpersonen mit einer Niederlassungsbewilligung C nicht bekannt ist.

Die in der T 8.1 präsentierten Bestände (maximale Schätzung) umfassen somit die Anzahl der 2019 und in den vier vorangehenden Jahren erteilten Grenzgängerbewilligungen und B-Ausweise sowie die 2019 erteilten Kurzaufenthaltsbewilligungen.

T 8.1 Ausländisches Pflegefachpersonal: Bedeutung der jüngsten Zuwanderung für die Bestände (maximale Schätzung), 2019

	Maximale Schätzung der Bestände des kürzlich zugewanderten Pflegefachpersonals	Pflegefachpersonal mit einem ausländischen Diplom	Anteil des kürzlich zugewanderten Pflegefachpersonals bei dem Pflegefachpersonal mit einem ausländischen Diplom	Gesamtbestände in den Institutionen	Anteil des kürzlich zugewanderten Pflegefachpersonals bei den Gesamtbeständen in den Institutionen Pflegefachpersonal mit einem ausländischen Diplom
Spitäler/Kliniken	5 690	18 189	31%	61 061	9%
Private Stellenvermittlungsagentur	1 630	-	-		
Sozialmedizinische Institutionen	1 158	5 807	20%	19 042	6%
Total	8 478	23 996	35%	80 103	11%
Ambulante Versorgung	815				
Anderes	707				
Lehre und Forschung	112				
Total	10 112				

Quellen: SEM – Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS); BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)
© Obsan 2021

8.2 Anderes Gesundheitspersonal

Im Pflege- und Betreuungsbereich betreffen die Wanderungsbewegungen in geringerem Mass auch das Personal, das über keinen Abschluss der Tertiärstufe verfügt. Im Zeitraum 2009–2019 betrug der durchschnittliche jährliche Wanderungssaldo für das **Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II** (oder gleichwertig) 262 und für **anderes Pflegepersonal** 82 (T 8.2). Insgesamt beläuft sich die Zahl der kürzlich zugewanderten Personen in den Beständen 2019 der Pflegefachkräfte der Sekundarstufe II und des anderen Pflegepersonals auf schätzungsweise 4700 Personen.

Im ZEMIS umfassen die **Therapieberufe** hauptsächlich Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Zwischen 2009 und 2019 betrug der durchschnittliche jährliche Wanderungssaldo 385 Personen und betraf hauptsächlich den ambulanten Bereich (z.B. Praxen, 60%) und in geringerem Mass die Spitäler und Kliniken (23%). Die kürzlich zugewanderten Personen werden auf höchstens 3667 geschätzt.

Im **medizinisch-technischen Bereich** ist die Bedeutung der Zuwanderung mit einem durchschnittlichen jährlichen Wanderungssaldo von 55 Personen geringer. Es kann sich jedoch um qualifizierte Profile handeln, die wichtig sind für das gute Funktionieren der Spitäler, wo diese Personen hauptsächlich beschäftigt sind (80% des durchschnittlichen Wanderungssaldos).

Mit einem durchschnittlichen jährlichen Wanderungssaldo von 35 Personen scheint die Zuwanderung bei den **Hebammen** ebenfalls eine besonders wichtige Rolle zu spielen. Die kürzlich zugewanderten Hebammen werden auf maximal 389 Personen geschätzt, was 13% aller in der Schweiz tätigen Hebammen entspricht.

Die Kategorie **«Anderes Personal»** umfasst hier die «Hauspflegerinnen/-pfleger, Gemeindefranchenschwestern/-pfleger». Es ist möglich, dass diese Personen, die hauptsächlich im ambulanten Bereich tätig sind (77%), Dienstleistungen für Privatpersonen erbringen (z.B. hauswirtschaftliche Leistungen). Die betreffenden Bestände sind jedoch relativ klein (maximale Schätzung der kürzlich zugewanderten Personen: 264).

T 8.2 Ausländisches Gesundheitspersonal: Merkmale der Wanderungsbewegungen, Durchschnitt des Zeitraums 2009–2019, Schweiz

Pflege- und Berufsberufe auf Sekundarstufe II		Sonstige Krankenpflegeberufe	
Durchschnittlicher jährlicher Wanderungssaldo	262	Durchschnittlicher jährlicher Wanderungssaldo	82
% Private Stellenvermittlungsagentur	60%	% Private Stellenvermittlungsagentur	36%
% Sozialmedizinische Institutionen	22%	% Sozialmedizinische Institutionen	28%
% Spitäler/Kliniken	21%	% Spitäler/Kliniken	20%
Durchschnittliche jährliche Zuwanderung	791	Durchschnittliche jährliche Zuwanderung	176
Durchschnittliche jährliche Abwanderung	529	Durchschnittliche jährliche Abwanderung	94
Maximale Schätzung der Bestände des kürzlich zugewanderten Personals (2019)	3 959	Maximale Schätzung der Bestände des kürzlich zugewanderten Personals (2019)	739
Therapieberufe		Medizinisch-technische Berufe	
Durchschnittlicher jährlicher Wanderungssaldo	385	Durchschnittlicher jährlicher Wanderungssaldo	55
% Ambulante Versorgung	60%	% Ambulante Versorgung	80%
% Spitäler/Kliniken	23%	% Spitäler/Kliniken	9%
% Anderes	15%	% Anderes	8%
Durchschnittliche jährliche Zuwanderung	739	Durchschnittliche jährliche Zuwanderung	87
Durchschnittliche jährliche Abwanderung	354	Durchschnittliche jährliche Abwanderung	52
Maximale Schätzung der Bestände des kürzlich zugewanderten Personals (2019)	3 667	Maximale Schätzung der Bestände des kürzlich zugewanderten Personals (2019)	431
Hebammen		Anderes Personal	
Durchschnittlicher jährlicher Wanderungssaldo	36	Durchschnittlicher jährlicher Wanderungssaldo	19
% Spitäler/Kliniken	76%	% Spitäler/Kliniken	77%
% Sozialmedizinische Institutionen	11%	% Sozialmedizinische Institutionen	15%
% Ambulante Versorgung	8%	% Ambulante Versorgung	6%
Durchschnittliche jährliche Zuwanderung	87	Durchschnittliche jährliche Zuwanderung	48
Durchschnittliche jährliche Abwanderung	52	Durchschnittliche jährliche Abwanderung	29
Maximale Schätzung der Bestände des kürzlich zugewanderten Personals (2019)	389	Maximale Schätzung der Bestände des kürzlich zugewanderten Personals (2019)	264

Quelle: SEM – Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS)

© Obsan 2021

8.3 Anerkennung der Diplome

Da sich anhand der Daten zu den Wanderungsbewegungen des medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Personals die Berufe nicht differenzieren lassen, ist es hilfreich, auch die Daten im Zusammenhang mit der Anerkennung der Diplome zu analysieren. Diese sind eher ein Indikator für die Absicht, in die Schweiz einzuwandern. Es ist daher zu erwarten, dass die Anzahl der anerkannten Diplome höher ist als die tatsächliche Zuwanderung, da nicht alle Personen ihren Plan umsetzen. Für die nicht-universitären Gesundheitsberufe muss im Übrigen das Diplom nicht zwingend anerkannt werden, um von einem Gesundheitsbetrieb in der Schweiz angestellt zu werden. Für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung und als Selbstständigerwerbende wird hingegen ein anerkanntes Diplom vorausgesetzt. Es ist daher nicht möglich festzustellen, inwieweit die Daten der Anerkennung der Diplome die tatsächlichen Wanderungsflüsse widerspiegeln.

Die Daten der Tabelle T 8.3 stammen aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe (NAREG). Es sind daher nur die Berufe dargestellt, die in diesem Register erfasst werden. Im Zeitraum 2009–2019 ist bei den Pflegediplomen tendenziell eine Zunahme der Anzahl der Anerkennungen zu verzeichnen (mit Ausnahme des Jahres 2017), die im Gegensatz zum beobachteten Rückgang bei der Zuwanderung steht. Auch bei den Hebammen nehmen die Diplomanerkenntnisse zu. Im Zusammenhang mit

der Pflege- und Hebammenausbildung ist zu beachten, dass die Richtlinie 2005/36/EG eine automatische Anerkennung der europäischen Diplome vorsieht.

Bei den medizinisch-technischen Berufen lässt sich ebenfalls ein Aufwärtstrend bei der Anzahl Anerkennungen beobachten. Verglichen mit den biomedizinischen Analytikerinnen und Analytikern sowie den Fachpersonen für medizinisch-technische Radiologie ist die Zahl der Diplomanerkenntnisse bei den Fachpersonen Operationstechnik kleiner.

Im medizinisch-therapeutischen Bereich liessen zwischen 2011 und 2014 jedes Jahr etwa 400 Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ihr Diplom in der Schweiz anerkennen. Der danach beobachtete und bis 2019 anhaltende Anstieg der Anzahl Anerkennungen ist womöglich auf das ab 2015 eingeführte Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG zurückzuführen. Die erneut gestiegene Anzahl Anerkennungen im Jahr 2019 erklärt sich vermutlich durch die erhöhten Anforderungen zum Erhalt einer ZSR-Nummer, die für die Abrechnung zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung benötigt wird.

Bei den Logopädinnen und Logopäden, Augenoptikerinnen und Augenoptikern sowie Optometristinnen und Optometristen sind die Personen, die ihr Diplom vor 2015 erworben haben oder anerkennen liessen, im NAREG nicht systematisch erfasst. Schliesslich kann im Bereich der Augenoptik auf eine besonders hohe Zahl anerkannter Diplome in den Jahren 2018 und 2019 hingewiesen werden.

T 8.3 Ausländisches Gesundheitspersonal: Anzahl der anerkannten Diplome, 2009–2019

Bereich	Beruf	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pflege	Pflegefachpersonal	1 458	1 257	1 892	1 791	2 073	2 380	2 626	2 677	2 069	2 660	2 405
Hebamme	Geburtshilfe	47	47	65	59	73	75	90	125	125	135	103
Medizinisch-technische Berufe	Biomedizinische Analytik	7	9	22	25	49	43	53	68	41	33	76
	Medizinisch-technische Radiologie	4	22	26	33	63	58	58	52	66	67	76
	Operationstechnik	9	2	8	10	2	5	13	24	13	11	7
	Rettungssanität	25	19	38	37	37	20	35	20	24	26	10
Medizinisch-therapeutische Berufe	Physiotherapie	382	326	414	399	414	435	520	614	532	460	701
	Ergotherapie	124	99	89	81	72	60	83	104	97	84	123
	Ernährungsberatung	19	18	21	18	13	19	15	5	5	14	22
	Logopädie	10	7	8	11	7	9	59	70	61	62	54
	Medizinische Massage	25	6	22	18	17	23	25	19	10	7	4
	Podologie	4	6	2	7	11	13	11	14	12	17	12
Optik	Optometrie	0	0	0	2	1	2	4	8	11	2	12
	Orthoptik	0	0	0	1	0	1	4	4	6	10	8
	Augenoptik	70	76	135	50	13	36	105	65	74	142	196
Zahnbehandlungen	Dentalhygiene	11	4	4	21	11	29	11	25	19	26	19

Quelle: SRK - Nationales Register der Gesundheitsberufe (NAREG)

© Obsan 2021

9 Nachwuchsbedarf und -angebot

Ziel dieses Kapitels ist es, abzuschätzen, inwieweit der **Bedarf der Gesundheitseinrichtungen an Pflege- und Betreuungspersonal bis 2029** gedeckt werden kann. Die Analyse konzentriert sich auf Personal der Tertiär- und Sekundarstufe II und nimmt das Jahr 2019 als Ausgangspunkt. Um ein möglichst vollständiges Bild der Faktoren zu erhalten, die den Nachwuchsbedarf und das -angebot beeinflussen könnten, werden mehrere Szenarien und Hypothesen in unser Modell aufgenommen.

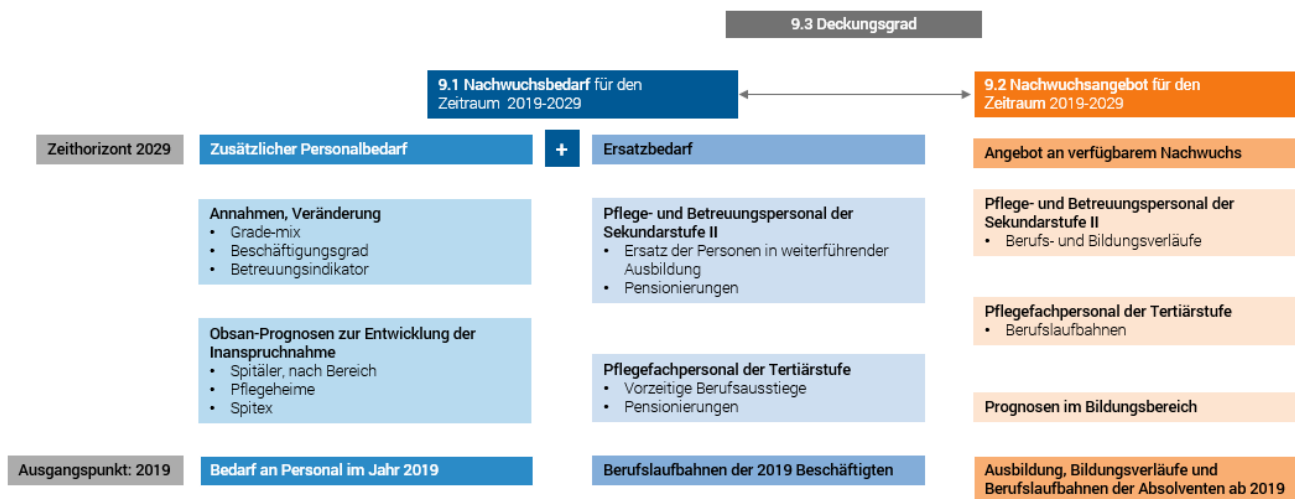
Bei der Berechnung des Nachwuchsbedarfs wird der **Bedarf an zusätzlichem Personal** im Zusammenhang mit der Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und den Beschäftigungsmerkmalen des Personals, sowie der **Ersatzbedarf** aufgrund von Pensionierungen, vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf und Bildungsübergängen berücksichtigt. Das **Nachwuchsangebot** wird durch die

Ausbildungstätigkeit (Anzahl der erworbenen Abschlüsse) definiert. Davon wird der Anteil der diplomierten Personen abgezogen, die nicht in den Arbeitsmarkt eintreten, nicht in einer Gesundheitseinrichtung arbeiten oder ihre Ausbildung fortsetzen.

Die Unsicherheiten, mit denen jedes Prognosemodell behaftet ist, erlauben es nicht, die tatsächliche Entwicklung des Bedarfs und des Angebots an Nachwuchskräften vorherzusehen. Das Modell liefert jedoch wertvolle Erkenntnisse, indem es die erwarteten Entwicklungen unter den getroffenen Annahmen zeigt. Gleichzeitig weist es auf die Bandbreite der Möglichkeiten und den Beitrag verschiedener Faktoren zur Variabilität der Prognosen hin.

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse auf die nächste Hunderterstelle gerundet. Einerseits werden sie dadurch verständlicher, andererseits rechtfertigt die mit den Prognosen verbundene Unsicherheit keine höhere Genauigkeit.

G 9.1 Prognosemodell zu Nachwuchsangebot und -bedarf 2019 bis 2029



9.1 Nachwuchsbedarf bis 2029

9.1.1 Bedarf an zusätzlichem Personal

Die Berechnung zum zusätzlichen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal basiert auf den **Prognosen über die zukünftige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen**. Sie berücksichtigen die erwarteten Entwicklungen des Bevölkerungswachstums (demografische Szenarien) und des Gesundheitszustands (epidemiologische Szenarien) für den Zeitraum 2019–2035.

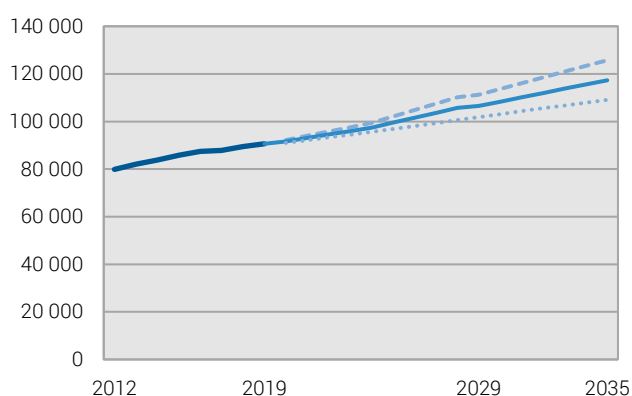
Die Unsicherheit in Bezug auf den demografischen Wandel ist etwas grösser als diejenige in Bezug auf den epidemiologischen

Wandel (siehe T 9.1 und T 9.2). Das Basisszenario, das die durchschnittlichen demografischen und epidemiologischen Szenarien kombiniert, sieht einen zusätzlichen Bedarf an 15 900 Pflegefachkräften der Tertiärstufe und 12 600 Personen der Sekundarstufe II voraus (G 9.2). Kombiniert man das tiefe Bevölkerungsszenario mit einer günstigen epidemiologischen Entwicklung, wird der zusätzliche Bedarf an Personal auf 11 200 der Tertiärstufe und auf 8300 der Sekundarstufe II geschätzt. Unter dem hohen Bevölkerungsszenario und einer ungünstigen epidemiologischen Entwicklung wird der zusätzliche Bedarf auf 20 600 Personen der Tertiärstufe und 17 100 der Sekundarstufe II geschätzt.

Die obere und untere Bandbreite zeigen das Ausmass der Unsicherheit über die Entwicklung des zusätzlichen Personalbedarfs und stellen die Mindest- und Höchstwerte dar.

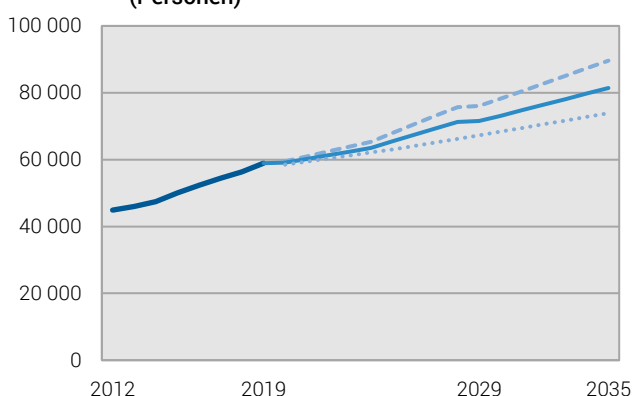
G 9.2 Entwicklung des Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal in den Gesundheitseinrichtungen, beobachtete Entwicklung (2012-2019) und Prognoseszenarien (2020-2035)

Pflegefachpersonen der Tertiärstufe (Personen)



— Beobachtete Entwicklung - - - - - Maximalszenario
— Referenzszenario Minimalszenario

Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II (Personen)



— Beobachtete Entwicklung - - - - - Maximalszenario
— Referenzszenario Minimalszenario

	Pflegefachpersonen der Tertiärstufe					Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II			
	Beobachtete Entwicklung		Prognosen (Unterschied zu 2019)			Beobachtete Entwicklung		Prognosen (Unterschied zu 2019)	
	2012	2019	2029	2035		2012	2019	2029	2035
	79 900	90 600				44 900	58 900		
Minimalszenario			101 800 + 11 200	109'100 + 18 400	Minimalszenario			67 300 + 8 300	73 900 + 15 000
Referenzszenario			106 500 + 15 900	117'300 + 26 700	Referenzszenario			71 600 + 12 600	81 400 + 22 500
Maximalszenario			111 200 + 20 600	125'700 + 35 100	Maximalszenario			76 100 + 17 100	89 600 + 30 700

Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)
© Obsan 2021

9.1.2 Auswirkungen von Änderungen des Grademix, des Beschäftigungsgrades und der Betreuung der Zahl von Patientinnen und Patienten

Die Berechnung des zusätzlichen Personalbedarfs basiert auf der Annahme, dass der Beschäftigungsgrad, der Grademix und die Aktivitätsindikatoren (Anzahl Pflege- und Betreuungspersonen pro Fall im Spital, pro Bewohner/in in Alters- und Pflegeheimen und pro Klient/in der Spitex) bis 2029 konstant bleiben. Um die Auswirkungen einer Änderung dieser Parameter auf den künftigen Personalbedarf zu bewerten, wurden verschiedene Hypothesen in das Prognosemodell aufgenommen (vgl. Kasten 5). Diese hypothetischen Szenarien stellen Entwicklungen dar, die im Bereich des Möglichen liegen. Sie dienen jedoch nur der Veranschaulichung und werden bei der Berechnung des Nachwuchsbedarfs nicht berücksichtigt.

Würden die Pflegefachpersonen der Tertiärstufe einen grösseren Anteil am **Grademix** einnehmen (Substitution des Personals der Sekundarstufe II um zwei Prozentpunkte), würde der zusätzliche Bedarf an Fachkräften dieser Ausbildungsstufe bis 2029 20 200 betragen. Bei einer entsprechenden Verringerung

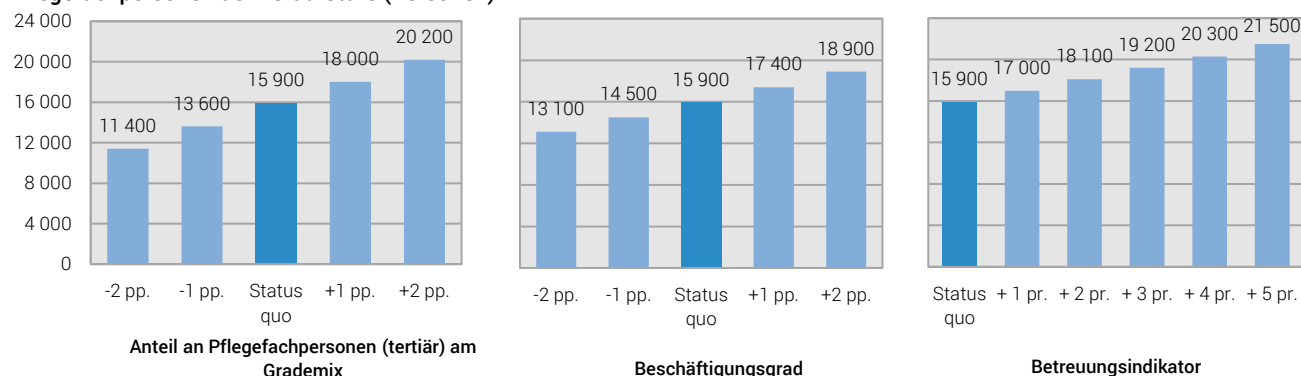
des Anteils würde der zusätzliche Personalbedarf auf Tertiärstufe 11 400 betragen. Beim Personal der Sekundarstufe II wären 16 900 zusätzliche Personen erforderlich, um einen grösseren Anteil der Pflgeteams zu besetzen, und 8 300, wenn ihr Anteil sinken würde (Veränderung um je zwei Prozentpunkte).

Würde der **durchschnittliche Beschäftigungsgrad** bis 2029 um zwei Prozentpunkte steigen, würde der zusätzliche Bedarf an Pflegekräften im Tertiärbereich nicht um 15 900, sondern um 13 100 steigen. Beim Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II würde sich bei einer gleichen Erhöhung des Beschäftigungsgrads der Bedarf an zusätzlichem Personal von 12 700 auf 10 700 verringern. Umgekehrt würde ein Rückgang des durchschnittlichen Beschäftigungsgrads um zwei Prozentpunkte zu einem zusätzlichen Bedarf an 18 900 Ausgebildeten auf Tertiärstufe und 14 600 auf Sekundärstufe II führen.

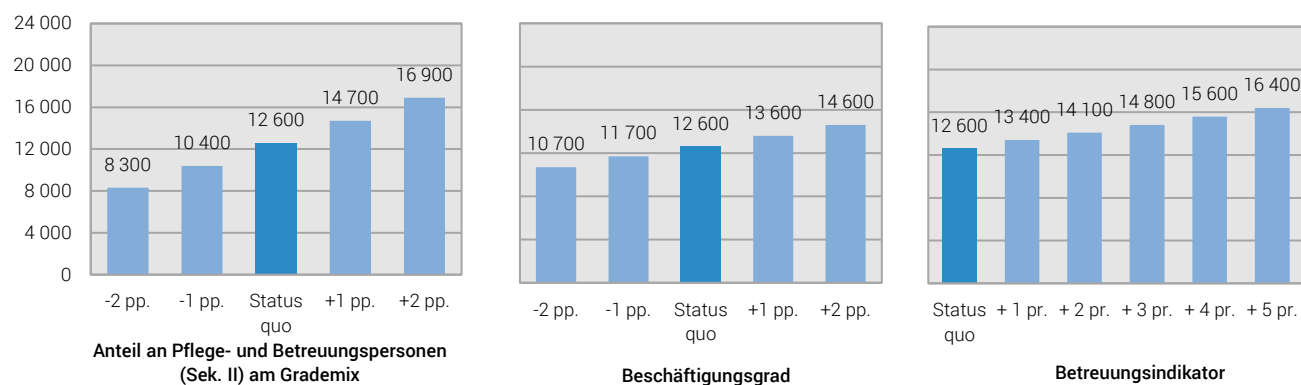
Wenn die Zunahme der Komplexität der Fälle und der Betreuungsaufgaben zu einem fünfprozentigen Anstieg des **Betreuungsindikators** (Verhältnis «Anzahl Pflege- und Betreuungspersonen pro Fall, Bewohner/in oder Klient/in») führen würde, würden bis 2029 zusätzlich 21 500 Personen der Tertiärstufe und 16 400 der Sekundärstufe II benötigt.

G 9.3 Bedarf an zusätzlichem Personal in Gesundheitseinrichtungen 2019–2029, Hypothesen zum Grademix, dem Beschäftigungsgrad und dem Betreuungsindikator

Pflegefachpersonen der Tertiärstufe (Personen)



Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II (Personen)



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

Epidemiologische und demografische Referenzszenarien

Betreuungsindikator: Anzahl Pflege- und Betreuungspersonen pro Fall, Bewohner/in oder Klient/in

© Obsan 2021

Kasten 5 Hypothesen zur Entwicklung des Grademix, des Beschäftigungsgrades und der Betreuung der Zahl von Patientinnen und Patienten

Mit der Einführung der neuen Ausbildungsgänge der Sekundarstufe II (FaGe und Assistent/in Gesundheit und Soziales) in den letzten Jahren hat sich der **Grademix** des Pflege- und Betreuungspersonals verändert. Die Absolventinnen und Absolventen ersetzen sowohl weniger als auch höher qualifiziertes Personal (siehe G 12.2, S. 89). Einerseits ist es nun möglich, dass in den kommenden Jahren das Personal der Sekundarstufe II zu einem noch wichtigeren Bestandteil der Pflegeteams werden. Andererseits wird das Substitutionspotenzial durch das Gebot der Patientensicherheit begrenzt. Darüber hinaus kann die Zunahme komplexer Pflegesituationen den Bedarf an Pflegepersonal der Tertiärstufe weiter erhöhen. Die vorgelegten Ergebnisse zeigen die Auswirkungen einer Substitution zwischen Personal der Tertiär- und der Sekundarstufe II bis 2029 von bis zu zwei Prozentpunkten.

Die jüngsten Entwicklungen deuten auf einen stabilen **Beschäftigungsgrad** in Krankenhäusern und einen leichten Anstieg in der Langzeitpflege hin. Je nach den Präferenzen des Personals, der Anpassungsfähigkeit der Institutionen und dem wirtschaftlichen Kontext ist es jedoch möglich, dass der Beschäftigungsgrad in den kommenden Jahren ändern wird. Einerseits können die unregelmässigen Arbeitszeiten zu Ermüdung führen, was den Wunsch nach Teilzeitarbeit verstärken könnte. Darüber hinaus kann es aufgrund gesetzlicher Beschränkungen der Ruhe- und Erholungszeiten schwierig sein, Vollzeitkräfte zu beschäftigen. Andererseits könnte ein schwierigeres wirtschaftliches Umfeld die Menschen dazu veranlassen, ihren Beschäftigungsgrad zu erhöhen. Die Ergebnisse zeigen die Auswirkungen einer Erhöhung oder Senkung des Beschäftigungsgrades um bis zu zwei Prozentpunkte.

Um die Aktivität des Personals zu berücksichtigen, wird auf der Grundlage der Daten von 2019 ein Verhältnis «Anzahl Pflege und Betreuungspersonen pro Fall im Spital, pro Bewohner/in Alters- und Pflegeheimen und pro Klient/in der Spitex» berechnet. Dieses Verhältnis berücksichtigt jedoch keine Trends wie z.B. die Zunahme des Fallgewichts oder die Ausweitung des Aufgabenbereichs der Pflegepersonen. Im Zeitraum 2012–2019 ist dieser Betreuungsindikator für Spitäler und Alters- und Pflegeheime zurückgegangen (siehe T14.11). Um die Auswirkung einer Zunahme der Aufgaben in der **Patientenbetreuung** zu berücksichtigen, wird von einem bis zu fünfprozentigen Anstieg des Personalbedarfs pro Fall, Bewohner/in bzw. Klient/in ausgegangen.

9.1.3 Ersatzbedarf

Berücksichtigt man nur das Alter des im Jahr 2019 beschäftigten Pflege- und Betreuungspersonals, so werden bis 2029 voraussichtlich 20 800 Pflegefachkräfte der Tertiärstufe **in den Ruhestand gehen**, was 23% der Arbeitskräfte im Jahr 2019 entspricht. Beim Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II werden bis 2029 voraussichtlich 11 600 Personen in den Ruhestand gehen, was 19% der Arbeitskräfte im Jahr 2019 entspricht.

Allerdings muss auch das **frühzeitige Ausscheiden aus dem Beruf** berücksichtigt werden. Für das **Pflegefachpersonal der Tertiärstufe** kann dies anhand der Daten aus der Strukturerhebung geschätzt werden (siehe Kapitel 2.4.2). Bis 2029 werden schätzungsweise 14 300 Pflegefachkräfte vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden. Da es sich dabei zum Teil um Personen handelt, die bis 2029 das Rentenalter erreicht haben werden, verringert sich die berechnete Zahl der tatsächlichen Abgänge im Pensionierungsalter von 20 800 auf 13 200. Insgesamt müssen bis 2029 27 500 Pflegefachkräfte im Tertiärbereich ersetzt werden, wenn die Ausstiegsraten pro Altersgruppe konstant bleiben.

Darüber hinaus werden Annahmen getroffen, um einen Anstieg oder Rückgang der vorzeitigen Berufsausstiege zu berücksichtigen (etwa +/-2,5 Prozentpunkte pro Altersgruppe, siehe Kapitel 2.4.2). Wenn man davon ausgeht, dass die Beschäftigten mit Tertiärabschluss vermehrt im Beruf verbleiben, wird ein Ersatzbedarf von 24 700 Personen erwartet. Umgekehrt könnte ein Anstieg der Berufsaustritte dazu führen, dass 30 300 Pflegefachkräfte der Tertiärstufe ersetzt werden müssen.

Für die **Ausgebildeten der Sekundarstufe II** kann der Anteil des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Beruf nicht berechnet werden, da dazu keine Daten vorliegen. Die 3 000 Angestellten der Sekundarstufe II in Alters- und Pflegeheimen, die als Auszubildende bezeichnet werden, werden jedoch dem Ersatzbedarf zugerechnet, da sie sich wahrscheinlich in der Übergangsphase zu einer Qualifikation auf der Tertiärstufe befinden.

9.1.4 Nachwuchsbedarf

Der Nachwuchsbedarf bis 2029 wird definiert als die **Summe aus dem Bedarf an zusätzlichem Personal** (entsprechend der demografischen und epidemiologischen Entwicklung) und dem **Ersatzbedarf** für Personen, die aus dem Beruf ausscheiden (vor dem oder mit Erreichen des Rentenalters). Nach dem **Referenzszenario** wird der Nachwuchsbedarf an Pflegefachpersonen des Tertiärbereichs bis 2029 auf 43 400 Personen geschätzt, das sind durchschnittlich 4300 Personen pro Jahr. Für das Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II beläuft sich der errechnete Nachwuchsbedarf auf 27 100 Personen, d.h. auf durchschnittlich rund 2700 Personen pro Jahr.

Für das Personal im Tertiärbereich wurde die **untere Grenze** für den Bedarf an zusätzlichem Personal mithilfe der demografischen und epidemiologischen Szenarien berechnet, die den geringsten Anstieg des Personalbedarfs zur Folge haben, sowie

mit der optimistischen Annahme eines Rückgangs der vorzeitigen Berufsausstiege. Daraus ergibt sich ein Nachwuchsbedarf von 35 900 Pflegefachpersonen bis 2029, also knapp 3600 Personen pro Jahr. Die untere Grenze für das Personal der Sekundarstufe II wird nur durch die gewählten demografischen und epidemiologischen Szenarien beeinflusst. Der entsprechende Bedarf an Nachwuchs liegt bei 22 800 Personen, also ungefähr 2300 Personen pro Jahr.

Die **obere Grenze** für den zusätzlichen Personalbedarf an Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe ergibt sich aus den demografischen und epidemiologischen Szenarien mit dem höchsten Anstieg des Personalbedarfs und einem erhöhten Ersatzbedarf aufgrund eines Anstiegs der vorzeitigen Berufsaustritte. Bis 2029 wird anhand dieser Kombination ein Bedarf an 50 900 Pflegefachpersonen im Tertiärbereich berechnet, d.h. fast 5100 Personen pro Jahr. Für das Personal der Sekundarstufe II ergibt sich aus den demografischen und epidemiologischen Szenarien allein ein Nachwuchsbedarf von 31 600 Personen, also ungefähr 3200 Personen pro Jahr.

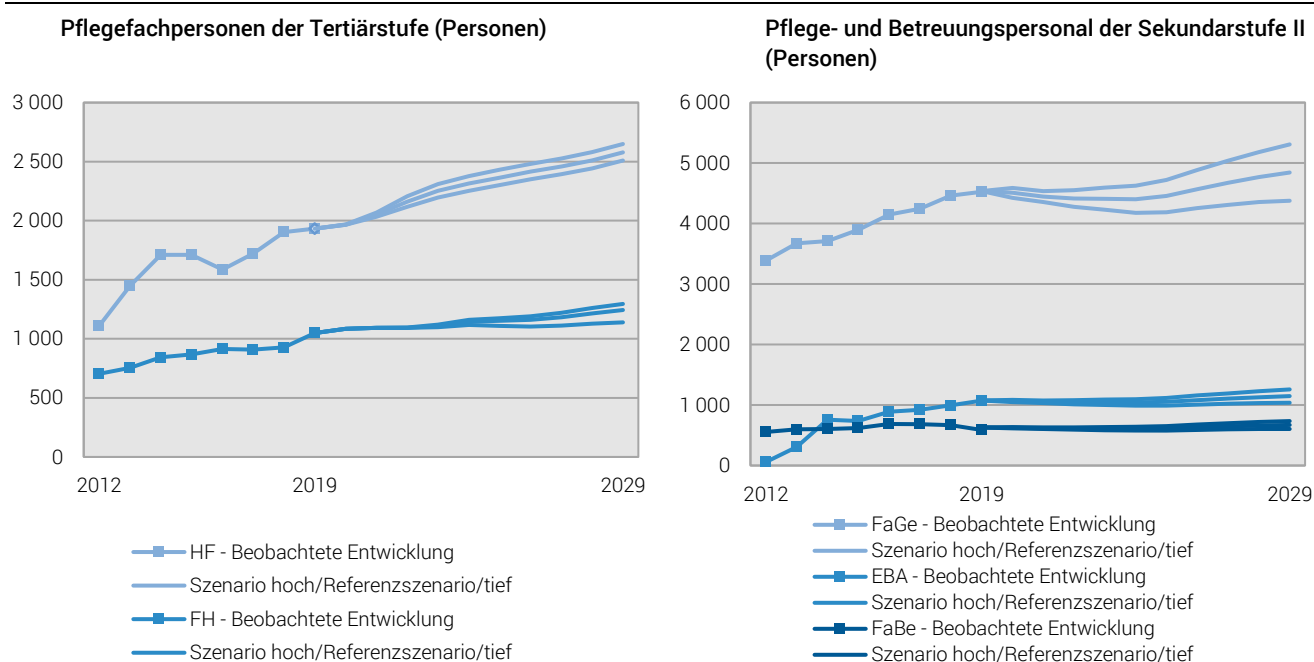
9.2 Nachwuchsangebot bis 2029

9.2.1 Prognosen im Ausbildungsbereich

Auf der **Tertiärstufe** erhält man das Brutto-Nachwuchsangebot anhand der Pflegediplome HF und FH. Das vom BFS entwickelte Referenzszenario geht davon aus, dass im Zeitraum 2019–2029 insgesamt 37 500 Titel vergeben werden, 36 600 im tiefen und 38 300 im hohen Szenario. Diese Zahlen entsprechen einem Anstieg der Zahl der erteilten Diplome zwischen 2019 und 2029 um rund 28%. Die Szenarien spiegeln die erwarteten demografischen Entwicklungen sowie die beobachteten Trends bei den Ausbildungen wider. Ob die Prognosen im Bereich der Pflege eintreffen, ist jedoch abhängig von der Studienwahl der künftigen Studentinnen und Studenten und der Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von Praktikumsplätzen.

Auf der **Sekundarstufe II** besteht das Brutto-Nachwuchsangebot aus Absolventinnen und Absolventen der folgenden Qualifikationen: Fachfrau/-mann Gesundheit (EFZ), Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe) (generalistische Ausbildung und Fachrichtung Betagtenbetreuung), Assistent/in Gesundheit und Soziales (EBA). Für diese drei Ausbildungen wurden im Jahr 2019 insgesamt 6200 Titel vergeben. Das Basisszenario für die Ausbildung sagt voraus, dass die Zahl der verliehenen Titel zwischen 2019 und 2029 um 8% steigen wird. Das hohe Szenario geht von einem Anstieg um 18% aus, während das tiefe Szenario von einem Rückgang um 3% ausgeht. Im Zeitraum 2019–2029 werden daher im Referenzszenario 68 800 Abschlüsse der Sekundarstufe II im Bereich Pflege und Betreuung erwartet, im hohen Szenario 72 300 und im tiefen Szenario 65 300.

G 9.4 Ausbildungsszenarien bis 2029 für Berufe im Bereich Pflege und Betreuung



Quelle: BFS – Bildungsperspektiven
FaBe: nur generalistische Ausbildung und Fachrichtung Betagtenbetreuung

© Obsan 2021

9.2.2 Bildungsübergänge der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe

Gemäss den Daten der Erhebung zur höheren Berufsbildung 2019 (eHBB 2019) des BFS arbeiteten 91,0% der Personen, die im Jahr 2018 einen Abschluss in der Pflege an einer Fachhochschule erworben haben, ein Jahr nach dem Abschluss als Pflegefachperson.

Für die Absolventinnen und Absolventen der höheren Fachschulen wird der Anteil der Berufseinstiege nach einem Jahr für den Jahrgang 2014 auf 92,8% geschätzt (Absolventenstudien Hochschulen EHA, BFS). In diesem Anteil sind sowohl die diplomierten Pflegefachpersonen (84,3%) als auch das «sonstige Pflegepersonal» (8,5%) enthalten. Es wird davon ausgegangen, dass diejenigen, die einen «anderen Pflegeberuf» angeben, in einem Beruf arbeiten, der ihrer Ausbildung entspricht, sich aber nicht als «diplomierte Pflegefachperson» bezeichnen, z.B. aus terminologischen Gründen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Personen nicht unbedingt in den Gesundheitseinrichtungen beschäftigt sind, für die hier der Nachwuchsbedarf berechnet wird. Eine Analyse der Daten des eHBB 2019 zeigt, dass 89,5% der diplomierten Pflegefachpersonen in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen beschäftigt sind, während die restlichen 10,5% in anderen Einrichtungen (z.B. Schulen, medizinischen Labors, Behinderteneinrichtungen) tätig sind.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass **82% der Absolventinnen und Absolventen ein Jahr nach dem Erwerb eines Abschlusses in Pflege (HF und FH) in einer Gesundheitseinrichtung arbeiten.**

Wie bei den Beschäftigten geht es letztlich darum, das frühzeitige Ausscheiden aus dem Beruf zu berücksichtigen. Dies kann nur indirekt auf der Grundlage der EHA-Daten einerseits und der Strukturhebung 2016-18 andererseits angegangen werden. Gemäss EHA-Daten waren ein Jahr nach dem Studienabschluss 92,8% der Absolventinnen und Absolventen in ihrem Beruf tätig und dieser Prozentsatz sank fünf Jahre nach dem Abschluss nur geringfügig auf 91,4%. Die Daten der Strukturhebung deuten jedoch darauf hin, dass zwischen den Altersgruppen «25-29», «30-34» und «35-39» der Ausstieg aus dem Beruf rasch zunimmt (siehe Kapitel 2.4.2). Bei der Berechnung des Nachwuchsangebots wird in den ersten fünf Jahren nach Abschluss des Studiums keine jährliche Berufsaustrittsquote und in den folgenden fünf Jahren eine Austrittsquote von 5% angesetzt.

Berücksichtigt man nicht nur die Berufseintritte in Gesundheitseinrichtungen, sondern auch die vorzeitigen Berufsaustritte, so kann man davon ausgehen, dass **von den Absolventinnen und Absolventen der Jahre 2019–2029 77% im Jahr 2029 tatsächlich für Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung stehen werden**¹³.

9.2.3 Bildungs- und Berufsübergänge des Pflege- und Betreuungspersonals der Sekundarstufe II

Im Pflegebereich ermöglicht die Durchlässigkeit des Ausbildungssystems unter anderem den Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II, ihre Ausbildung auf der Tertiärstufe fortzusetzen. Diese Sprungbrettfunktion spielt eine wichtige Rolle für den Zustrom zu tertiären Ausbildungen. Personen, die diesen Übergang vollziehen, sind zwar nicht für den Pflegebereich verloren, aber sie müssen aus dem Nachwuchsangebot herausgenommen werden, das für einen Einsatz auf der Sekundarstufe II zur Verfügung steht.

Die weiteren Ausbildungswege der **Fachfrauen/-männer Gesundheit (FaGe)**, die im Jahr 2012 ihren Abschluss gemacht haben, wurden auf verschiedene Weise analysiert. Gemäss den Daten des BFS-Programms «Längsschnittanalysen im Bildungswesen» (LABB) haben 48% dieser Absolventinnen und Absolventen in den folgenden sechs Jahren ihre Ausbildung auf Tertiärstufe fortgesetzt. In der von Trede und Grønning (2018) analysierten Erhebung wird eine Übergangsquote in den Tertiärbereich von 54% nach vier Jahren festgestellt. Ausserdem geht aus dieser Studie hervor, dass 5% der Befragten nicht auf dem Arbeitsmarkt (und auch nicht in Ausbildung) sind und dass 15% die Branche gewechselt haben. Um das Nachwuchsangebot zu berechnen, das dem Gesundheitssystem tatsächlich zur Verfügung steht, gehen wir daher auf der Grundlage der Ergebnisse von Trede und Grønning von einer Verbleibquote von 26% nach fünf Jahren aus¹⁴.

Bei den Assistentinnen/Assistenten Gesundheit und Soziales (EBA) zeigen die LABB-Daten eine Übergangsrate zu einem höheren Abschluss, die mit derjenigen der FaGe vergleichbar ist (43% innerhalb von vier Jahren für den Jahrgang 2014). Um auch das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt und Branchenwechsel zu berücksichtigen, wird analog zum Ansatz bei den FaGe eine Verbleibquote von 26% angesetzt.

Beim Beruf Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe) (generalistische Ausbildung und Fachrichtung Betagtenbetreuung) zeigen die LABB-Daten für den Jahrgang 2012 eine Übergangsquote in den tertiären Bereich von 23% innerhalb von sechs Jahren nach dem Erwerb des Titels. Analog zu den FaGe wird auch hier ein Anteil von 20% für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oder den Wechsel der Branche in den vier auf den Titel folgenden Jahren geschätzt.

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass von den 68 800 Personen, die im Zeitraum 2019–2029 gemäss dem ausbildungsbezogenen Referenzszenario auf Sekundarstufe II im Bereich Pflege und Betreuung ausgebildet werden, **21 600 den Gesundheitseinrichtungen im Jahr 2029 tatsächlich zur Verfügung stehen werden** (entspricht 31% der Diplome). Diese Zahl steigt auf 20 600 im Szenario mit geringer Ausbildungstätigkeit und auf 22 600 im Szenario mit hoher Ausbildungstätigkeit.

Diese Schätzung berücksichtigt die Berufsein- und -austritte fünf Jahre nach Studienabschluss nicht. Ausserdem entsprechen

erkennen (41% ein Jahr danach, 34% innerhalb von zwei Jahren, 28% innerhalb von drei Jahren, 25% innerhalb von vier Jahren und 26% innerhalb von fünf Jahren)

¹³ Eine andere Studie (Schaffert und Bänziger, 2021) berichtet über eine höhere Verbleibquote (Zeithorizont sechs Jahre), aber die beobachtete Differenz wird durch methodische Unterschiede erklärt.

¹⁴ Die verfügbaren Daten lassen eine Veränderung des Anteils der Weiterbeschäftigten innerhalb von fünf Jahren nach der Qualifizierung

die angewandten Übergangsquoten zum höheren Bildungsniveau denen, die für den Jahrgang 2012 beobachtet wurden. Da es sich um einen sehr dynamischen Bereich der Ausbildung handelt, ist es möglich, dass die Ausbildungswege in Zukunft anders aussehen werden.

9.3 Gegenüberstellung von Nachfrage und Angebot des Nachwuchses bis 2029

9.3.1 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe

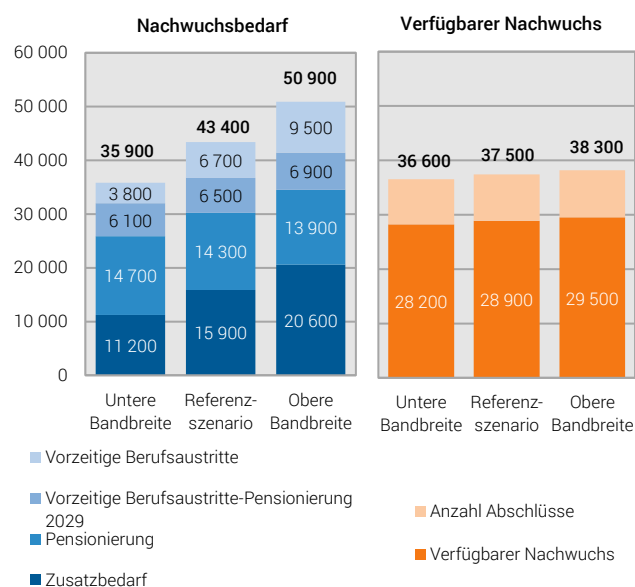
Bis 2029 gehen die Referenzszenarien von einem Bedarf von 43 400 Personen gegenüber einem Angebot von 28 900 Personen aus. Dies entspricht einem **Deckungsgrad von 67%**. In früheren Analysen entsprach die Zahl der Diplome im Jahr 2014 einem Anteil von 43% des jährlichen Nachwuchsbedarfs bis 2025 (GDK und OdaSanté, 2016). Die Methodik wurde jedoch in verschiedener Hinsicht geändert, so dass die Ergebnisse nicht vergleichbar sind. So wurde beispielsweise bei der Berechnung des Deckungsgrads im Jahr 2016 der erwartete Anstieg der Zahl der Diplome nicht berücksichtigt.

Gemäss dem entwickelten Modell kann der Bedarf an zusätzlichem Personal aufgrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklung der Bevölkerung erheblich variieren. Die Spanne reicht von 11 200 bis 20 600 zusätzlich benötigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Hinzu kommt ein fixer Ersatzbedarf, da bis 2029 20 800 Personen in den Ruhestand gehen werden. Die Tendenz zum vorzeitigen Berufsausstieg ist ein weiterer Faktor, der die Bedingungen in Bezug auf den Nachwuchsbedarf beeinflussen kann.

Auf der Angebotsseite zeigen die verschiedenen Ausbildungsszenarien des BFS keine grossen Unterschiede. Grössere Ungewissheit kennzeichnet die Entwicklung des Berufseinstiegs und des Verbleibs im Beruf.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Schweiz theoretisch in der Lage sein sollte, bis 2029 eine ausreichende Zahl von diplomierten Pflegefachpersonen auszubilden, um den Bedarf an zusätzlichem Personal zu decken und die Pensionierungen aufzufangen. Die Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage ist also vor allem auf das frühzeitige Ausscheiden aus dem Beruf und den Verlust zwischen dem Erwerb des Titels und dem Eintritt in den Beruf in einer Gesundheitseinrichtung zurückzuführen.

G 9.5 Nachwuchsbedarf und verfügbarer Nachwuchs ab 2019 bis 2029: Pflegefachpersonen der Tertiärstufe



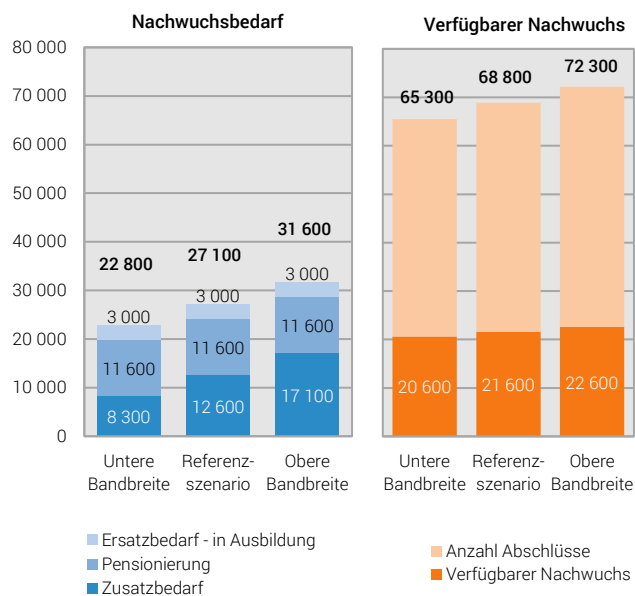
Quelle: Prognosemodell Obsan

© Obsan 2021

9.3.2 Pflege und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II

Auf der Sekundarstufe II ergeben die Referenz-Szenarien einen Bedarf von 27 100 im Vergleich zu einem Angebot von 21 600 Personen. **Der Deckungsgrad beträgt 80%.** In früheren Analysen wurde ein Deckungsgrad von 75% berechnet (Dolder & Grünig, 2016), aber auch hier lassen die methodischen Unterschiede keinen direkten Vergleich der Ergebnisse zu.

G 9.6 Nachwuchsbedarf und verfügbarer Nachwuchs ab 2019 bis 2029: Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II



Quelle: Prognosemodell Obsan

© Obsan 2021

Der verfügbare Nachwuchs sollte es daher ermöglichen, den Bedarf an zusätzlichem Personal und einen grossen Teil des Ersatzbedarfs zu decken. Der Deckungsgrad hängt jedoch davon ab, wie viel zusätzliches Personal aufgrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklung benötigt wird. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass das vorzeitige Ausscheiden aus dem Beruf nur auf der Angebotsseite und nicht auf der Nachfrageseite berücksichtigt wurde. Der berechnete Deckungsgrad wird daher wahrscheinlich überschätzt.

Aufgrund der Rekrutierungsfunktion der Sekundarstufe II für die Tertiärstufe und weil andere Berufswege eingeschlagen werden, stehen nur schätzungsweise 31% der ausgebildeten Pflege- und Betreuungspersonen für die Sekundarstufe II selbst zur Verfügung. Die für diese Prognosen verwendeten Annahmen basieren auf den Berufs- und Ausbildungsverläufen der FaGe des Jahrgangs 2012. In Anbetracht der starken Dynamik dieses Ausbildungsbereichs ist es jedoch möglich, dass sich der Anteil der Übergänge in die Tertiärstufe in Zukunft anders entwickeln wird, auch wenn sich nicht sagen lässt, in welche Richtung diese Entwicklung gehen wird. Veränderungen beim Übergang in den tertiären Bildungsbereich könnten sich erheblich auf das Personalangebot der Sekundarstufe II auswirken.

Kasten 6 Effekte der Covid-19-Pandemie

Angesichts der Covid-19-Pandemie steht das Pflege- und Betreuungspersonal in einer noch nie dagewesenen Weise im Fokus. Es ist noch zu früh, um die Auswirkungen der Pandemie auf das Angebot und den Bedarf an Personal zu beurteilen, aber es lassen sich mehrere Möglichkeiten skizzieren.

Die Übersterblichkeit der Jahre 2020 und 2021 könnte den Bedarf an Langzeitpflege in den kommenden Jahren verringern. Andererseits wird beobachtet, dass viele Menschen unter den Nachwirkungen von «Long Covid» leiden, was sich mittel- oder langfristig auf den Pflegebedarf auswirken könnte. Generell wird der Anstieg des Personalbedarfs auch durch das Bevölkerungswachstum beeinflusst, das wiederum mit der wirtschaftlichen Dynamik des Landes und der damit einhergehenden Migration zusammenhängt. Der Grad der wirtschaftlichen Erholung nach der Krise wird daher auch den Personalbedarf beeinflussen.

Eine weitere Frage betrifft die Auswirkungen der Pandemie auf den Verbleib im Beruf. Der höhere Arbeitsdruck könnte dazu führen, dass mehr Menschen ihren Arbeitsplatz verlassen, aber ein angespanntes wirtschaftliches Umfeld mit weniger Beschäftigungsmöglichkeiten könnte auch den Verbleib am Arbeitsplatz begünstigen. Ebenso könnte sich der Beschäftigungsgrad in beide Richtungen verändern. Eine Studie der Universität Bern hat gezeigt, dass die Herausforderungen während der ersten Welle von Covid-19 bei den befragten Pflegefachkräften zu einer höheren Arbeitsmotivation geführt haben (Arnold und Posch, 2021). Die Umfrage zeigte auch, dass die Wahrscheinlichkeit, im Beruf zu bleiben, bei denjenigen höher war, die mit den Massnahmen ihres Spitals zur Verbesserung der Arbeitssituation unter Covid-19 zufrieden waren. Die Wahrscheinlichkeit zum Verbleib im Beruf war bei denjenigen geringer, die in dieser Zeit hohen Stress erlebt hatten. Da die Pflegenden inzwischen mit neuen Wellen konfrontiert worden sind, ist es möglich, dass sich diese Einschätzungen geändert haben.

Ausserdem sollten die Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen nicht vergessen werden. Der Stress und die Müdigkeit der letzten Monate könnten zu einem Anstieg der Krankheitszeiten, insbesondere der Langzeitabwesenheiten, führen.

Ein letzter Aspekt ist die mögliche Steigerung der Attraktivität der Pflegeausbildung. Der Beruf, der im Jahr 2020 in einer noch nie dagewesenen Weise in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt wurde, ist sinnvoll und bietet gute Beschäftigungsaussichten, was neue Studierende anziehen könnte. Die Frage, ob diese ihrem Fachgebiet treu bleiben, wenn sie mit der beruflichen Alltagsrealität konfrontiert werden, könnte noch an Bedeutung gewinnen.

9.4 Limiten der Resultate

Abschliessend sei auf die verschiedenen Limiten hingewiesen, die die Gültigkeit der vorgestellten Ergebnisse einschränken. Erstens gibt es **methodische Einschränkungen** in Bezug auf die Genauigkeit der Daten, auf denen das Modell zur Prognose des Angebots und des Bedarfs an Nachwuchsarbeitkräften beruht.

Dies gilt vor allem für **die demografischen, epidemiologischen und ausbildungsbezogenen Szenarien**. Es liegt in der Natur der Sache, dass alle Szenarien mit einem gewissen Mass an Ungewissheit behaftet sind, so dass bei ihrer Anwendung Vorsicht geboten ist.

Zweitens stützt sich das Modell auf mehrere **Befragungen**, unter anderem für die Ausstiegsquoten aus dem Beruf (repräsentative Erhebung) oder die Eintrittsquoten in den Arbeitsmarkt (freiwillige Vollerhebungen). Diese Daten können beispielsweise durch Selbstselektion beeinflusst sein. Ausserdem entsprechen die Analysekatégorien aufgrund der unterschiedlichen Nomenklaturen, die es z.B. in Bezug auf den Beruf oder den Tätigkeitsbereich gibt, nicht unbedingt genau den in diesem Bericht verwendeten Kategorien. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass diese Ungenauigkeiten die Angemessenheit der Verwendung dieser Datenquellen nicht in Frage stellen.

Drittens musste eine Reihe von Annahmen getroffen werden, um das Modell zu erstellen. In Bezug auf die **Arbeitsorganisation** betrifft dies beispielsweise eine Konstanz für Grademix, Beschäftigungsgrad und Personalbedarf pro Fall, Bewohner/in oder Klient/in. Auch wurde angenommen, dass sich die Bildungs- und Berufsverläufe (Eintritt in den Arbeitsmarkt und Verbleib im Beruf) nicht ändern. Der Unsicherheit in Bezug auf die Konstanz dieser Parameter wird bei der Darstellung der Ergebnisse teilweise Rechnung getragen, indem die Auswirkungen einer Änderung einiger dieser Parameter auf das Nachwuchsangebot und den Nachwuchsbedarf untersucht werden.

Zudem wird immer von einer stabilen **Organisation des Gesundheitssystems** ausgegangen. Jede strukturelle Veränderung, z.B. in der Finanzierung oder Organisation der Patientenversorgung, wird sich jedoch wahrscheinlich auf das Angebot und den Bedarf an Gesundheitspersonal auswirken. Zu den möglichen strukturellen Veränderungen gehört auch die Frage der «Verlagerung in den ambulanten Bereich», die in Kasten 7 erörtert wird.

Aufgrund der Vielzahl der Elemente des Prognosemodells, ihrer Limiten und der Abhängigkeit vom Eintreten der verschiedenen Szenarien und Annahmen, ist es besonders wichtig, dass die Prognosen mit Vorsicht interpretiert werden.

Des Weiteren ist die Analyse im Hinblick auf den **Massstab** begrenzt. Die vorgelegten Ergebnisse vermitteln zwar ein Gesamtbild des Nachwuchsangebots und -bedarfs für die Schweiz, doch lassen sich die Schlussfolgerungen nicht auf die regionale Ebene übertragen. Die Kantone sind mit sehr unterschiedlichen Realitäten konfrontiert, sei es in Bezug auf die Struktur und den Umfang der Ausbildungen oder die Möglichkeit, ausländisches Personal einzusetzen. Auch sind ihre bisherigen Massnahmen zur Ausbildung und Beschäftigung von Gesundheitspersonal unterschiedlich. In diesem Zusammenhang erscheint es wünschenswert, die spezifische Situation in den Kantonen zu untersuchen. Solche Analysen werden jedoch durch die interkantonale Mobilität des

Gesundheitspersonals im Hinblick auf Ausbildung und Beschäftigung erschwert.

Kasten 7 Effekte der «Verlagerung in den ambulanten Bereich» auf den Bedarf an Gesundheitspersonal

Seit einigen Jahren ist in der Schweiz eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich im Gange. Dies ist auf verschiedenen Ebenen zu beobachten. Streng genommen handelt es sich um die Einschränkung der stationären Versorgung im Spital und die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor (Roth und Pellegrini, 2020). Daraus folgend wird eine Verlagerung in den Bereich der Spitex erwartet, was jedoch bisher nicht untersucht wurde. Daher kann sich im weiteren Sinne die Verlagerung in den ambulanten Bereich auch auf die Zunahme des Spitexbedarfs aufgrund der Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital beziehen. Eine solche Verschiebung wurde für den Zeitraum 2009-2013 beobachtet (Widmer und Kohler, 2016). Eine Verlagerung in Pflegezentren könnte ebenfalls eintreten, insbesondere für geriatrische Patientinnen und Patienten.

Im Bereich der Langzeitpflege bezieht sich die «Verlagerung in den ambulanten Bereich» auf die Entwicklung der Pflegekonzepte von der Versorgung in Heimen in Richtung häuslicher Pflege (Dutoit et al., 2016).

Diese Entwicklungen erklären den schnellen Anstieg der Zahl der Beschäftigten der Spitex im Zeitraum 2012-2019 (siehe 5.1). Für die kommenden Jahre ist noch unklar, ob und in welchem Umfang sich der Verlagerungsprozess fortsetzen wird. Es stellt sich die Frage, welche Auswirkungen dieser auf den quantitativen und qualitativen Bedarf an Gesundheitspersonal in den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen haben wird. Die qualitative Dimension wird insbesondere durch die laufenden Projekte «Abschlüsse Pflege und Betreuung» von OdASanté und «Umgang mit zukünftig geforderten Kompetenzen der Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege» des BAG angesprochen. Im Allgemeinen scheinen diese Entwicklungen mehr qualifiziertes und spezialisiertes Personal in den Spitex-Organisationen zu erfordern.

Die Verlagerung in Richtung ambulante Versorgung wird sich daher sicherlich auf den künftigen Bedarf an Gesundheitspersonal auswirken. Allerdings müssen auch die Probleme im Zusammenhang mit der Ausbildung erwähnt werden. Ein grosser Teil des Gesundheitspersonals absolviert seine praktische Ausbildung im Spital, um alle Studienbereiche abdecken zu können. Das Spital ist auch der wichtigste Ort für die praktische Ausbildung in den medizinisch-technischen Berufen. Da die Umstellung auf die ambulante Versorgung eine Begrenzung der Ausbildungsplätze zur Folge hat, müssen die Ausbildungsbedingungen in diesem Zusammenhang überdacht werden.

Schliesslich wurde der **Schwerpunkt auf die Berufe im Bereich Pflege und Betreuung** gelegt, wobei eine Unterscheidung nach Ausbildungsniveau (Tertiär- und Sekundarstufe II) vorgenommen wurde. Einerseits würde eine detailliertere Analyse nach Ausbildungsniveaus es ermöglichen, die in den kommenden Jahren benötigten und verfügbaren Kompetenzen zu spezifizieren.

Dies gilt für die Sekundarstufe II, wo mehrere Berufe zusammen betrachtet wurden (FaGe, FaBe und EBA), aber auch für die Tertiärstufe, die neue Ausbildungswege im Pflegebereich (z.B. eidgenössisches Diplom als Fachfrau/Fachmann in der Langzeitpflege und -betreuung) sowie verschiedene Spezialisierungen (z.B.

Nachdiplomstudium (NDS) HF in Anästhesie-, Notfall- oder Intensivpflege) umfasst. Andererseits wäre es in Zukunft sinnvoll, das Modell auf die medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufe auszuweiten. Dies würde jedoch zunächst solide Daten über die Zahl der aktiven Fachleute und ihren Arbeits-einsatz erfordern.

T 9.1 Nachwuchsbedarf und verfügbarer Nachwuchs ab 2019 bis 2029: Pflegefachkräfte der Tertiärstufe

	Zeitraum 2019–2029		
	Untere Bandbreite	Referenz-szenario	Obere Bandbreite
Zusatzbedarf (Min. und max. Kombinationen der demografischen und epidemiologischen Szenarien)	11 200	15 900	20 600
Demografische Szenarien (mit epidemiologischem Referenzszenario)	12 900	15 900	19 200
Epidemiologische Szenarien (mit demografischem Referenzszenario)	14 800	15 900	17 400
Hypothesen (mit epid. und demograf. Referenzszenario)			
Veränderung Grademix (+/- 2 %P bis 2029)	11 400	15 900	20 200
Veränderung Beschäftigungsgrad (+/- 2 %P bis 2029)	13 100	15 900	18 900
Veränderung Patientenversorgung (Rückgang des Betreuungsindikators bis 2029 um 5%)	-	15 900	21 500
Ersatzbedarf (bezogen auf die Anzahl Personen, die 2019 beschäftigt waren)	24 700	27 500	30 300
Davon Pensionierung (ohne vorzeitige Berufsaustritte)	20 800	20 800	20 800
Hypothesen zu den Berufsaustritten (+/- 2.5 %P nach Altersklasse ab 2019)	24 700	27 500	30 400
Davon vorzeitige Berufsaustritte	9 900	13 200	16 400
Davon Pensionierung	14 700	14 300	13 900
Nachwuchsbedarf in den Gesundheitsinstitutionen (Min. und max. Kombinationen der Zusatz- und Ersatzbedarf)	35 900	43 400	50 900
Verfügbarer Nachwuchs in den Gesundheitsinstitutionen (für jedes Ausbildungsszenario)	28 200	28 900	29 500
Anzahl Abschlüsse (Ausbildungsszenarien)	36 600	37 500	38 300
Berufslaufbahnen (für jedes Ausbildungsszenario)	28 200	28 900	29 500
Eintritt in den Arbeitsmarkt	33 600	34 400	35 100
In einem Gesundheitsinstitution tätig	30 000	30 700	31 300
Berufsaustritte	28 200	28 900	29 500

Quelle: Prognosemodell Obsan

© Obsan 2021

T 9.2 Nachwuchsbedarf und verfügbarer Nachwuchs ab 2019 bis 2029: Pflege und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II

	Zeitraum 2019–2029		
	Untere Bandbreite	Referenz- szenario	Obere Bandbreite
Zusatzbedarf (Min. und max. Kombinationen der demografischen und epidemiologischen Szenarien)	8 300	12 600	17 100
Demografische Szenarien (mit epidemiologischem Referenzszenario)	10 100	12 600	15 300
Epidemiologische Szenarien (mit demografischem Referenzszenario)	11 000	12 600	14 400
Hypothesen (mit epid. und demograf. Referenzszenario)			
Veränderung Grademix (+/- 2 %P bis 2029)	8 300	12 600	16 900
Veränderung Beschäftigungsgrad (+/- 2 %P bis 2029)	10 700	12 600	14 600
Veränderung Patientenversorgung (Rückgang des Betreuungsindikators bis 2029 um 5%)	-	12 600	16 400
Ersatzbedarf (bezogen auf die Anzahl Personen, die 2019 beschäftigt waren)	14 500	14 500	14 500
Pensionierung	11 600	11 600	11 600
In Ausbildung	3 000	3 000	3 000
Nachwuchsbedarf in den Gesundheitsinstitutionen (Min. und max. Kombinationen der Zusatz- und Ersatzbedarf)	22 800	27 100	31 600
Verfügbarer Nachwuchs in den Gesundheitsinstitutionen (für jedes Ausbildungsszenario)	20 600	21 600	22 600
Anzahl Abschlüsse (Ausbildungsszenarien)	65 300	68 800	72 300
Fachpersonal Gesundheit (EFZ)	47 500	50 000	52 600
Assistent/in Gesundheit und Soziales (EBA)	11 300	11 900	12 500
Fachpersonen Betreuung (generalistische Ausbildung und Betagtenbetreuung) (EFZ)	6 600	6 900	7 300
Berufslaufbahnen und Bildungswege (für jedes Ausbildungsszenario)	20 600	21 600	22 600
Fachpersonal Gesundheit (EFZ)	13 400	14 200	14 900
Assistent/in Gesundheit und Soziales (EBA)	3 200	3 400	3 500
Fachpersonen Betreuung (generalistische Ausbildung und Betagtenbetreuung) (EFZ)	4 000	4 100	4 100

Quelle: Prognosemodell Obsan

© Obsan 2021

10 Aktuelle Situation und erwartete Entwicklungen in der Versorgungslandschaft

10.1 Grundlagen

Die nationalen Versorgungsberichte 2009 und 2016 zeigen die in den einzelnen Kantonen ergriffenen Massnahmen zur Personalerhaltung, zur Personalgewinnung und zur Förderung der praktischen Ausbildung in nicht-universitären Gesundheitsberufen auf. Diese Übersicht wird im vorliegenden Versorgungsbericht 2021 aktualisiert.

Dieser Bericht wird mit einer Einschätzung der erwarteten Entwicklungen in der Versorgungslandschaft und ihrer möglichen Auswirkungen auf die Ausbildungstätigkeit der Betriebe ergänzt. Bei den Massnahmen fokussiert er auf die Fördermassnahmen für die praktische Ausbildung und für die Rekrutierung von Studierenden und Lernenden in nicht-universitären Gesundheitsberufen sowie auf die Einschätzung der Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen.

Die Aussagen in Kapitel 10 und 11 beruhen auf einer Umfrage der GDK bei den Kantonen, die im Januar/Februar 2021 durchgeführt wurde. Auf diese Umfrage haben 21 Kantone geantwortet, die meisten Kantone haben bei der Beantwortung die kantonalen Verbände, grössere Institutionen und/oder Spitäler und die kantonale Oda Gesundheit einbezogen. Die Antworten sind insgesamt sehr umfangreich ausgefallen. In einigen Kantonen nahmen die beigezogenen Stellen zu den einzelnen Fragen unterschiedlich Stellung. Diese Antworten wurden den Antwortoptionen jeweils hälftig zugerechnet, so dass in der Auswertung halbe Kantone resultieren.

Die Umfrage bei den Kantonen wurde im Zeitraum März-April 2021 durch eine kleine Zusatzumfrage zur Fachkräftesituation und zu Massnahmen im praxisambulanten Setting bei sieben Berufsverbänden ergänzt.

10.2 Aktuelle Situation bezüglich Personalrekrutierung im institutionellen Bereich

Die aktuelle Situation bezüglich Personalrekrutierung wird von der Mehrheit der Antwortenden als angespannt beurteilt. Offene Stellen können erst nach einer gewissen Zeit und mit hohem

Rekrutierungsaufwand besetzt werden. 1,5 Kantone melden für die Spitäler und je 3,5 Kantone für die Pflegeheime und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, dass offene Stellen nicht besetzt werden können. Sie bezeichnen die Lage im Arbeitsmarkt als sehr angespannt. Nur 1,5 Kantone bezeichnen die Situation für die Spitäler als unproblematisch.

Zur Beschreibung der Folgen der Rekrutierungsengpässe für nicht-universitäre Gesundheitsberufe wurden die folgenden Antwortoptionen zur Verfügung gestellt und wie folgt beurteilt:

- «Offene Stellen bleiben während längerer Zeit unbesetzt»: Für die Spitäler stimmen 17 Kantone zu, für die Pflegeheime und die Spitex sind es je 16 Kantone. Die Einschätzungen der drei Versorgungsbereiche liegen nahe beieinander.
- «Für Stellenbesetzungen ist ein Rückgriff auf Personalvermittler und/oder auf temporäre Mitarbeitende nötig»: Für die Spitäler stimmen 14 Kantone zu, für die Pflegeheime und die Hilfe und Pflege zu Hause je 12 Kantone. Die Einschätzungen der drei Versorgungsbereiche liegen auch hier nahe beieinander.
- «Die Zahl der Mitarbeitenden mit ausländischem Diplom nimmt zu»: Für die Spitäler stimmen 13 Kantone zu, für die Pflegeheime und die Hilfe und Pflege zu Hause sind es je 11 Kantone. Die Einschätzungen der drei Versorgungsbereiche liegen somit nahe beieinander.
- «Das angestellte Personal bringt nicht die gewünschte Qualifikation mit»: Hier variiert der Zustimmungsgang zwischen den Versorgungsbereichen stark. Für die Spitäler und Kliniken stimmen nur 3,5 Kantone zu, bei der Hilfe und Pflege zu Hause sind es 7,5 Kantone und beim stationären Langzeitbereich sogar 10 Kantone.
- «Die Fluktuationsrate nimmt zu»: Für die Spitäler und Kliniken stimmen 9 Kantone zu, bei der Hilfe und Pflege zu Hause und beim stationären Langzeitbereich sind es je 10 Kantone. Die Einschätzungen der Versorgungsbereiche liegen nahe beieinander.

Über alles gesehen scheinen die Alters- und Pflegeheime von den Rekrutierungsengpässen am stärksten betroffen zu sein. Dieses

Bild wird von der Studie Swiss Nursing Homes Human Resources Project 2018 (SHURP 2018) des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel bestätigt. 96% der befragten Betriebe geben an, Probleme bei der Rekrutierung von Pflegefachpersonal zu haben. Nur knapp die Hälfte des befragten Pflege- und Betreuungspersonals äussert sich dahingehend, dass es genügend Personal gibt, um die anfallende Arbeit zu erledigen. In der SHURP-Erhebung von 2013 waren dies noch 58%. Zudem berichtet das Pflege- und Betreuungspersonal in stärkerem Mass als 2013, Aktivitäten des täglichen Lebens wie die Durchführung der Körperpflege oder Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern aus Zeit- oder Ressourcengründen rationieren zu müssen. Andererseits beschreibt das Personal eine Zunahme der administrativen Arbeiten im letzten Jahr. Diese Entwicklung geht mit einer Verschlechterung des körperlichen und psychischen Befindens des Pflege- und Betreuungspersonals einher.

10.3 Aktuelle Situation bezüglich Personalrekrutierung im praxisambulanten Bereich

Zur Situation im praxisambulanten Bereich wurden die folgenden Verbände befragt:

- Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker labmed
- Verband der Logopädinnen und Logopäden, vertreten durch die Konferenz der schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden (K/SBL, C/APSL)
- Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA
- Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen SVDE
- ErgotherapeutInnen Verband Schweiz EVS
- Physioswiss
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und Fachverband für Langzeitpflege und -betreuung LangzeitSchweiz.

Die Lage auf dem Arbeitsmarkt beurteilen vier dieser Berufsverbände als sehr angespannt, dies sind labmed, K/SBL, EVS und SBK. Für die weiteren drei Verbände liegt eine angespannte Situation für die Personalrekrutierung vor. Kein Personalverband meldet eine entspannte Situation. Tabelle T 10.1 illustriert die Einschätzungen zu den Folgen.

Die Einschätzungen zeigen, dass die Lage insbesondere in den Berufsfeldern medizinisches Labor und Langzeitpflege, aber auch bei den anderen Berufen im praxisambulanten Bereich sehr angespannt ist und erhebliche Auswirkungen verursacht.

T 10.1 Einschätzung der Folgen der Rekrutierungsengpässe durch die Verbände

	labmed	K/SBL	SVA	SVDE	EVS	Physioswiss	SBK Langzeit
Die Zahl der Mitarbeitenden mit ausländischem Diplom nimmt zu							
Offene Stellen bleiben längere Zeit unbesetzt							
Es gibt mehr temporäre Anstellungen und verstärkten Einsatz von Personalvermittlern							
Das Qualifikationsniveau stimmt nicht vollständig							
Die Fluktuationsrate nimmt zu							
Legende	Ja	Teilweise	Nein				

Quelle: Umfrage von März-April 2021 zur Fachkräftesituation und zu Massnahmen im praxisambulanten Setting bei sieben Berufsverbänden

10.4 Erwartete Entwicklungen in der Versorgungslandschaft und ihre Auswirkungen für die praktische Ausbildungstätigkeit in den Betrieben

10.4.1 Spitäler und Kliniken (Akut, Rehabilitation, Psychiatrie)

Die Versorgungslandschaft befindet sich in einem stetigen Wandel. Damit verändern sich auch die Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildungstätigkeit in den Betrieben. Um die kommenden Entwicklungen einschätzen zu können, wurden die Kantone in der Umfrage der GDK von Januar 2021 um ihre Einschätzung der unten aufgeführten Entwicklungen und Herausforderungen gebeten. Ihre Einschätzungen sind hier aufgeführt (N=21):

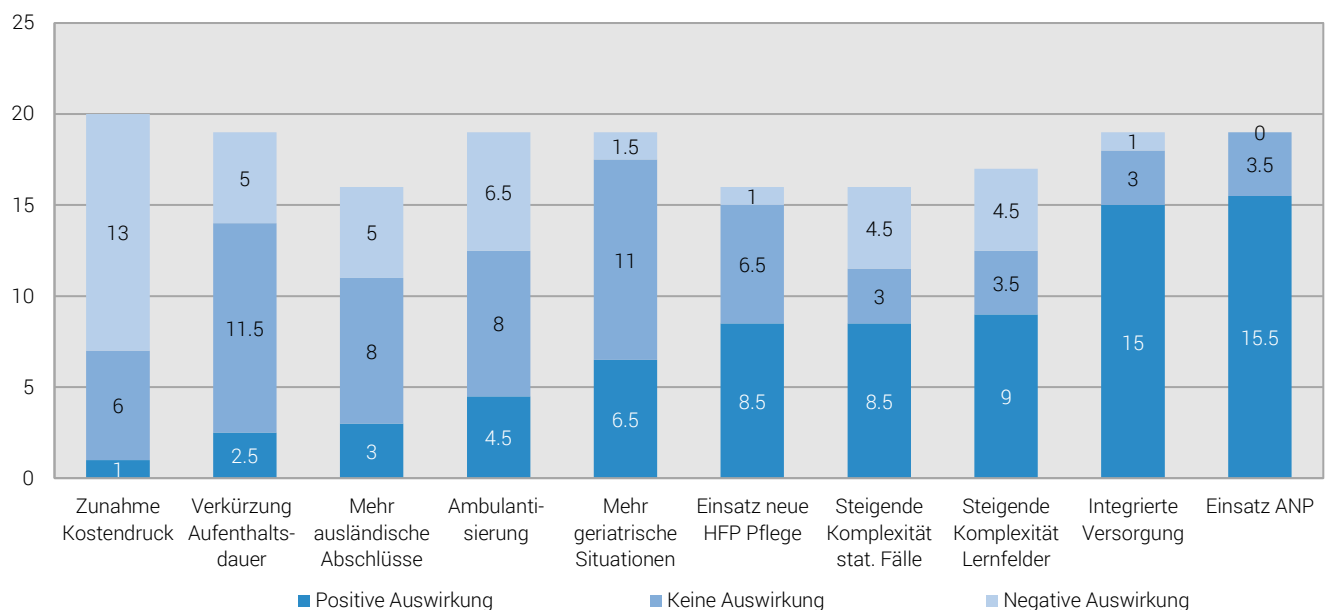
- Zunehmende Ambulantisierung von Spitalleistungen: Alle 21 Kantone stimmen zu.
- Wachsender Druck zu Kosteneinsparungen: 20 Kantone stimmen zu.
- Einsatz von neuen Berufsprofilen erweiterter Praxis (z.B. Advanced Nurse Practitioner ANP): 18,5 Kantone stimmen zu.
- Zunahme geriatrischer Situationen: 18,5 Kantone stimmen zu.
- Steigende Komplexität der Lernfelder: 18 Kantone stimmen zu.

- Förderung der integrierten Versorgung: 18 Kantone stimmen zu.
- Weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer: 17,5 Kantone stimmen zu.
- Steigende Komplexität der stationären Fälle: 16 Kantone stimmen zu.
- Einsatz der neuen Weiterbildungen HFP Pflege: 12,5 Kantone stimmen zu.
- Steigende Zahl von Mitarbeitenden mit ausländischen Abschlüssen: 12,5 Kantone stimmen zu.

Die Befragten stimmen durchwegs mit grosser Mehrheit zu, dass die zur Diskussion gestellten Entwicklungen in der Versorgungslandschaft voraussichtlich eintreffen werden. Diese Meinung wird sogar einstimmig geteilt bei der zunehmenden Ambulantisierung von Spitalleistungen.

Die Befragten wurden auch gebeten, eine Einschätzung der erwarteten Entwicklung auf die Ausbildungstätigkeit der Spitäler und Kliniken vorzunehmen, die Ergebnisse sind in G 10.1 grafisch dargestellt.

G 10.1 Erwartete Auswirkungen auf die Ausbildungstätigkeit in Spitälern und Kliniken



Anzahl Kantone: N=21

Quelle: Kantonsumfrage GDK Januar 2021

© Obsan 2021

Eine stark positive Auswirkung auf die Ausbildungstätigkeit der Spitäler wird namentlich von den Netzwerken der integrierten Versorgung und dem Einsatz der ANP erwartet. Mehrheitlich positiv wirken sich aus Sicht der Befragten auch die steigende Komplexität der stationären Fälle und der Lernfelder sowie die eidgenössischen Prüfungen Pflege auf die Ausbildungstätigkeit aus. Eine stark negative Auswirkung wird vom zunehmenden Kostendruck erwartet, etwas weniger ausgeprägt negativ auch von der zunehmenden Ambulantisierung. Die weiteren Faktoren zeigen eine insgesamt neutrale Einschätzung.

Die Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich (auch bekannt unter dem Schlagwort «AVOS» - ambulant vor stationär) hat nicht nur Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft, sondern auch auf die Ausbildung des Gesundheitspersonals. AVOS verändert die Ausbildungsmöglichkeiten sowohl in qualitativer wie quantitativer Hinsicht: Durch die Ambulantisierung werden Lernfelder im stationären Bereich abnehmen oder ganz wegbrechen, die ohne Anpassung

der Ausbildungsinhalte nicht in den ambulanten Bereich übertragen werden können. Sie können auch nur sehr begrenzt durch andere Versorgungsbereiche aufgefangen werden. Ohne weitere Massnahmen wird das Ausbildungspotenzial der Spitäler durch die zunehmende Ambulantisierung aber auch in quantitativer Hinsicht sinken. Um den wachsenden Bedarf an Ausbildungsplätzen in Zukunft zu decken, wird es aber nötig sein, das Ausbildungspotenzial der Betriebe zu steigern. Dies bedeutet einen höheren Anteil von Lernenden und Studierenden im Vergleich zum ausgebildeten Personal bei abnehmenden Fallzahlen und Ausbildungssituationen im stationären Bereich. Die Auswirkungen dieser Entwicklung halten sich zurzeit noch in Grenzen, werden aber bei der angekündigten konsequenten Umsetzung der Strategie «ambulant vor stationär» deutlich grösser werden. Kantone, Betriebe und kantonale OdA sind gefordert, gemeinsam neue Konzepte zu entwickeln, um diese Reduktion des Ausbildungspotenzials zu kompensieren. Inwiefern sich die Verschiebung der Leistungen

auch auf die geforderten Kompetenzen des Pflege- und Betreuungspersonals auswirken wird, untersucht die Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung (EHB) derzeit im Auftrag von OdASanté im Projekt «Abschlüsse in Pflege und Betreuung».¹⁵

10.4.2 Alters- und Pflegeheime

Für die Alters- und Pflegeheime wurden die Kantone um ihre Einschätzung der unten aufgeführten Entwicklungen und Herausforderungen gebeten. Ihre Einschätzungen sind hier aufgeführt:

- Wachsender Druck zu Kosteneinsparungen: 20 Kantone stimmen zu.
- Zunahme der Komplexität der Lernfelder (Palliative Care, Demenz): 20 Kantone stimmen zu.
- Netzwerke integrierte Versorgung: 19 Kantone stimmen zu.
- Einsatz von neuen Berufsprofilen erweiterter Praxis (z.B. Advanced Nurse Practitioner ANP): 18 Kantone stimmen zu.
- Zunahme des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner: 16,5 Kantone stimmen zu.
- Steigende Zahl von Mitarbeitenden mit ausländischen Abschlüssen: 15,5 Kantone stimmen zu.
- Einsatz der neuen Weiterbildungen HFP Pflege: 14 Kantone stimmen zu.

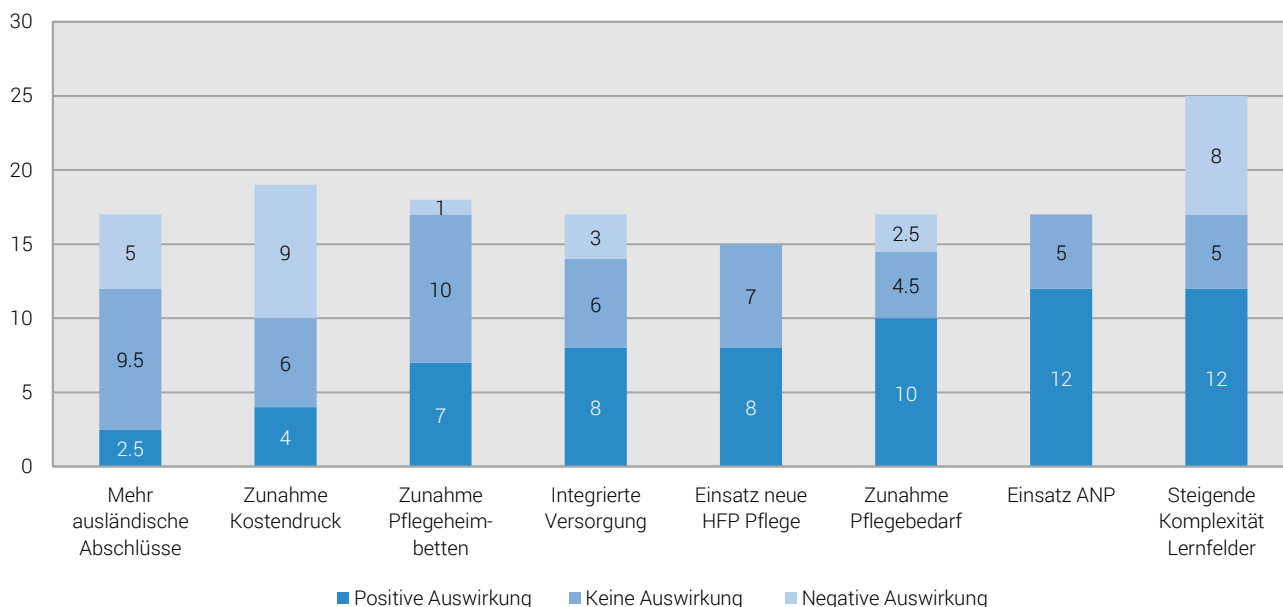
- Zunahme der Pflegeheimbetten: 13 Kantone stimmen zu.

Die Befragten stimmen durchwegs mit grosser Mehrheit zu, dass die zur Diskussion gestellten Entwicklungen in der Versorgungslandschaft voraussichtlich eintreffen werden. Diese Meinung wird sogar einstimmig geteilt beim wachsenden Druck zu Kosteneinsparungen.

Auch für die Alters- und Pflegeheime wurde eine Einschätzung der erwarteten Entwicklung auf die Ausbildungstätigkeit durch die Befragten eingeholt, die Ergebnisse sind in G 10.3 dargestellt.

Die Einschätzung der Auswirkung der Entwicklungen auf die Ausbildungstätigkeit im stationären Langzeitbereich zeigt keine ausgeprägten Spitzenreiter wie bei den Spitälern. Auch im stationären Langzeitbereich werden die Auswirkungen des Einsatzes der ANP und der eidgenössischen Prüfungen Pflege mehrheitlich positiv beurteilt, das Gleiche gilt für die Zunahme des Pflegebedarfs und der Komplexität der Lernfelder. Eine mehrheitlich negative Auswirkung wird vom zunehmenden Kostendruck erwartet. Die erwartete Zunahme der Pflegeheimbetten wird nur von rund einem Drittel der Befragten als positiv für die Ausbildungstätigkeit eingeschätzt, obwohl dadurch das Ausbildungspotenzial der Alters- und Pflegeheime insgesamt steigt. Die Zunahme der Mitarbeitenden mit ausländischem Abschluss wird mehrheitlich als neutral bewertet.

G 10.2 Erwartete Auswirkungen auf die Ausbildungstätigkeit in den Alters- und Pflegeheimen



Anzahl Kantone: N=21

Quelle: Kantonsumfrage GDK Januar 2021

© Obsan 2021

¹⁵ Vgl. <https://www.ehb.swiss/project/abschluesse-pflege-und-betreuung>

10.4.3 Spitex-Bereich

Die Befragten wurden auch um ihre Einschätzung der erwarteten Entwicklungen und Herausforderungen im Bereich der Spitex gebeten, dabei wurden die unten aufgeführten Punkte zur Diskussion gestellt. Die Einschätzungen sind hier aufgeführt:

- Zunahme des Bedarfs nach Pflegeleistungen: Alle Kantone stimmen zu.
- Zunahme des Anteils der komplexen und palliativen Pflegesituationen: Alle Kantone stimmen zu.
- Netzwerke integrierte Versorgung: Alle Kantone stimmen zu.
- Druck zu Kosteneinsparungen: 20 Kantone stimmen zu.
- Einsatz von neuen Berufsprofilen erweiterter Praxis (z.B. Advanced Nurse Practitioner ANP): 17 Kantone stimmen zu.
- Einsatz der neuen Weiterbildungen HFP Pflege: 15 Kantone stimmen zu.

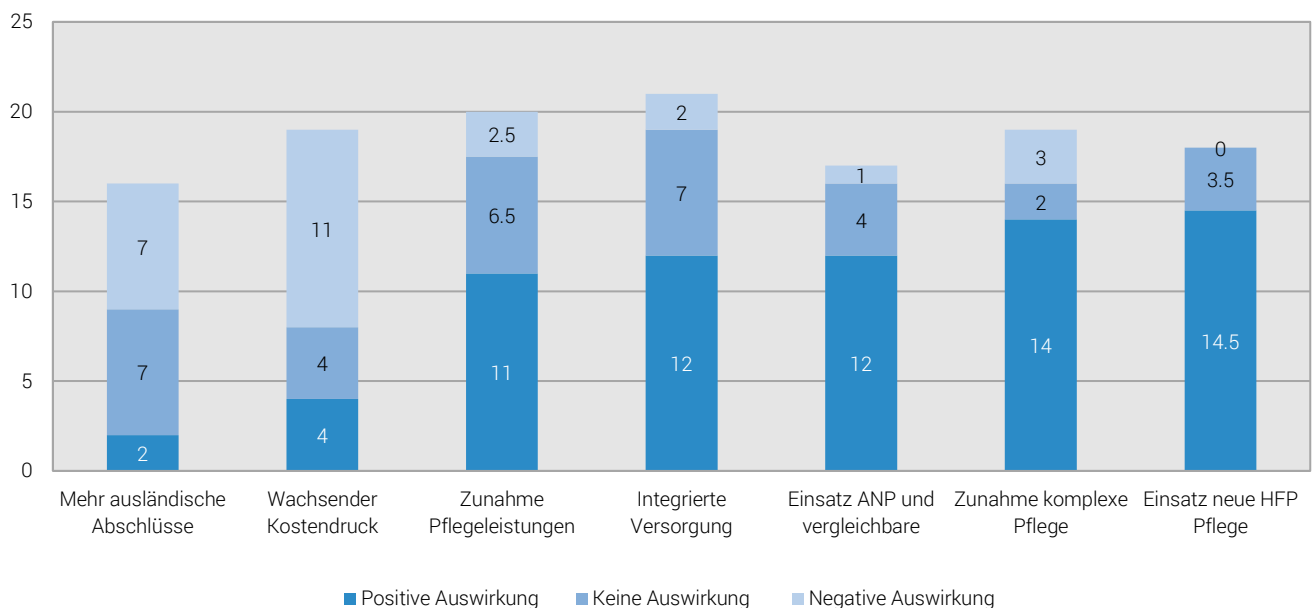
- Steigende Zahl von Mitarbeitenden mit ausländischen Abschlüssen: 14 Kantone stimmen zu.

Die Befragten stimmen durchwegs mit grosser Mehrheit bis einstimmig zu, dass die zur Diskussion gestellten Entwicklungen in der Versorgungslandschaft voraussichtlich eintreffen werden.

Die Einschätzungen der erwarteten Entwicklung auf die Ausbildungstätigkeit für die Hilfe und Pflege zu Hause schliesslich sind in G 10.3 grafisch dargestellt.

Von fünf der sieben erwarteten Veränderungen wird für den Spitex-Bereich eine insgesamt positive Auswirkung auf die Ausbildungstätigkeit erwartet. Vom steigenden Kostendruck wird eine stark negative Auswirkung auf die Ausbildungstätigkeit erwartet. Die Zunahme der Mitarbeitenden mit ausländischem Abschluss wird durch die Spitex-Organisationen mehrheitlich neutral bewertet.

G 10.3 Erwartete Auswirkungen auf die Ausbildungstätigkeit im Spitex-Bereich



Anzahl Kantone: N=21

Quelle: Kantonsumfrage GDK Januar 2021

© Obsan 2021

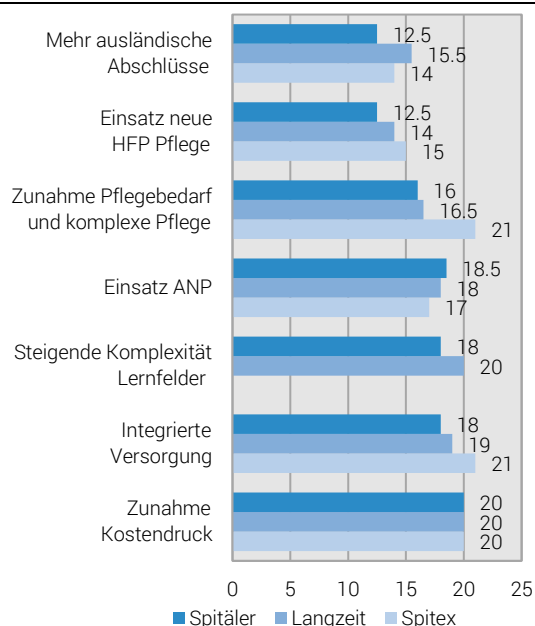
10.4.4 Zusammenschau der drei Versorgungsbereiche

Die Erwartungen für die drei Versorgungsbereiche liegen bei den versorgungsbereichsübergreifenden Entwicklungen nahe beieinander (G 10.4).

Die grösste und homogenste Zustimmung finden die Erwartungen, dass der Kostendruck weiter ansteigen und die Lernfelder weiter an Komplexität gewinnen werden. Beide Erwartungen entsprechen bereits spürbar erlebten Entwicklungen.

Hinsichtlich der integrierten Versorgung sind die Erwartungen im Spitex-Bereich am grössten, der stationäre Langzeitbereich liegt in der Mitte, bei den Spitälern sind die Erwartungen am geringsten. Diese Einschätzungen dürften auch die unterschiedlichen Strukturen in den drei Versorgungsbereichen reflektieren. Bei der Zunahme des Pflegebedarfs und der komplexen Pflege erwarten die Spitex-Anbieter die stärkste Entwicklung. Sie werden in dieser Hinsicht wohl auch mit den grössten Herausforderungen konfrontiert sein.

G 10.4 Erwartungen für die Versorgungsbereiche im Vergleich



Anzahl Kantone: N=21

Quelle: Kantonsumfrage GDK Januar 2021

© Obsan 2021

Am wenigsten Zustimmung haben die Trends «Einsatz von neuen eidgenössischen Prüfungen Pflege» sowie «mehr ausländische Abschlüsse» erhalten. Die neuen Weiterbildungen HFP Pflege sind noch wenig bekannt und es wurden noch keine Diplome erteilt. Das Rekrutierungspotenzial für Mitarbeitende mit ausländischen Abschlüssen ist begrenzt und setzt der weiteren Entwicklung Grenzen.

Auch bezüglich der Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die Ausbildungstätigkeit liegen die Einschätzungen der Versorgungsbereiche nahe beieinander (T 10.2).

T 10.2 Einschätzung der versorgungsbereichsübergreifenden Entwicklungen in den drei Versorgungsbereichen

	Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitex
Integrierte Versorgung	positiv	positiv	positiv
Zunahme Pflegebedarf und komplexe Pflege	positiv	positiv	positiv
Steigende Komplexität Lernfelder	positiv	positiv	Keine Antwort
Einsatz neuer Berufsbilder (ANP, eidg. Prüfungen Pflege)	positiv	positiv	positiv
Mehr ausländische Abschlüsse	neutral	neutral	neutral
Zunahme Kostendruck	negativ	negativ	Negativ

Quelle: Kantonsumfrage Januar 2021

Netzwerke integrierter Versorgung betreiben auch eine integrierte Ausbildungstätigkeit. Sie sind somit eine Art integrierter

Ausbildungsverbund und können alle Synergien ausschöpfen, welche die überbetriebliche Zusammenarbeit in der Ausbildung bietet. Netzwerke integrierter Versorgung dürften sich zudem auch positiv auf die Rekrutierung von Fachpersonal auswirken.

Die Einschätzung der Befragten, dass sich die zunehmende Komplexität der Lernfelder positiv auf die Ausbildungstätigkeit auswirken soll, erstaunt und ist wohl vorab in einem qualitativen Sinn zu verstehen. Komplexere Lernfelder können die Attraktivität der Ausbildung und des Berufsfeldes stärken, dies namentlich im stationären Langzeitbereich. In Kantonen, welche den Stellen-schlüssel in Pflegeheimen in Relation zum Pflegebedarf vorgeben, steigt durch komplexere Pflegesituationen der Anteil des qualifizierten Personals, wodurch bessere Voraussetzungen für die Ausbildungstätigkeit resultieren. In Kombination mit dem wachsenden Kostendruck gewinnt die zunehmende Komplexität der Lernfelder allerdings eine problematische Dimension in Bezug auf die Ausbildungstätigkeit.

Eine Steigerung der Attraktivität der Ausbildung und des Ausbildungspotenzials der Betriebe wird ebenfalls durch den Einsatz neuer Berufsbilder mit hoher Qualifikation erwartet.

Die Auswirkung von zusätzlichen Mitarbeitenden mit ausländischen Abschlüssen auf die Ausbildungstätigkeit wird kontrovers, aber insgesamt neutral beurteilt. Wichtige Faktoren für die Einschätzung sind die Sprachproblematik sowie kulturelle Unterschiede, etwa in Bezug auf das Pflegeverständnis. Diese Faktoren wirken sich insbesondere dort aus, wo fremdsprachiges Personal mit einem anderen kulturellen Hintergrund beschäftigt wird. In den Grenzkantonen der Westschweiz und der italienischsprachigen Schweiz werden vorab Grenzgängerinnen und Grenz-gänger beschäftigt, damit entfallen Sprachprobleme.

Es erstaunt nicht, dass der wachsende Kostendruck als kritischer Faktor gesehen wird. Wie bereits erwähnt wird die Wirkung dieses Faktors durch die wachsende Komplexität der Pflegesituationen erheblich verstärkt.

11 Handlungsfelder und Massnahmen

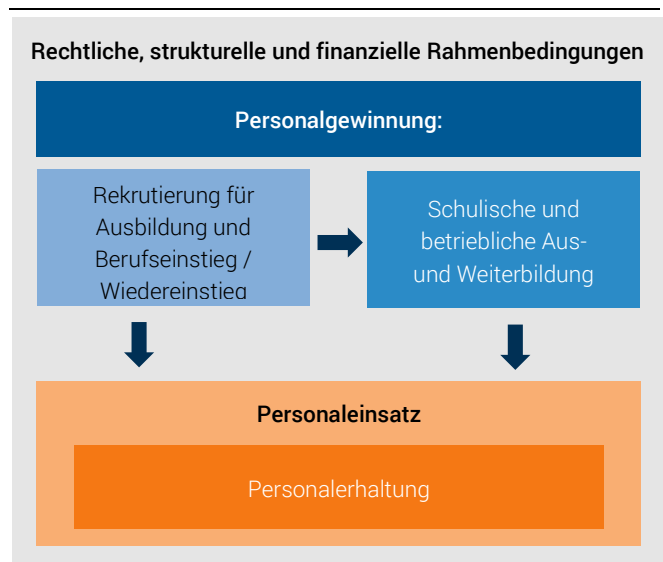
Der Erfolg versprechende Ansatz, um den Bedarf an Gesundheitspersonal sicherzustellen, liegt in der Kombination von Massnahmen aus den vier Handlungsfeldern Rekrutierung, Ausbildung, Personalerhaltung und Personaleinsatz. Die Massnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern entfalten ihre volle Wirkung nur dann, wenn in den anderen Handlungsfeldern ebenfalls entsprechende Anstrengungen unternommen werden: Die Rekrutierung von Interessierten an einer Ausbildung bedingt entsprechende schulische und praktische Ausbildungsplätze; umgekehrt können die Betriebe ihre Ausbildungsfunktion nur wahrnehmen, wenn sich genügend geeignete Kandidatinnen und Kandidaten finden lassen. Rekrutieren und Ausbilden genügt aber nicht zur Nachwuchssicherung. Entscheidend ist, dass die Absolventinnen und Absolventen nach der Ausbildung effektiv in den Arbeitsmarkt einsteigen und als Gesundheitsfachperson darin tätig bleiben. Dies schliesst eine Weiterentwicklung im Laufe des Berufslebens nicht aus, sei es mit fachlichen Spezialisierungen, mit der Übernahme von neuen Funktionen etwa im Bereich Ausbildung oder Führung oder mit einem Wechsel des Versorgungsbereichs. Der Gesundheitsbereich bietet in dieser Hinsicht vielfältige Möglichkeiten. Beim Thema Personaleinsatz geht es darum, das Personal möglichst bedarfsschonend und kompetenzgerecht einzusetzen. Das betrifft nicht nur Massnahmen auf betrieblicher, sondern auch auf Systemebene (Stichwort Integrierte Versorgung). Letztlich trägt ein optimierter Personaleinsatz auch zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden und damit zur Personalerhaltung bei.

Zuletzt darf nicht vergessen werden, dass die Massnahmen nicht im luftleeren Raum umgesetzt werden. Die verschiedenen Akteure agieren vielmehr in einem klar vorgegebenen rechtlichen, strukturellen und finanziellen Rahmen, der keinen unbegrenzten Spielraum für die Ausschöpfung der Handlungsmöglichkeiten lässt. Politik und Behörden stehen in der Verantwortung, für Rahmenbedingungen zu sorgen, die es den Betrieben und den weiteren Akteuren erlauben, nicht nur genügend Gesundheitspersonal auszubilden, sondern das Personal dank angemessenen Arbeitsbedingungen auch im Beruf zu erhalten (vgl. G 11.1). Wichtig ist zudem die Erkenntnis, dass nicht nur die Handlungsfelder und Massnahmen sich gegenseitig bedingen und verstärken, sondern auch, dass die Massnahmen von mehreren Akteuren getragen und meist in Zusammenarbeit umgesetzt werden müssen.

Die vier Handlungsfelder und ihre jeweilige Palette an Massnahmen werden in diesem Kapitel näher vorgestellt. Die Darstellung der bestehenden Massnahmen in den Bereichen Rekrutierung und Ausbildung sowie die Einschätzung ihrer Wirksamkeit

stützt sich auf die Antworten der kantonalen Gesundheitsdepartemente in einer Umfrage der GDK vom Januar/Februar 2021 (vgl. Kapitel 10.1). Illustriert werden sie durch Beispiele aus der Praxis (siehe blau hinterlegte Kästen). Die Beispiele stellen eine zufällige Auswahl dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

G 11.1: Handlungsfelder im Überblick



Eigene Darstellung (GDK/Obsan)

© Obsan 2021

11.1 Handlungsfeld Rekrutierung für die Ausbildung und den Berufseinstieg

Die Massnahmen im Bereich der Personalgewinnung zielen darauf ab, das Rekrutierungspotenzial für Gesundheitsberufe auszuschöpfen. Im Fokus stehen Massnahmen der Berufskommunikation und Massnahmen zur Ausschöpfung von spezifischen Rekrutierungspotenzialen.

11.1.1 Berufskommunikation und Berufsmarketing Gesundheitsberufe

Massnahmen in den Bereichen Berufsinformation und Berufsmarketing

Mit Massnahmen im Bereich Berufsinformation und -marketing soll ein ausgewähltes Publikum angesprochen und für eine Ausbildung im Gesundheitswesen gewonnen werden. Zu den Zielgruppen gehören Jugendliche im Berufswahlalter (Berufseinsteiger/-innen) sowie Erwachsene, die sich beruflich neu orientieren wollen (Berufsumsteiger/-innen). Angesprochen sind auch Personen, die bereits im Berufsfeld Gesundheit arbeiten und sich höher qualifizieren wollen.

Die Massnahmen im Bereich der Berufskommunikation beinhalten Printprodukte, elektronische Kommunikationsmittel von Websites bis hin zum Auftritt in Social Media sowie Werbespots. Auch die Imagepflege gehört im weitesten Sinn zum Berufsmarketing.

Zahlreiche Kantone pflegen eine spezifische Zusammenarbeit mit den Berufsinformationszentren (BIZ). Dazu gehören ein periodischer Austausch, die Zusammenarbeit bei Berufsmessen, das Mitwirken in Kommissionen ebenso wie gemeinsame Kommunikationskonzepte. In einigen Kantonen gibt es eine gemeinsame Lehrstellenbörse und/oder gemeinsame Berufsinformationsveranstaltungen.

Massnahmen in den Bereichen Berufsinformation und -marketing werden in praktisch allen Kantonen umgesetzt. Die Dachkommunikation «gesundheitsberufe.ch» von OdASanté unterstützt eine zielgerichtete und identitätsbildende Kommunikation.

Die Massnahmen im Bereich Berufskommunikation werden durch die Mehrheit der Befragten als sehr erfolgreich eingestuft. Einzelne Kantone geben jedoch an, dass die Ausbildungsplätze in den Institutionen der Langzeitpflege nicht besetzt werden können. Die Herausforderung besteht in Zukunft nicht nur darin, überhaupt genügend Interessentinnen und Interessenten für die Gesundheitsberufe zu gewinnen, sondern die Attraktivität einer Ausbildung im Langzeit- und Spitex-Bereich besser sichtbar zu machen.

Kasten 8 Rekrutieren für die Langzeitpflege: die nationale Kampagne «Karriere machen als Mensch»

Die Branchenorganisationen CURAVIVA Schweiz, Spitex Schweiz und OdASanté haben 2019 eine nationale Kampagne für die Langzeitpflege lanciert. Es geht darum, die Vorteile und Möglichkeiten von Berufen und Karrieren in der Langzeitpflege aufzuzeigen. Kernstück der Kampagne «Karriere machen als Mensch» bildet die Website langzeit-pflege.ch, welche vielfältige Informationen zum Arbeitsalltag, zu Bildungswegen und Berufen in der Langzeitpflege bietet. Vor allem geht es um die Menschen im Beruf – seien es die Pflegefachpersonen oder die Klientinnen und Klienten. Den Interessierten soll damit die sinnvolle und bereichernde Arbeit in der Langzeitpflege nähergebracht werden. Das Imagevideo «Das bewegte Leben der Rosemarie» ist verschiedentlich ausgezeichnet worden und stösst mit bisher 584 000 Aufrufen auf breite Resonanz.

Neben der Website werden die Zielgruppen auch auf den jeweils relevanten Kanälen der Social Media angesprochen. Die Kampagne wird finanziell unterstützt vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI).

<https://langzeit-pflege.ch/>

Einblick in die Welt der Gesundheitsberufe

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, vorab jungen Menschen einen Einblick in die Welt der Gesundheitsberufe zu vermitteln. Einblicks- und Berufswahlpraktika bieten Interessierten für Gesundheitsberufe die Möglichkeit, konkrete Eindrücke aus dem Berufsalltag der Gesundheitsberufe zu gewinnen. Auch Tage der offenen Tür und der Auftritt der Gesundheitsberufe an Ausbildungsmessen verschaffen Einblicke in die Arbeitswelt Gesundheit und bieten den Betrieben die Möglichkeit, sich den Interessentinnen und Interessenten vorzustellen. Berufsspezifische Einblicke können im Rahmen von Berufsmeisterschaften vermittelt und gewonnen werden. Diese publikumswirksamen Veranstaltungen tragen insgesamt zur Bekanntheit und zu einem positiven Image der entsprechenden Berufe bei, was sich förderlich für das Berufsmarketing auswirkt.

Solche Angebote bestehen in den meisten Kantonen und werden teilweise durch die kantonalen Behörden finanziell unterstützt. Auch sie werden durch die Mehrheit der Befragten als sehr erfolgreich eingestuft.

11.1.2 Erleichterter Einstieg / erleichterte Weiterqualifikation

Erleichterter Einstieg in die Ausbildung zur Assistentin/zum Assistenten Gesundheit und Soziales

Die Ausbildung zur Assistentin/zum Assistenten Gesundheit und Soziales EBA stellt die Basisstufe der Berufsbildung dar. Die Ausbildung selber kann grundsätzlich nicht erleichtert werden. Dagegen kann der Einstieg durch geeignete Vorbereitungsprogramme unterstützt werden. Dazu gehören namentlich die Vorlehre für lernschwache Personen, Präqualifikationsprogramme für Personen in Umschulung und/oder Offenheit bei der Rekrutierung und Selektion der Lernenden. Solche Angebote werden von rund der Hälfte der befragten Kantone erwähnt.

Das Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz XUND bietet ein spezifisches Qualifizierungs- und Integrationsprogramm «Perspektive Pflege» für anerkannte Flüchtlinge und vorläufig aufgenommene Personen.¹⁶ Das Ziel dieses Programms ist es, diesen Personen den Anschluss an eine Berufsbildung im Gesundheitsbereich zu ermöglichen.

Erleichterte Ausbildung von der Assistentin / dem Assistenten Gesundheit und Soziales zur Fachfrau / zum Fachmann Gesundheit

Gemäss der Berufsbildungsgesetzgebung sind Verkürzungen der Berufslehre auf Stufe EFZ auf individuellen Antrag des Lehrbetriebs hin immer möglich. Diese Erleichterung ist in jedem Fall gegeben, ist aber anspruchsvoll. In einigen Kantonen ist ein individuell abgestimmter Einstieg in das zweite Ausbildungsjahr möglich, andere Kantone bieten eine individuell abgestimmte Förderung der Absolventinnen und Absolventen einer verkürzten Lehre durch Betriebe und Bildungsanbieter. Eine weitere Form der Erleichterung bieten Vorbereitungsangebote (in der Regel Vorbereitungsjahre) von Bildungsanbietern.

Verkürzte Ausbildungsprogramme zur / zum diplomierten Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF

Die meisten Bildungsanbieter bieten Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit EFZ und Personen mit gleichwertigen Abschlüssen einen auf zwei Jahre verkürzten Vollzeit-Bildungsgang HF Pflege an. Dieses Angebot reduziert den zeitlichen Aufwand für eine Weiterqualifikation. In die gleiche Richtung zielt der Bildungsgang des Careum, welcher Inhaberinnen und Inhabern der Berufsprüfung Langzeitpflege und -betreuung einen verkürzten Vollzeitstudiengang zur HF Pflege von achtzehn Monaten anbietet.¹⁷

¹⁶ Vgl. <https://xund.ch/bildungsangebote/entwicklung-innovation/perspektive-pflege/>

11.1.3 Gewinnen von Berufsumsteigenden und Wiedereinsteigenden

Die Corona-Pandemie hat sich sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Wirtschaftszweige ausgewirkt. Während gewisse Branchen und Berufe einen Boom erlebt haben, erlitten andere grosse Umsatzeinbussen, die Kurzarbeit und Entlassungen zur Folge hatten. Noch ist es zu früh, um abzuschätzen, wie nachhaltig diese Auswirkungen für die betroffenen Branchen sind. Ungeachtet der Auswirkungen im Einzelnen dürfte die Menge von Personen, die sich in wirtschaftlich unsicheren Zeiten beruflich neu orientieren wollen oder müssen, aber zunehmen. Der Gesundheitsbereich sollte dieses Potenzial mit spezifischen Bildungsangeboten künftig noch besser ausschöpfen. Einige Möglichkeiten werden nachfolgend vorgestellt.

Bildungsangebote zur Fachfrau / zum Fachmann Gesundheit mit erhöhtem Ausbildungslohn

In verschiedenen Kantonen bestehen Bildungsangebote zur Fachfrau Gesundheit / zum Fachmann Gesundheit für Erwachsene. Bezüglich des Lohns während der Berufslehre werden in der Regel Empfehlungen formuliert, dieser wird aber in der Deutschschweiz grundsätzlich durch den Betrieb festgesetzt und entrichtet.

Die Kantone Genf und Wallis entrichten erwachsenen Lernenden eine Zusatzentschädigung, die Kantone Jura und Waadt bieten Pflegehelfenden SRK eine Weiterqualifikation zur Fachfrau / zum Fachmann Gesundheit ohne Lohnreduktion an. Der Kanton Bern entrichtet den Betrieben für die Ausbildung von Erwachsenen eine erhöhte Ausbildungspauschale, sofern der vom Betrieb bezahlte Ausbildungslohn mindestens CHF 2800.-/Monat beträgt.

Spezifische Bildungsangebote zur Fachfrau / zum Fachmann Gesundheit

Die Palette an spezifischen Bildungsangeboten zur Fachfrau / zum Fachmann Gesundheit ist breit und zeigt unterschiedliche kantonale Ausprägungen. Zu den Angeboten gehören verkürzte Grundbildungen für Erwachsene, modularisierte Ausbildungen für Erwachsene und eine berufsbegleitende Ausbildung nach BBV Art. 32 mit Validierungsverfahren mit gezieltem Kompetenzerwerb in Modulen. Ein Kanton bietet einen Abendkurs für den Erwerb der Allgemeinbildung (ABU) mit einer Dauer von eineinhalb Jahren an.

¹⁷ Vgl. <https://www.careum-bildungszentrum.ch/de-ch/hoehere-fachschulen/hoehere-fachschule-pflege-fuer-fage-mit-eidg-berufspruefung/interessiert.html>

Berufsbegleitende Bildungsangebote auf Tertiärstufe

Mit dem Angebot von berufsbegleitenden Bildungsgängen werden zwei Gruppen von Personen angesprochen. Zum einen sind dies erwachsene Berufsleute, die über Berufserfahrung und/oder eine Ausbildung im Gesundheitsbereich verfügen, zum anderen sollen Berufsumsteigende angesprochen und rekrutiert werden können.

Um auch die materiellen Hürden für eine Weiterqualifikation auf Tertiärstufe herabzusetzen, bieten verschiedene Bildungsanbieter modulare Teilzeit-Bildungsgänge für die HF Pflege für Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit mit Berufserfahrung an. Die Westschweizer Bildungsanbieter führen vergleichbare Angebote für den Bachelorstudiengang in Pflege FH («Bachelor en emploi»). Diese Bildungsgänge sind so ausgelegt, dass ein paralleler Teilzeiterwerb möglich ist.

Kasten 9 In Teilzeitausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann HF: Das Beispiel des Bildungszentrums Basel-Stadt

Das BZG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt, das durch die beiden Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt im Rahmen eines Staatsvertrags gemeinsam finanziert wird, bietet einen Teilzeitstudiengang HF Pflege an. Angesprochen sind Personen mit familiären Verpflichtungen oder Personen, die den Beruf wechseln möchten und für die eine Vollzeitausbildung nicht in Frage kommt.

Die Teilzeitausbildung besteht aus Schul- und Praktikumsblöcken und dauert für Berufsumsteigende je nach Vorbildung zwischen zweieinhalb und rund vier Jahren. Die Dauer ist abhängig von den Anstellungsprozenten in der praktischen Ausbildung, die in Absprache mit den Praktikumsinstitutionen festgelegt werden (mindestens 60% bis maximal 80%).

Für die hohe Flexibilität des Ausbildungsmodells sorgt der Ansatz des «Blended Learning», welcher Präsenzunterricht und das Lernen zu Hause am PC kombiniert. Der Teilzeitstudiengang gewährleistet individuelle Lösungen und erlaubt es, Familie, Beruf und Ausbildung miteinander zu vereinbaren.

https://www.bzgbs.ch/ausbildungen/teilzeitausbildung_pflege_hf/

Berufsbegleitende Bildungsangebote auf Tertiärstufe mit erhöhtem Ausbildungslohn

Einige Kandidatinnen und Kandidaten sehen aus finanziellen Gründen von einer Höherqualifikation auf Tertiärstufe ab. Die betroffenen Personen verfügen in der Regel bereits über einen beruflichen Abschluss auf Sekundarstufe II und haben einige Jahre gearbeitet und dafür einen entsprechenden Lohn erhalten. Für viele ist es nicht möglich, danach während zwei bis drei Jahren mit einem reinen Ausbildungslohn im Sinne einer Praktikumsentschädigung auszukommen, der den Lebensunterhalt nicht

deckt. Wie in anderen Branchen unterstützen gewisse Betriebe ihre Mitarbeitenden in der Höherqualifikation. Die Studierenden bleiben während der (Vollzeit-)Ausbildung im Betrieb angestellt und absolvieren dort ihre Praktika. Sie erhalten vom Arbeitgeber einen Ausbildungslohn, der über dem effektiv geleisteten Pensum im Betrieb liegt. In der Regel sind solche Arrangements mit der Verpflichtung verbunden, dass die Studierenden nach Abschluss der Ausbildung für eine bestimmte Zeit im Betrieb weiterarbeiten. Es ist an sich zu begrüßen, wenn die Betriebe die Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden fördern und damit ein Stück weit ihren Nachwuchs sichern. Ohne übergeordnete Regelungen besteht jedoch die Gefahr, dass vor allem grössere Institutionen mit den entsprechenden finanziellen Mitteln Studierende gewinnen können, während es für kleine Leistungserbringer – beispielsweise im Spitex-Bereich – nicht möglich ist, einen höheren Ausbildungslohn anzubieten. Einzelne Kantone beteiligen sich deshalb finanziell an einem höheren Ausbildungslohn.

In den Westschweizer Kantonen erhalten die Studierenden zusätzlich zum Lohn des Betriebes eine Studierendenentschädigung der Fachhochschule («Bachelor en emploi»). Im Kanton Graubünden wird Absolventinnen und Absolventen des berufsbegleitenden Bildungsgangs HF Pflege ab dem 26. Altersjahr eine Zusatzentschädigung des Kantons von CHF 500.- pro Monat ausgerichtet. Auch die Kantone Waadt und Wallis kennen Bildungsgänge in der tertiären Pflege mit erhöhtem Ausbildungslohn, der durch den Kanton vergütet wird. Die Solothurner Spitäler SoH richten zehn Studierenden pro Jahr nach vorgegebenen Kriterien (Späteinsteigende) Ausbildungszuschläge in der Ausbildung Pflegefachfrau HF aus, der Kanton erstattet den SoH einen Teil des erhöhten Ausbildungslohns zurück. Das Kantonsspital Aarau bietet einer begrenzten Zahl von Berufsumsteigenden einen erhöhten Ausbildungslohn und zusätzlich ein Mentoring während der drei ersten Ausbildungsmonate an.

Kurse für Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger in die Pflege

Kurse für Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger in die Pflege werden in zahlreichen Kantonen angeboten. Die Angebote werden mehrheitlich durch Bildungsanbieter, in einigen Fällen auch durch Gesundheitsinstitutionen bereitgestellt. In zahlreichen Kantonen werden die Wiedereinstiegskurse durch die öffentliche Hand finanziell unterstützt. Das SBFI unterstützt kantonale Förderprogramme für den Wiedereinstieg in die Pflege von 2018 bis 2022 finanziell (vgl. Kasten 10). Als ein (inter-)kantonales Beispiel zur Förderung des Wiedereinstiegs bietet die Plattform «wiedereinsteigen.ch» der Zentralschweizer Kantone Beratungs- und Kursangebote, eine Online-Umfrage zur Standortbestimmung, eine Checkliste sowie eine Übersicht zu den regionalen Gesundheitsbetrieben (vgl. Kasten 11).

Kasten 10 Finanzielle Unterstützung von kantonalen Förderprogrammen für Wiedereinsteigende durch den Bund

Der Bund will zur besseren Ausschöpfung des inländischen Fachkräftepotentials beitragen und fördert in diesem Rahmen den Wiedereinstieg von ausgebildeten Pflegefachpersonen, die über längere Zeit nicht im Pflegebereich tätig waren. Das SBFI beteiligt sich zu diesem Zweck seit 2018 während maximal fünf Jahren jeweils im gleichen Umfang wie der Kanton an den Kosten von Wiedereinstiegskursen oder -programmen. Auf diese Weise sollen kantonal gestützte Wiedereinstiegsangebote gefördert werden und die Kosten für die Teilnehmenden tief gehalten werden. Auch die Neuentwicklung eines kantonalen Förderprogramms kann vom SBFI im Rahmen der Projektförderung mitgetragen werden. Die Beiträge werden ausschliesslich an die Kantone ausgeschüttet.

Kasten 11 Wiedereinstieg in die Diplompflege – das Förderprogramm der Zentralschweiz

Die Zentralschweizer Kantone (LU, OW, NW, SZ, UR und ZG) nahmen das Angebot einer finanziellen Unterstützung durch den Bund zum Anlass, ein gemeinsames Förderprogramm für Wiedereinsteigende in den Pflegeberuf zu konzipieren. Das Programm basiert auf der Erkenntnis, dass die Voraussetzungen für einen gelingenden Wiedereinstieg sehr individuell sind und von verschiedenen Faktoren unterstützt werden. Deshalb umfasst das Programm mehr als ein reines Kursangebot: Interessierte finden auf wiedereinsteigen.ch nebst Porträts von vier erfolgreichen Zentralschweizer Wiedereinsteigerinnen ein persönliches Beratungsangebot, eine Online-Umfrage zur Standortbestimmung, eine Checkliste rund um den Wiedereinstieg sowie eine Übersicht zu den regionalen Gesundheitsbetrieben. Zudem können Sie eine Unterstützung für den Besuch einer passenden Weiterbildung beantragen.

Das Förderprogramm wird von XUND OdA Gesundheit Zentralschweiz, CURAVIVA Zentralschweiz Bildung, Spitex Zentralschweiz und dem SBK Zentralschweiz getragen und von den Zentralschweizer Kantonen finanziell unterstützt.

<https://wiedereinsteigen.ch/>

11.2 Handlungsfeld Förderung der praktischen Ausbildung

Die Erhöhung der Ausbildungszahlen hängt nebst der erfolgreichen Rekrutierung von Studierenden entscheidend von den verfügbaren Ausbildungsplätzen in den Betrieben (Lehrstellen, Praktikumsplätze) ab. Mangelnde Praktikumsplätze sind im Wesentlichen der Grund, weshalb die Studienplätze auf Tertiärstufe für viele Ausbildungen beschränkt sind. Es ist deshalb von zentraler Bedeutung, dass die Betriebe aller Versorgungsbereiche im Rahmen ihrer Möglichkeiten praktische Ausbildungsplätze für die verschiedenen Gesundheitsberufe und Spezialisierungen anbieten.

Kosten-Nutzen Aspekte

Um zu verstehen, weshalb im Gesundheitswesen nicht von alleine genügend Nachwuchs ausgebildet wird, lohnt sich ein Blick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Ausbildungsbetrieben. Gemäss einer Erhebung des EHB zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von beruflichen Grundbildungen aus allen Branchen erzielte eine Mehrheit der Betriebe mit der Ausbildung von Berufslernenden einen Nettonutzen von durchschnittlich 3000 Franken pro Lehrjahr und Lehrverhältnis (Gehret et al., 2019). Für die Berufslehre zur Fachfrau / zum Fachmann Gesundheit (FaGe) zeigt sich ein anderes Bild: Nur die Betriebe aus dem Spitalbereich erzielen im Durchschnitt einen Nettonutzen. Dieser liegt über die gesamte Lehrdauer bei durchschnittlich 2550 Franken pro Lehrverhältnis. Spitex-Betriebe weisen dagegen Nettokosten von 14 500 Franken und Pflegeheime von gut 2000 Franken aus. Im Schnitt tragen die ausbildenden Betriebe für die FaGe-Lehre Nettokosten von rund 100 Franken pro Lehrverhältnis. Demgegenüber resultiert bei der Ausbildung zur Assistentin / zum Assistenten Gesundheit und Soziales über die zwei Lehrjahre ein durchschnittlicher Nettonutzen von etwa 8000 Franken. Dies hängt mit dem relativ hohen Anteil an produktiven Leistungen der EBA-Lernenden zusammen. Zudem kann rund die Hälfte der Ausbildungsbetriebe die ausgebildeten Lernenden nach Abschluss weiterbeschäftigen, wodurch Rekrutierungs- und Einarbeitungskosten wegfallen.

Für die Ausbildungen auf Tertiärstufe (HF und FH) liegen keine vergleichbaren Untersuchungen mit Ergebnissen zu Nettonutzen und -kosten vor. In einer Studie der Kantone St. Gallen und Zürich wurden die produktiven Leistungen und der Betreuungsaufwand bei Studierenden Pflege FH, Hebammen FH und Pflege HF erhoben. Die Messungen zeigen, dass die Studierenden zwar je nach Studienjahr zwischen 6 und 7,5 Stunden produktive Leistungen pro Praktikumstag erbringen. Auf der anderen Seite ist der Betreuungsaufwand durch ausgebildetes Fachpersonal mit im Schnitt rund 1,5 Stunden pro Tag nicht unerheblich. Auch eine frühere Studie im Auftrag des Kantons Bern kam zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich Betreuungsaufwand. Wie bei den beruflichen Grundbildungen spielen die strukturellen Gegebenheiten der Ausbildungsbetriebe auch bei den Ausbildungen auf Tertiärstufe

eine grosse Rolle. Für eine Spitex-Organisation fallen im Zusammenhang mit der Betreuung der Auszubildenden unweigerlich höhere Personalkosten an als im stationären Setting.

Abgesehen von der rein ökonomischen Sicht sprechen viele Gründe dafür, sich als Ausbildungsbetrieb zu engagieren. Lernende und Studierende lassen aktuelles Fachwissen in den Betrieb einfließen und können mit ihrem Aussenblick Optimierungen anstossen, in dem sie betriebliche Abläufe hinterfragen. Der wichtigste Gewinn dürfte wohl darin bestehen, dass die Lernenden und Studierenden nach Abschluss ihrer Ausbildung im Praktikumsbetrieb weiterarbeiten, wodurch der Einarbeitungsaufwand wegfällt. Begehrte Ausbildungsbetriebe sind in der Regel auch als Arbeitgeber attraktiv und umgekehrt.

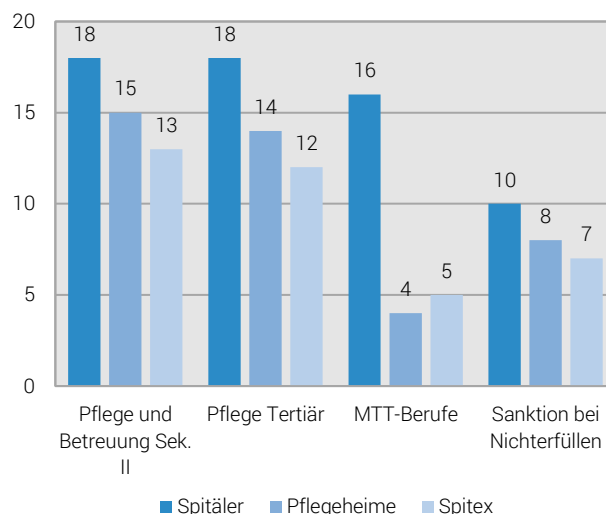
11.2.1 Ausbildungsverpflichtung

Indem die Kantone die Betriebe zur Ausbildung von Gesundheitspersonal verpflichten, kann die Zahl der Ausbildungsplätze deutlich erhöht werden. Die Zunahme der Ausbildungseintritte und -abschlüsse in den vergangenen Jahren belegt die Wirksamkeit der Ausbildungsverpflichtung. Ohne entsprechende praktische Ausbildungsplätze wäre die Steigerung nicht möglich gewesen.

Die meisten Kantone verbinden die Verpflichtung mit gewissen Rahmenvorgaben zum Ausbildungsvolumen auf der Grundlage des betrieblichen Ausbildungspotenzials und/oder der kantonalen Versorgungsplanung. Damit wird die Ausbildungsaufgabe von den Betrieben im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten solidarisch getragen, ungleiche ökonomische Auswirkungen auf die Betriebe aufgrund unterschiedlicher Ausbildungstätigkeit werden verringert.

In der Mehrzahl der antwortenden Kantone besteht eine Ausbildungsverpflichtung für die Betriebe, wobei dies am deutlichsten für den Spitalbereich zutrifft (18 Kantone für Ausbildungen in den Pflegeberufen) (G 11.2). Die Pflegeheime werden in 15 bzw. 14 Kantonen, die Spitex-Organisationen in 13 bzw. 12 Kantonen zur Ausbildung von Lernenden auf Sekundarstufe II bzw. von Studierenden Pflege auf Tertiärstufe verpflichtet. 16 Kantone verpflichten die Spitäler und Kliniken zur Ausbildung von medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen; 13 Kantone wenden eine Ausbildungsverpflichtung für die Hebammen an. In gut der Hälfte der antwortenden Kantone werden die Betriebe bei Nichterfüllen der Ausbildungsvorgaben finanziell sanktioniert. Dabei handelt es sich meistens um Malus-Zahlungen, die als Bonus den überdurchschnittlich ausbildenden Betrieben zugutekommen. Die übrigen Kantone arbeiten mit reinen Anreizsystemen ohne Sanktionen.

G 11.2 Kantone mit Ausbildungsverpflichtung (N=21)



Quelle: Kantonsumfrage GDK Januar 2021

© Obsan 2021

Die Kantone erachten die Ausbildungsverpflichtung als wirksame Massnahme, um die Ausbildungszahlen zu steigern. Hilfsmittel zur Berechnung des Ausbildungspotentials der Betriebe sowie ein jährliches Controlling mit Soll-Ist-Vergleichen sind dabei wichtige unterstützende Elemente. Einige Kantone melden, es gebe zu wenig Interessierte an HF- und FH-Ausbildungen Pflege.

Gegenüber der Bestandesaufnahme im Versorgungsbericht von 2016 hat sich vor allem die Zahl der Kantone, welche Ausbildungsverpflichtungen für die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen anwenden, erhöht.

Zu bedenken ist, dass Aus- und Weiterbildungsplätze in spezifischen Fachgebieten (u.a. Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege; Nuklearmedizin, Radioonkologie) nur von grösseren Häusern mit entsprechendem Leistungsangebot abgedeckt werden können. Durch die Ambulantisierung und die vermehrte Auslagerung von diagnostischen Leistungen an private Institute und Labors nimmt die Zahl der Betriebe, welche unter die kantonalen Ausbildungsverpflichtungen fallen, tendenziell ab – es sei denn, die Kantone verfügen über entsprechende gesetzliche Grundlagen, um auch private Leistungserbringer zur Ausbildung von Gesundheitspersonal zu verpflichten.

Hochspezialisierte oder kleinere Betriebe u.a. in der Langzeitpflege und im Spitex-Bereich können Schwierigkeiten haben, alle Bildungsinhalte abzudecken. Hier bieten sich Ausbildungsverbünde mit anderen Ausbildungsbetrieben an (vgl. Kasten 12).

Kasten 12 Gemeinsame Aufgabe, geteilte Verantwortung: Der Ausbildungsverbund Pflege AR/AI und der Lehrbetriebsverbund Heime und Spitex SPICURA

In einem Ausbildungsverbund können Kräfte gebündelt und Synergien bei der betrieblichen Ausbildung genutzt werden. Solche Zusammenschlüsse bieten sich insbesondere für hochspezialisierte oder für kleinere Betriebe an, welche alleine nicht alle Bildungsinhalte abdecken können. Je nach Ausgestaltung übernimmt der Verbund auch weitere Aufgaben rund um die Rekrutierung und die Ausbildung und entlastet damit die Betriebe.

Ausbildungsverbund Pflege AR/AI

Die steigende Zahl betagter und hochbetagter Menschen und die steigende Komplexität der Pflegesituation in Alters- und Pflegeheimen stellen immer höhere Anforderungen an die Pflegenden und an die Ausbildung zur diplomierten Pflegefachperson in den Betrieben. Zur Sicherstellung einer qualitativ und quantitativ hochstehenden Ausbildung haben sich 2015 sechs Pflegeheime aus den Kantonen Appenzell Inner- und Ausserrhoden zu einem Ausbildungsverbund zusammengeschlossen, mittlerweile ist deren Zahl auf acht angestiegen.

Die gemeinsame Leitstelle des Ausbildungsverbunds koordiniert und überwacht die Ausbildungstätigkeit der angeschlossenen Betriebe. Für das Angebot von externen Praktika arbeitet der Ausbildungsverbund mit Kooperationspartnern wie dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden und mit Spitexorganisationen zusammen.

<http://www.ausbildungsverbund-pflege.ch/>

Lehrbetriebsverbund Heime und Spitex SPICURA

Bereits 2011 wurde SPICURA als Verein von CURAVIVA Kanton Zürich und Spitex Verband Kanton Zürich gegründet mit dem Ziel, den FaGe-Lernenden durch Nutzung von gemeinsamen Ressourcen eine umfassende Bildung zu vermitteln und den Ausbildungsaufwand für den einzelnen Betrieb zu optimieren. SPICURA tritt dabei als Leitorganisation auf und übernimmt übergeordnet die Verantwortung für die Ausbildung und die Qualitätssicherung, holt die Ausbildungsbewilligung ein und regelt die Zusammenarbeit mit den beteiligten Ausbildungsbetrieben, der Schule, der kantonalen Oda, der Eltern und dem Kanton. Durch die jährliche Rotation der Lernenden in den Verbundbetrieben erhalten diese Einblick in verschiedene Betriebe und in verschiedene Arbeitsfelder.

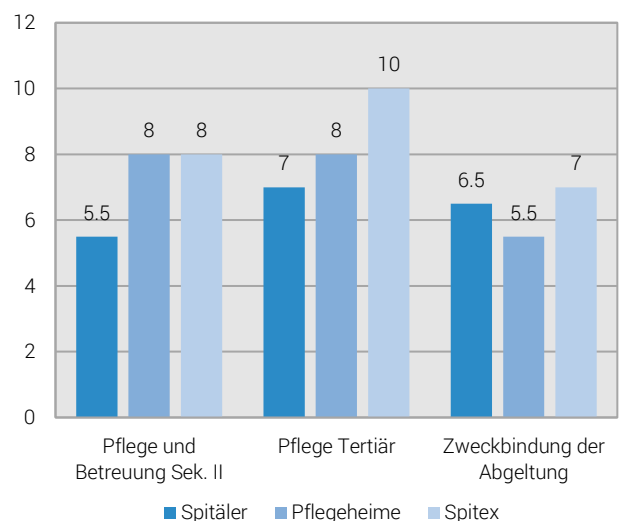
<https://www.spicura.ch/>

11.2.2 Abgeltung der Ausbildungsleistungen der Betriebe

Die Finanzierung der betrieblichen Ausbildungsleistungen ist je nach Versorgungsbereich unterschiedlich geregelt. Im Spitalbereich zählen die Ausbildungskosten für das nicht universitäre Gesundheitspersonal (im Gegensatz zu den Aus- und Weiterbildungskosten für die Medizinalberufe) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zu den anrechenbaren Kosten und werden damit über die Fallpauschalen abgegolten. Bei den Pflegeheimen und der Spitex sind die Ausbildungskosten nicht Teil der Tarife der obligatorischen Krankenpflege (OKP) und werden indirekt über die Restfinanzierung durch die Kantone bzw. die Gemeinden getragen. Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die betrieblichen Ausbildungsleistungen nicht ausdrücklich und leistungsbezogen entschädigt werden, sondern nur indirekt als Teil von grösseren Kostenblöcken (Fallpauschalen; Restfinanzierung).

Grafik G 11.3 zeigt die Antworten auf die Frage nach dem Vorhandensein einer ausdrücklichen und leistungsbezogenen Entschädigung für die Versorgungsbereiche Spital, Pflegeheim und Spitex und für die Sekundärstufe II und die Tertiärstufe. Die Tatsache, dass die Betriebe in weniger als der Hälfte der antwortenden Kantone ausdrücklich für ihre Ausbildungsleistungen entschädigt werden, hängt mit den dargelegten Finanzierungsregelungen zusammen. Die Mehrheit der Betriebe, die von einer expliziten Ausbildungsentschädigung profitieren, wird verpflichtet, diese zweckgebunden zu verwenden, d.h. die Mittel müssen in die Ausbildung fließen.

G 11.3 Kantone mit expliziter Abgeltung der Ausbildungsleistungen der Betriebe (N=21)



Quelle: Kantonsumfrage GDK Januar 2021

© Obsan 2021

Eine ausdrückliche Finanzierung setzt voraus, dass man die Ausbildungskosten kennt. Vor diesem Hintergrund liess die GDK vor einigen Jahren ein Modell entwickeln, das die Nettokosten der praktischen Ausbildung durch die Betriebe nach einer einheitlichen Berechnungsweise ermitteln sollte. Dabei wurden sowohl die Kosten- als auch die Nutzelemente berücksichtigt. Es resultierten Empfehlungen zu den Normbeträgen für die Abgeltung der praktischen Ausbildungsleistungen. Die Normbeträge sind als Mindestansätze in den Abgeltungssystemen und allfälligen Ausgleichsgefässen für Ausbildungskosten (Bonus-Malus-Systeme) zu verstehen.

Beispiele aus den Kantonen

Die Westschweizer Kantone entschädigen die Betriebe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich für die Ausbildungsleistungen von Studierenden der HES-SO über einen Fonds für die praktische Ausbildung. Der Fonds wird von den Wohnsitzkantonen der Studierenden alimentiert. Mit den Mitteln aus dem Fonds wird den Praktikumsbetrieben ein Teil ihres Betreuungsaufwands (Personalkosten der Praxisausbilder/innen) entschädigt. Der Vorteil dieser Lösung besteht darin, dass die Fachhochschule gegenüber den Betrieben als Einkäuferin von (Ausbildungs-)Leistungen auftreten kann. Alle Praktikumsbetriebe – ob Spital, Pflegeheim, Spitex oder private Praxis – erhalten eine ausdrückliche Entschädigung für den Betreuungs- und Ausbildungsaufwand.

Einige Westschweizer Kantone entschädigen die Betriebe zusätzlich bzw. auch für die anderen Ausbildungsniveaus. So wendet die Gesundheitsdirektion des Kantons Waadt bei den Waadtländer Spitälern seit 2013 ein Anreizsystem für die praktische Ausbildung der Gesundheitsberufe auf den Stufen EFZ, HF und FH an. Pro Ausbildungstag erhalten die Betriebe rund 120 CHF. Der Kanton Waadt wendet keine Malus-Zahlungen an. Für die Pflegeheime existiert seit 2015 ein Anreizmodell für die Ausbildung von Lernenden auf Stufe Attest und EFZ. Auch hier wird den Betrieben der Betreuungsaufwand der Lernenden vergütet. Den Spitex-Betrieben gewährt die Gesundheitsdirektion ein Globalbudget für die Ausbildung. Auch andere Westschweizer Kantone richten den Betrieben Beiträge aus, der Kanton Fribourg subventioniert die Löhne der FaGe-Lernenden in den Pflegeheimen und in den Spitex-Betrieben.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Bern wendet seit 2012 ein umfassendes Modell zur Aus- und Weiterbildung in nicht universitären Gesundheitsberufen an. Das «Berner Modell» verpflichtet die Betriebe des Gesundheitswesens, im Rahmen ihrer Möglichkeiten praktische Ausbildung für die Gesundheitsberufe zu leisten. Die Ausbildungsleistungen werden zweckgebunden entschädigt bzw. im Rahmen der bestehenden Finanzierungssysteme sichtbar gemacht. Ein Bonus-Malus-System sorgt zudem für den finanziellen Ausgleich zwischen Betrieben, die mehr

bzw. weniger als vereinbart ausgebildet haben. Dank dem Ausbildungsmodell konnte in den letzten Jahren nicht nur die Zahl der betrieblichen Ausbildungsplätze deutlich gesteigert, sondern indirekt auch die Ausbildungsqualität gefördert werden: Die finanzielle Anerkennung von Ausbildungsleistungen führt zu stabileren Betreuungsverhältnissen von Studierenden und Lernenden. Einige Kantone haben sich vom Berner Modell inspirieren lassen und das Modell oder Elemente davon für den eigenen Kanton übernommen.

Ausbildung im praxis-ambulanten Bereich

Mit Ausnahme der Westschweiz für die Praktikumsplätze der HES-SO und des Kantons Bern erhalten private Praxen in der Regel keine Entschädigung für den Betreuungsaufwand von Studierenden während der Praktika. Betroffen sind vor allem die Studiengänge Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung und Hebamme. Sie können auch die von den Studierenden erbrachten Leistungen nicht über die OKP vergüten lassen, da nur Fachpersonal mit entsprechendem Ausbildungsabschluss für die Abrechnung zulasten der OKP zugelassen ist. Dem Aufwand der Praxen bei der Praktikumsbetreuung steht somit null Ertrag gegenüber. Den Fachhochschulen stehen deswegen heute nur sehr wenige Praktikumsplätze im praxis-ambulanten Bereich zur Verfügung. Das stellt die Fachhochschulen nicht nur quantitativ vor Probleme – die Studienplätze lassen sich ohne entsprechende Praktikumsplätze nicht beliebig erhöhen – sondern auch in Bezug auf die Ausbildungsinhalte. Die Praktika, welche heute fast ausschliesslich im stationären bzw. institutionellen Bereich stattfinden, bilden die spätere Berufsrealität nur beschränkt ab. Eine Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrats (16.3264), welche die Möglichkeit schaffen wollte, die von Studierenden erbrachten Leistungen in privaten Praxen und ausserklinischen Bereichen (zu einem reduzierten Tarif) über die OKP abrechnen zu können, verpasste in der parlamentarischen Debatte im Jahr 2016 knapp die Mehrheit.¹⁸ Somit wird im ausserklinischen Bereich für die genannten Studiengänge weiterhin kaum praktische Ausbildung angeboten, obwohl dies aus Sicht der Kantone dringend nötig wäre.

11.2.3 Förderung der Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung

Nebst der Ausbildungsverpflichtung und der Abgeltung der Ausbildungsleistungen gibt es eine Reihe von weiteren Massnahmen, welche die betriebliche Ausbildungstätigkeit erleichtern oder fördern. So geben 19 von 21 Kantonen an, dass die Betriebe in ihrem Kanton in organisatorischer oder koordinierender Weise bei der Ausbildung unterstützt werden. Einige Kantone haben die entsprechenden Aufgaben per Leistungsvertrag an die kantonale

¹⁸ Vgl. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163264>

OdA delegiert. Folgende Massnahmen werden in den Kantonen umgesetzt, wobei die Aufzählung nicht vollständig ist:

- Umsetzung von Ausbildungsverbünden für Pflegeheime und/oder Spitex für die HF-Ausbildung Pflege und weitere Gesundheitsausbildungen;
- Finanzierung und Durchführung des Lernbereichs Training und Transfer Praxis (LTT-Praxis) des HF-Studiengangs Pflege durch den Kanton;
- Finanzierung/Subventionierung der überbetrieblichen Kurse (ÜK) durch den Kanton;
- Angebot und/oder Finanzierung einer Ausbildung für Berufsbildnerinnen/Berufsausbildner durch den Kanton;
- Ein von der kantonalen OdA angebotener Kurs für Berufsbildnerinnen/Berufsausbildner zur Vorbereitung und Begleitung der FaGe-Lernenden im Hinblick auf das Qualifikationsverfahren;
- Koordinierende Unterstützung der Betriebe durch den kantonalen Spitex Verband bei der Rekrutierung von FaGe-Lernenden und Studierenden HF;
- Bereitstellen eines elektronischen Bewerbungs-Tools für die Rekrutierung von Lernenden.

Die Rahmenbedingungen können auch durch die Förderung der überbetrieblichen Zusammenarbeit und des Erfahrungsaustausches verbessert werden. Auch in diesem Bereich engagiert sich die Mehrheit der antwortenden Kantone. Zum Teil bieten auch die kantonalen Branchenverbände Austauschgefässe und unterstützende Angebote für die Betriebe an, oder die Betriebe organisieren die überbetriebliche Zusammenarbeit in Eigeninitiative:

- Erfahrungsgruppen bzw. regionale Netzwerktreffen für die Berufsbildenden/Praktikumsbegleitenden, organisiert durch die kantonale OdA oder durch kantonale Branchenverbände;
- Zentral geleitete Arbeitsgruppen für die Bildungsverantwortlichen HF Pflege der Spitex, organisiert vom kantonalen Spitexverband: Beratung zu organisatorischen und pädagogischen Fragen;
- Angebot der HES-SO in den jeweiligen Kantonen: Kurs für FH-Praktikumsbetriebe in der Westschweiz für die Ausbildung zur/zum Praktikumsbegleitenden;
- Bildungskommission der kantonalen OdA mit Vertretungen aus allen Versorgungsbereichen und von den Bildungsinstitutionen, welche brennende Themen aufgreift und bearbeitet;
- Institutionalisierte, vom Kanton finanzierte und den Verbänden getragene Regionalstellen praktische Ausbildung mit Fachbereich überbetriebliche Zusammenarbeit.

Gute Rahmenbedingungen alleine sind jedoch wenig wirksam, wenn die Trägerschaft und die Leitungsebene der Betriebe der Ausbildungsarbeit keine Bedeutung beimessen. Nachwuchsförderung muss deshalb auf Kantons-, Branchen- und Betriebsebene als Teil des Leistungsspektrums der Betriebe anerkannt und gefördert werden.

Kasten 13 Lernortkooperation strukturell verankert: «XUND» in der Zentralschweiz und Espace santé-social im Kanton Waadt

Die Organisation der Arbeitswelt (OdA) Gesundheit Zentralschweiz und das Bildungszentrum haben sich 2017 unter einem gemeinsam (Marken-)Dach zusammengeschlossen. Getragen wird XUND von den regionalen Alters- und Pflegezentren, Spitälern und Spitex-Organisationen sowie deren Branchenverbänden. Die verschränkte Struktur ermöglicht eine praxisnahe und übergreifende Ausbildung in engster Kooperation mit den Betrieben und Versorgungsbereichen. Dank gebündelter Ressourcen konnten in den letzten Jahren die Gesundheitsberufe attraktiver positioniert, neue Angebote lanciert und die Ausbildungsplätze kontinuierlich gesteigert werden. Heute schlägt XUND nicht nur Brücken, sondern bildet ein vielversprechendes Fundament für weitere, inhaltliche Entwicklungen.

<https://xund.ch/>

Eine ähnliche Kooperation ist im Juni 2021 aus dem Zusammenschluss der kantonalen OdA Gesundheit und Soziales und dem Berufsinformationszentrum für die Gesundheits- und Sozialberufe (CiPS) im Kanton Waadt entstanden. Der neu gegründete «Espace santé-social Vaud» vereint die Dachverbände der Arbeitgeber, die Arbeitnehmerverbände sowie die Bildungsinstitutionen der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe. Diese neue Plattform soll die Aktivitäten in den Bereichen Berufsinformation und -marketing, Ausbildung und Wiedereinstieg bündeln und besser mit den Bedürfnissen der Arbeitswelt abstimmen. Die Organisation will die Betriebe bei der Ausbildung und der Förderung des Wiedereinstiegs unterstützen.

<https://ortravd.ch/>

<https://www.cips.ch/>

Schlüsselperson Berufsbildner/in

Die Mitglieder der Begleitgruppe des Versorgungsberichts haben mehrfach auf die grosse Bedeutung der Berufsbildnerinnen und Berufsbildner in den Betrieben hingewiesen. Diese ausgebildeten Fachpersonen übernehmen die Betreuung und Begleitung der Lernenden bzw. der Studierenden während der Praktika und sind somit deren direkte Ansprechpartner. Gleichzeitig ist bei den Berufsbildnerinnen und -bildnern eine hohe Fluktuation festzustellen und die Suche nach neuen Personen für diese Zusatzfunktion gestaltet sich oft anspruchsvoll.

Im Hinblick auf eine weitere Steigerung der Ausbildungszahlen werden zusätzliche Personen benötigt, um die Lernenden und Studierenden im praktischen Teil ihrer Ausbildung zu begleiten. Die Betreuung der Auszubildenden ist daher als eine Schlüsselfunktion zu betrachten, die es zu pflegen und zu unter-

stützen gilt. Dafür kommt den Führungspersonen in den Betrieben eine grosse Verantwortung zu. Für die Ausbildungsarbeit müssen die nötigen zeitlichen Ressourcen eingeräumt werden. Die Lohnstrukturen sollten Zusatzfunktionen wie Ausbildung oder Teamleitung berücksichtigen und entsprechend honorieren.

11.3 Handlungsfeld Personalerhaltung

11.3.1 Stossrichtung und Handlungsrahmen

Es ist für alle Branchen ein entscheidender Erfolgsfaktor, ausgebildetes Personal im Berufsfeld zu halten, dies namentlich in Zeiten des Fachkräftemangels. Für die Gesundheitsberufe gilt dies in doppelter Hinsicht. Zum einen laufen die Massnahmen bei der Rekrutierung und Ausbildung ins Leere, wenn die ausgebildeten Fachpersonen nach wenigen Jahren aus dem Gesundheitswesen aussteigen oder gar nicht erst im erlernten Beruf tätig werden. Zum anderen lassen sich die Ausbildungszahlen aus verschiedenen Gründen nicht beliebig erhöhen (vgl. Abschnitt 11.2). Vorzeitige Berufsausstiege lassen sich somit nur zu einem gewissen Grad mit verstärkter Ausbildung kompensieren.

Zahlreiche Studien sind der Frage nach der Situation der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen nachgegangen und haben nach den Gründen gefragt, die den Ausschlag für den Entscheid über einen Verbleib oder ein Ausscheiden aus dem Beruf geben.

Der Versorgungsbericht 2016 hat sich näher mit diesen Studien und ihren Ergebnissen auseinandergesetzt. Die weitere Entwicklung wurde seither verfolgt. Dazu gehören unter anderen der im April 2021 publizierte Schlussbericht SHURP 2018, welcher die Pflegequalität und die Personalbedingungen in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie untersucht (Zúñiga et al., 2021), sowie die nationale Interventionsstudie «Work-related Stress Among Health Professionals in Switzerland», kurz STRAIN, die unter dem Lead der Berner Fachhochschule von 2017 bis 2021 in allen Sprachregionen der Schweiz durchgeführt wurde (Peter et al., 2020). An der Studie haben insgesamt über 160 Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychiatrien, Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Organisationen teilgenommen. Ziel von STRAIN war es, Stressoren, Stressreaktionen und Langzeitfolgen von Stress am Arbeitsplatz in verschiedenen Gesundheitsberufen und auf unterschiedlichen Hierarchiestufen zu untersuchen.

Der vorliegende Bericht versucht, eine Zusammenschau der wichtigsten Ergebnisse zu machen. Nach wie vor gilt, dass die Ergebnisse der Studien nicht durchwegs kongruent sind, was dadurch begründet ist, dass sie von unterschiedlichen Fragestellungen ausgegangen sind und unterschiedliche Blickwinkel eingenommen haben. Trotz dieser unterschiedlichen Zugänge zeichnet sich ab, dass nach wie vor die unregelmässigen Arbeitszeiten mit Nacht- und Wochenenddiensten und die körperliche und emotionale Belastung, die mit den Gesundheitsberufen verbunden sind, am stärksten fordern.

Insgesamt scheinen die folgenden Faktoren für einen Verbleib im oder ein Ausscheiden aus dem Beruf massgebend zu sein, wobei die Berufsleute diese Faktoren individuell unterschiedlich gewichten. Die Reihenfolge ist darum nicht als Gewichtung zu verstehen:

- Die Identifikation mit dem Betrieb und die Wertschätzung und Unterstützung durch die direkten Vorgesetzten;
- Die Arbeitsorganisation, die Arbeitsbelastung, die Sinnhaftigkeit der konkreten Arbeit;
- Der betriebliche Umgang mit physischen und emotionalen Belastungen der Mitarbeitenden;
- Die Betriebskultur im Umgang mit Klientinnen und Klienten und mit den Mitarbeitenden sowie die Teamkultur der Mitarbeitenden untereinander;
- Die Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit;
- Die Möglichkeiten zur Personalentwicklung;
- Die Anstellungsbedingungen wie Lohn, Ferienregelung oder Urlaubsregelungen.

Die folgenden Ausführungen in diesem Kapitel vermitteln Impulse, durch welche Massnahmen auf der Ebene der Betriebe und der Ebene der Branche diese Faktoren positiv, d.h. für einen Entscheid zugunsten des Verbleibs im Beruf beeinflusst werden können. Diese Massnahmen haben sich seit dem Versorgungsbericht 2016 nicht grundlegend verändert, aber in ihrer Ausprägung weiterentwickelt. Dies wird durch die aktualisierten Beispiele dokumentiert.

11.3.2 Massnahmen auf Ebene Betrieb

Die Palette von Massnahmen, die auf der betrieblichen Ebene getroffen werden können, ist gross. Die folgende Aufzählung zeigt mögliche Massnahmen auf, die Palette ist damit nicht ausgeschöpft.

- Genügend und genügend gut qualifiziertes Personal ist ein Erfolgsfaktor erster Ordnung. Personal- und Ausbildungsfragen gehören auf die strategische Unternehmensebene und erfordern strategische Entscheide und Massnahmen.
- Die direkten Vorgesetzten sind die wichtigsten Ansprechpersonen für die Teams, sie haben eine Vorbildfunktion. Ihre Führungsrolle umfasst neben der Alltagsbewältigung viele und anspruchsvolle Themen wie Laufbahnplanung, Wertschätzung und Teambuilding. Gezielte Weiterbildungen und Schulungen können sie in diesen Aufgaben unterstützen. Entlastung und Kompetenzerweiterung können auch durch die Bildung von Zweier- oder Dreier-Führungsteams realisiert werden, welche Management, Berufsbildung und Fachexpertise/Pflegeentwicklung auf allen Hierarchiestufen auf verschiedene Personen verteilen.
- Eine grosse Bedeutung haben namentlich die Personalentwicklung und die Förderung der Mitarbeitenden. Dabei helfen klare und kommunizierte Strategien zur Personalentwicklung, die konsequent umgesetzt werden. Wichtiger Bestandteil einer gezielten Personalentwicklung ist die

Laufbahnplanung, die einen festen Bestandteil der Gespräche mit den Mitarbeitenden bildet. Ein Beispiel hierzu ist das Laufbahnmodell Bildung am Universitätsspital Zürich (vgl. Kasten 14).

Kasten 14 Betriebliche Personalentwicklung: Das Laufbahnmodell Bildung am Universitätsspital Zürich

Das Universitätsspital Zürich verfolgt das Ziel, seinen Mitarbeitenden gezielte Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten und ihre Fachkompetenz im Haus laufend weiterzuentwickeln. Im Rahmen des Laufbahnmodells Bildung bietet es differenzierte Laufbahnmodelle für die Pflege und für die medizinisch-therapeutischen und medizinisch-technischen Berufe (MTTB) an.

Das Laufbahnmodell für die tertiäre Pflege umfasst acht Stufen, welche die ganze Bandbreite von der diplomierten Pflegefachperson bis zur wissenschaftlich forschenden Pflegeexpertin umfassen. Die Programme umfassen ein Traineeprogramm zu Beginn, laufende Weiter- und Fortbildungsangebote, ein begleitendes Tutoring durch erfahrene Fachpersonen während der gesamten Laufbahn sowie ein nachhaltiges Lernnetzwerk. Im Bereich MTTB bietet das Laufbahnmodell kontinuierliche interprofessionelle Weiterbildungen, um die Mitarbeitenden in ihren Aufgaben zu unterstützen und zu befähigen – sei es in der Führung oder in der Berufsbildung. Das Laufbahnmodell Bildung wird ergänzt durch Angebote für Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit und medizinische Praxisassistentinnen/Praxisassistenten.

<https://www.usz.ch/jobs/seiten/laufbahn-pflege.aspx>

- Das «Onboarding», d.h. die Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden und insbesondere von Berufseinsteigenden, ist eine wichtige Aufgabe und hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Eine gute Einführung unterstützt die Personalerhaltung wirksam.
- Den regelmässigen Austausch mit den Mitarbeitenden pflegen, um Positives erkennen und weiter fördern und Negatives erheben und verbessern zu können, ist ebenfalls wichtig. Dieser Austausch wird Austritte nie ganz verhindern, daher können in einem Austrittsgespräch die individuellen Gründe erhoben und – sofern auf Ebene Betrieb angesiedelt – die Bedingungen anschliessend verbessert werden.
- Gesundheitsberufe zeichnen sich durch interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in Teams aus. Spannungen in Teams können unmittelbar angegangen und die Möglichkeiten der Teamentwicklung genutzt werden.
- Ein Betrieb kann Gefässe zur Auseinandersetzung mit Überbelastung einrichten, Coaching oder temporäre Entlastungsangebote für betroffene Mitarbeitende anbieten.
- Wichtig ist auch, dass die Partizipation der Mitarbeitenden an der Organisationsentwicklung gewährleistet und Raum geboten wird zur Auseinandersetzung mit dem betrieblichen Alltag und der kommenden Entwicklungen.

- Betriebe sollten die Möglichkeiten zur Schaffung attraktiver Anstellungsbedingungen ausschöpfen. Dazu gehören insbesondere Rahmenbedingungen für eine möglichst gute Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben. Gemäss der STRAIN-Studie kann eine Verbesserung erzielt werden, wenn die Mitarbeitenden bei der Ausgestaltung der Dienstpläne einbezogen werden und ihre Wünsche zu Arbeitstagen oder Tageszeiten einbringen können.
- Nicht zuletzt lohnt es sich, klare Lohnstrukturen zu schaffen und zu kommunizieren, welche sowohl die Vorbildung und wie auch die Berufserfahrung angemessen berücksichtigen.

Weitere betriebliche Massnahmen zur Personalerhaltung liegen im Handlungsfeld Personaleinsatz, sie sind dort thematisiert.

Kasten 15 Personalerhalt in der Langzeitpflege: Ein Evaluationsinstrument für die Betriebe

Arbeitsumgebungsfaktoren spielen eine wichtige Rolle für die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und damit für den Berufsverbleib in der Pflege. Im Auftrag des BAG haben das Forschungsbüro BASS und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) deshalb ein Instrument zur Messung der zentralen Arbeitsumgebungsfaktoren in der Langzeitpflege entwickelt und dieses in Pilotbetrieben validiert. Ausgehend vom bereits existierenden Befragungstool Friendly Work Space Job-Stress-Analysis von GFCH wurde ein Spezialmodul Langzeitpflege entwickelt.

Die Anwendung ist einfach: die Betriebe führen eine Mitarbeitendenbefragung im Umfang von rund 20 Minuten durch und erhalten dadurch ein genaues Bild über das Stresserleben, die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden.

Das Angebot beinhaltet einen kostenfreien Handlungsleitfaden für Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen und Beratende. Dieser enthält Lösungsansätze und Anregungen, um attraktive Arbeitsbedingungen zu gestalten und die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu stärken.

Das Spezialmodul steht Organisationen der Langzeitpflege bis Ende Dezember 2021 kostenlos zur Verfügung.

Weitere Informationen:

<https://gesundheitsfoerderung.ch/> > Friendly Work Space Job-Stress-Analysis, Spezialmodul Langzeitpflege

11.3.3 Massnahmen auf Ebene Branche

Das Thema Personalerhaltung ist vor längerer Zeit in den Branchenorganisationen angekommen. Das Angebot der Branchenverbände ist insgesamt gross, wobei die verschiedenen Versorgungsbereiche unterschiedliche Akzente setzen.

Die Verbände bieten, oft gemeinsam mit Bildungsanbietern, umfangreiche Schulungsangebote an. Diese bewegen sich auf unterschiedlichen Ebenen. Neben einem breiten fachlichen Weiterbildungsangebot für alle Stufen gehören namentlich auch

Weiterbildungen für Kadermitarbeitende in den Bereichen Führung und Leadership sowie Weiterbildungen für Bildungsverantwortliche und Berufsbildende dazu.

Individuelle Beratungsangebote für die Betriebe werden in vielfältiger Form angeboten, gelegentlich unter Einbezug und Mitarbeit der Organisationen der Arbeitswelt, vereinzelt unterstützt durch die kantonalen Behörden.

Zur Auseinandersetzung mit kommenden Herausforderungen im Berufsalltag und neuen Konzepten bietet sich der überbetriebliche Erfahrungsaustausch an. Der überbetriebliche Erfahrungsaustausch kann wertvolle Impulse durch Modelle der Best Practice vermitteln.

Branchen- und Berufsverbände bieten eine breite Palette an Kongressen und Fachtagungen an. Diese bieten die Möglichkeit, sich mit der Entwicklung des Berufsfeldes auseinanderzusetzen und sich über Modelle guter Praxis und geeignete Fort- und Weiterbildungsangeboten für die Mitarbeitenden zu informieren.

11.3.4 Erleichterung und Förderung des Wiedereinstiegs

Der Berufsalltag im Gesundheitswesen unterliegt einem raschen Wandel, sowohl in Bezug auf fachliche und technologische Entwicklungen wie auch in Bezug auf die Patientinnen und Patienten.

Für die Förderung des Wiedereinstiegs stehen den Betrieben zwei Handlungsebenen zur Verfügung:

- Schulung von Wiedereinsteigenden im Rahmen von praxisnahen Kursen, welche die Teilnehmenden dazu befähigen, ihre Kompetenzen und Berufskennntnisse in die heutige Arbeitssituation zu transferieren. Neben Bildungsanbietern und Berufsverbänden bieten zunehmend auch grössere Betriebe Kurse für Wiedereinsteigende an oder begleiten diese in einem strukturierten Praktikum mit individuellen Fortbildungen. Einige Kantone beteiligen sich finanziell an den Kurskosten für Wiedereinsteigende (vgl. Kasten 10).
- Begleitung der Wiedereinsteigenden während der Einführungsphase. Die Bereitschaft der Betriebe ist gefordert, Wiedereinsteigende während der Einführungsphase eng zu begleiten und die neuen Mitarbeitenden darin zu unterstützen, ihre beruflichen Kenntnisse gemäss den neuen Anforderungen zu aktualisieren und zu erweitern.

11.4 Handlungsfeld Personaleinsatz

11.4.1 Betriebskonzepte, Prozessorganisation und Personaleinsatz

Ein kompetenzgerechter Personaleinsatz hat in vielseitiger Hinsicht einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und die Sinnhaftigkeit des Berufsalltags. Da die Versorgungsaufgaben der Institutionen und die Versorgungskonzepte sich in einer steti- gen Veränderung und Weiterentwicklung befinden, muss diesem Punkt immer wieder neu Rechnung getragen werden. Bei der

Aktualisierung der Personaleinsatzkonzepte muss auch die Entwicklung der verschiedenen Berufsbilder berücksichtigt werden.

Massnahmen zur Optimierung der Betriebskonzepte, der Prozessorganisation und des Personaleinsatzes sind Organisationsentwicklungsprozesse und gehören zu den ständigen Führungsaufgaben der Betriebe. Eine aufgaben- und klientengerechte Arbeitsorganisation, welche die Handlungskompetenzen der Mitarbeitenden ausschöpft, führt in der Regel auch zu einer attraktiveren täglichen Arbeit und zu einer höheren Arbeitszufriedenheit. Zu diesem Handlungsfeld gehört auch die Auseinandersetzung mit der Frage, wie das Gesundheitspersonal von administrativen und fachfremden Aufgaben entlastet werden kann. Erfolgreiche Organisationsentwicklung wirkt sich damit auch auf das Ziel der Personalerhaltung positiv aus.

Das elektronische Patientendossier bringt insbesondere für die Behandlung multimorbider Patientinnen und solchen mit längerer Krankengeschichte einen Mehrwert. Es unterstützt die Zusammenarbeit und die Vernetzung der Gesundheitsfachpersonen. Dadurch, dass die relevanten Informationen über Diagnosen, medizinische Behandlungen und Medikationen allen Beteiligten schnell und unbürokratisch zu Verfügung stehen, wird die Zusammenarbeit entlang der Behandlungskette im Sinne der integrierten Versorgung erleichtert. Behandlungsabläufe können so verbessert werden.

11.4.2 Überbetriebliche Zusammenarbeit

Ein optimierter Personaleinsatz kann auch durch eine geeignete überbetriebliche Zusammenarbeit erreicht werden. Dies ist beispielsweise dort der Fall, wo spezialisierte Fachpersonen benötigt werden, die einzelne Institution deren fachliche Kompetenzen aber nicht auslasten kann.

Zur überbetrieblichen Zusammenarbeit gehört auch das Mitwirken bei der Koordination im Netzwerk der Versorger. Der Personaleinsatz einer Institution ist nur dann wirksam, wenn diejenigen Klientinnen und Klienten betreut werden, auf deren Betreuung die Institution ausgerichtet ist. Durch eine offene Koordination unter den Institutionen können Fehlplatzierungen und unwirksamer Personaleinsatz vermieden werden.

Institutionalisierte Netzwerke der Integrierten Versorgung stellen die strategisch konsequenteste Form der überbetrieblichen Zusammenarbeit dar, sie integrieren diese auf Unternehmensebene (vgl. Kasten 16).

Kasten 16 Integrierte Gesundheitsversorgung unter einem Dach: die Flury Stiftung in Schiers GR

Die Flury Stiftung in Schiers ist die regionale Gesundheitsversorgerin des Prättigaus. Die Stiftung umfasst das Spital Schiers, drei Altersheime, die Spitex Prättigau, einen Palliativen Brückendienst, eine Kinderkrippe und ein Wohnangebot mit Serviceleistungen. Die Flury Stiftung beschäftigt rund 500 Mitarbeitende an vier Standorten und existiert in dieser Form seit knapp 20 Jahren.

Durch das versorgungsübergreifende Angebot unter einem Dach ergeben sich vielfältige Vorteile für die Patienten und für das Personal. Die Zusammenlegung von Management, HR und Informatik schafft Synergien und hilft, die Fixkosten besser zu verteilen. Die Grösse des Betriebs ermöglicht beispielsweise die Finanzierung einer Stelle für Pflegeentwicklung oder die Durchführung von Fortbildungen für den gesamten Betrieb. Dank der breiten Palette an Leistungen können für die HF-Ausbildung Pflege alle Lernfelder abgedeckt werden. Die Stiftung funktioniert gewissermassen als Ausbildungsverbund unter einem Dach und kann damit die kantonalen Ausbildungsvorgaben übertreffen.

Auch in Bezug auf die Personalrekrutierung und -erhaltung bietet diese Organisationsform viele Vorteile. Die Mitarbeitenden können bei Bedarf in einen anderen Versorgungssektor wechseln, ohne dafür den Betrieb zu verlassen. Das wirkt sich positiv auf den Personalerhalt aus und senkt den Aufwand für die Akquisition von Fachpersonal. Die Stiftung verfügt zudem über einen Personal-Pool mit zehn Pflegefachpersonen in Teilzeit-Anstellung, die als Springerinnen je nach Bedarf im Spital, im Altersheim oder bei der Spitex zum Einsatz kommen. Damit können kurzfristige personelle Engpässe überbrückt werden.

<https://www.flurstiftung.ch/de>

Es besteht somit nach wie vor ein grosses Potenzial zur breiteren Umsetzung von Integrierter Versorgung. Um der Integrierten Versorgung zum Durchbruch zu verhelfen, sind nicht nur die Leistungserbringer gefordert. Versicherer und Patienten stehen ebenso in der Verantwortung wie Bund, Kantone und Gemeinden, die für geeignete Rahmenbedingungen sorgen. Mit dem Ziel, die Handlungsebenen und möglichen Massnahmen aufzuzeigen, hat die GDK 2019 einen Leitfaden zur Förderung der Integrierten Versorgung in den Kantonen publiziert (Zanoni et al., 2019).

Zu integrierten Versorgungsmodellen gehören auch die Entwicklung und der Einsatz von Pflege- und anderen Gesundheitsfachpersonen in erweiterten beruflichen Rollen (Advanced Practice). Mit den Advanced Practice Nurses (APN) nimmt die Pflege unter den Gesundheitsberufen eine Vorreiterrolle ein. Dabei handelt es sich um Pflegefachpersonen mit einem Master-Abschluss, die über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis verfügen. Während sich diese Rollen vor allem in angelsächsischen Ländern schon lange etabliert haben, besteht in der Schweiz bislang keine gesetzliche Grundlage auf Bundesebene. Ebenso fehlen die Abrechnungsmöglichkeiten für nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen, die erweiterte Rollen in der ambulanten Grundversorgung wahrnehmen.

11.4.3 Integrierte Versorgung und Advanced Practice

Um die wachsende Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen mit dem zur Verfügung stehenden Gesundheitspersonal längerfristig betreuen zu können, müssen sich die heutigen segmentierten und auf den akutsomatischen Sektor ausgerichteten Versorgungsstrukturen zu einer integrierten, behandlungsübergreifenden Versorgung hin entwickeln. Das Ziel der besseren Vernetzung und Koordination unter den Leistungserbringern besteht darin, die Ergebnisqualität und Patientensicherheit zu verbessern und gleichzeitig unnötige Behandlungen und überflüssige Kosten zu vermeiden. Zwar wurden in der Schweiz in den letzten zehn bis zwanzig Jahren viele Initiativen und Projekte zur besseren Vernetzung der Leistungserbringer und für eine patientenzentrierte Behandlung umgesetzt. Häufig umfasst die Integration jedoch nur wenige Versorgungsebenen und nicht den gesamten Behandlungsprozess und die Modelle sind örtlich und auf gewisse Zielgruppen beschränkt.

12 Gesamtschau und Würdigung

12.1 Personalbestand im Pflege- und Betreuungsbereich

2019 wurden in den Gesundheitsinstitutionen 185 600 Pflege- und Betreuungspersonen erfasst. Seit 2012 ist der Personalbestand um 19% angestiegen, was 29 100 beschäftigten Personen entspricht.

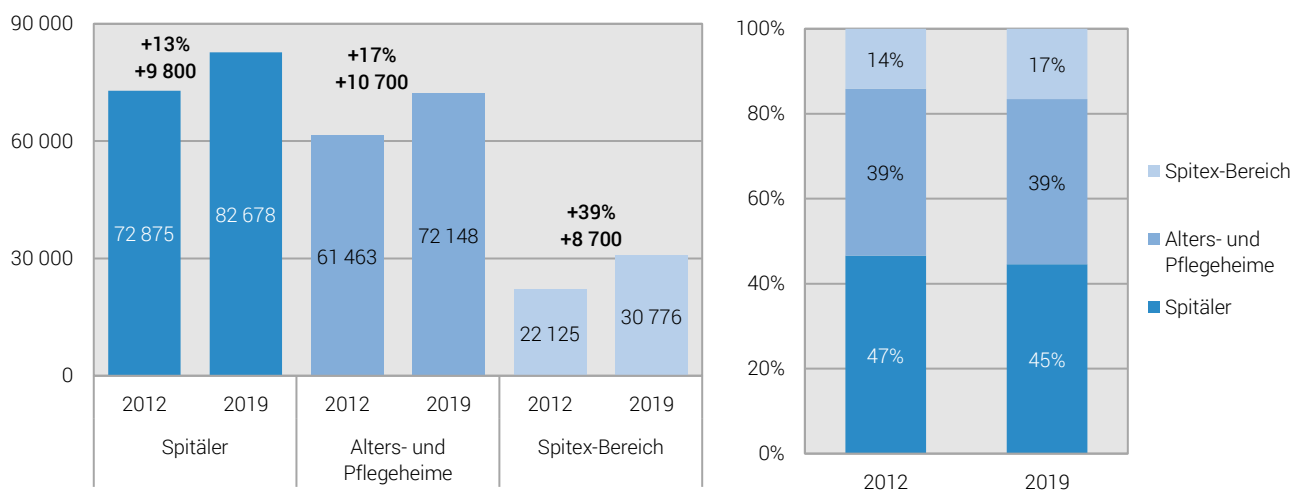
Zwischen 2012 und 2019 verlief die Entwicklung in den verschiedenen Institutionstypen unterschiedlich (G 12.1): Der Personalbestand im Spitalbereich nahm um 13% zu, das in den Alters- und Pflegeheimen beschäftigte Personal verzeichnete einen etwas stärkeren Anstieg (+17%) und **beim Spitex-Personal war die Zunahme besonders ausgeprägt (+39%)**. Die Zahlen des in diesen Institutionen zusätzlich angestellten Personals bewegen sich daher in einer ähnlichen Grössenordnung (zwischen +8700 [Spitex] und +10 700 [Alters- und Pflegeheime]).

Der Anteil des in Spitälern tätigen Pflege- und Betreuungspersonals war mit einer Abnahme von 47% im Jahr 2012 auf 45% im Jahr 2019 leicht rückläufig. Umgekehrt stieg der Anteil des Spitex-Personals von 14% auf 17% an. Der Anteil des in Alters- und Pflegeheimen beschäftigten Personals blieb konstant (39%).

Ein Vergleich der verschiedenen Institutionstypen zeigt, dass Fachpersonen des medizinisch-technischen und des medizinisch-therapeutischen Bereichs hauptsächlich in den Spitälern tätig sind. Im medizinisch-technischen Bereich bewegte sich der Personalzuwachs zwischen 2012 und 2019 im gleichen Rahmen wie im Pflege- und Betreuungsbereich (+13%), während im medizinisch-therapeutischen Bereich eine deutlich stärkere Zunahme verzeichnet wurde (+32%).

Der zwischen 2012 und 2019 beobachtete Zuwachs an Pflege- und Betreuungspersonal ist hauptsächlich auf einen Anstieg der Anzahl Personen der Sekundarstufe II mit EFZ und der Tertiärstufe zurückzuführen (G 12.2). Unter Berücksichtigung aller Gesundheitsinstitutionen wurden 2019 insgesamt 90 600 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe erfasst. Dies entspricht einem Anstieg seit 2012 um 13% bzw. rund 10 800 Personen. Die Anzahl der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II mit EFZ verzeichnete eine besonders starke Zunahme: Es wurden 13 800 zusätzliche Personen erfasst, was einem Personalzuwachs um 52% entspricht. 2019 waren insgesamt 40 100 Personen dieser Abschlussstufe beschäftigt. Demgegenüber blieb die Zahl der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II mit EBA zwischen 2012 und 2019 praktisch unverändert (Personalzuwachs von 1%).

G 12.1 Bestand und Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals (beschäftigte Personen) nach Institutionstyp, 2012 und 2019



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)
© Obsan 2021

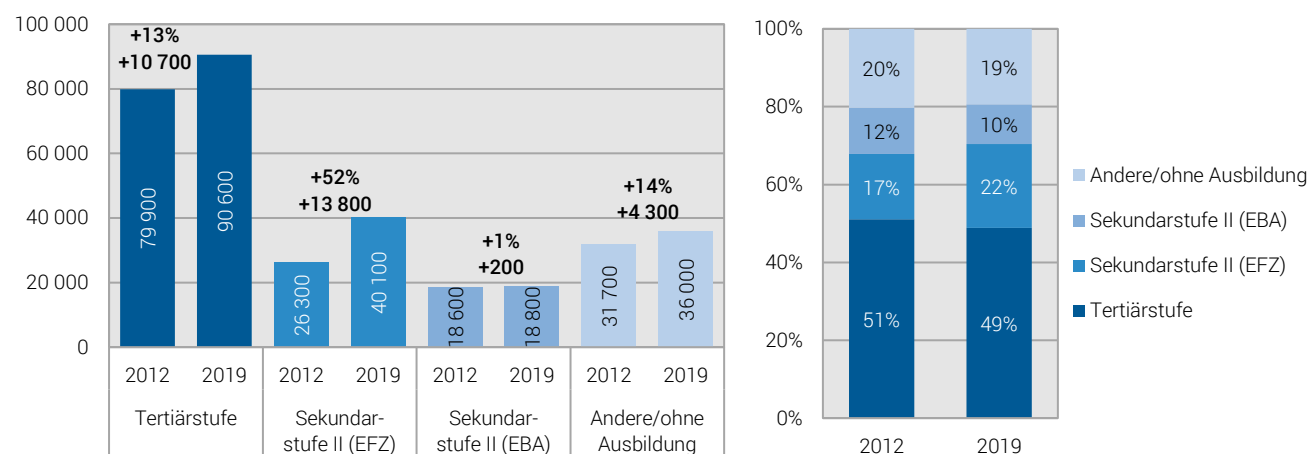
Zwischen 2012 und 2019 lässt sich beim Grademix des Pflege- und Betreuungspersonals eine **Erstarkung des mittleren Ausbildungsniveaus erkennen**. So stieg der Anteil der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II mit EFZ von 17% auf 22% an. Diese Personen ersetzen sowohl qualifizierteres als auch weniger qualifiziertes Personal. Der Anteil der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe verzeichnete im Beobachtungszeitraum folglich eine Abnahme von 51% auf 49%, während jener der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II mit EBA und ohne formalen Ausbildungsabschluss von 32% auf 29% zurückging.

Die Zusammensetzung der Personalbestände nach Ausbildungsniveau ist je nach Institutionstyp unterschiedlich (G

12.3). Mit 70% Pflegefachpersonen der Tertiärstufe **weisen die Spitäler das am höchsten qualifizierte Personal auf**. In der Spitex beträgt dieser Anteil 42% und in den Alters- und Pflegeheimen 28%. Die Personen der Sekundarstufe II mit EFZ spielen in den Alters- und Pflegeheimen und der Spitex eine bedeutendere Rolle als in den Spitälern.

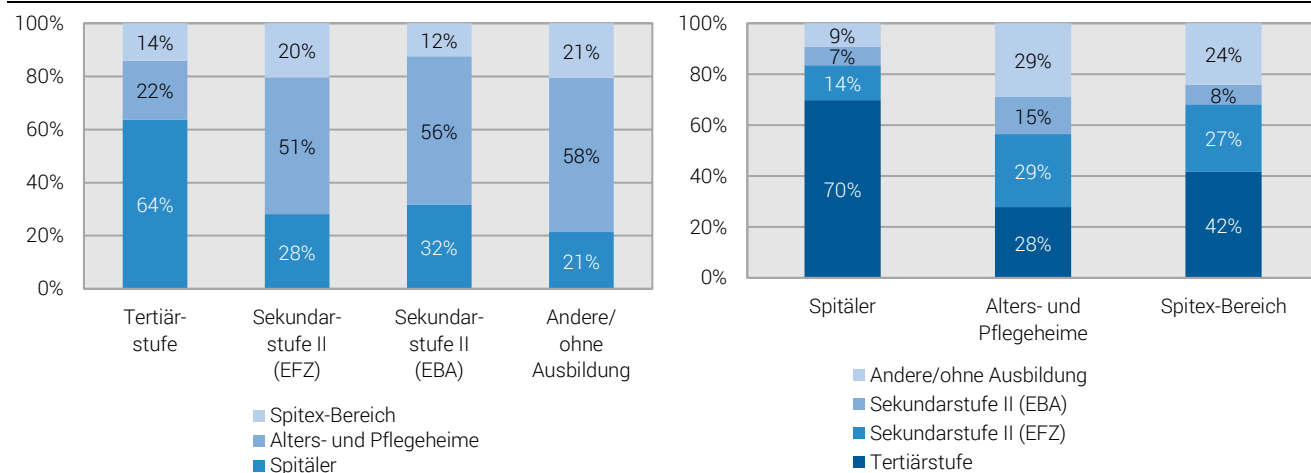
Da der Grademix in den verschiedenen Gesundheitsinstitutionen unterschiedlich ist, hat das Ausbildungsniveau des Pflege- und Betreuungspersonals einen massgeblichen Einfluss auf dessen Arbeitsort. **Knapp zwei Drittel der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe (64%) arbeiten in Spitälern**, während die Mehrheit der Personen der übrigen Ausbildungsniveaus in Alters- und Pflegeheimen beschäftigt ist.

G 12.2 Bestand und Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals (beschäftigte Personen) nach Ausbildungsniveau, 2012 und 2019



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)
© Obsan 2021

G 12.3 Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals (beschäftigte Personen) nach Institutionstyp und Ausbildungsniveau, 2019



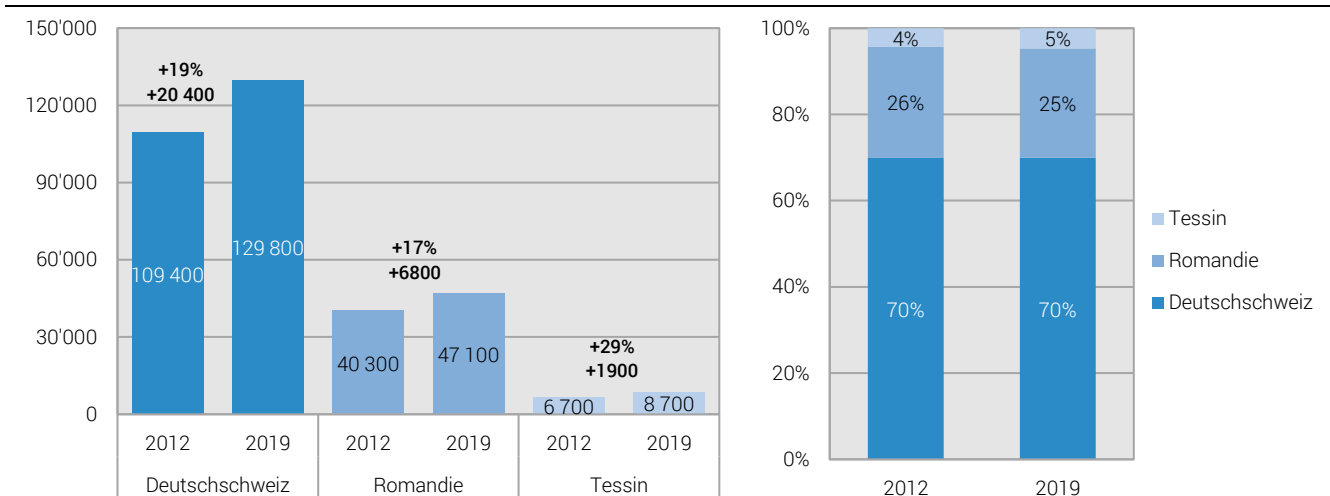
Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)
© Obsan 2021

Zwischen 2012 und 2019 war der Zuwachs an Pflege- und Betreuungspersonal in der Deutschschweiz etwas stärker (+19%, G 12.4) als in der französischen Schweiz (+17%). Besonders ausgeprägt war die Zunahme des Pflege- und Betreuungspersonals im Tessin (+29%).

Bei der Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Institutionstyp lassen sich zwischen den Sprachregionen ebenfalls Unterschiede erkennen (G 12.5). Die französische Schweiz verzeichnet den höchsten Anteil an Personen, die im Spital tätig sind (47%), während der Anteil der in der Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime sowie Spitex) tätigen Personen im Kanton Tessin am höchsten ist (62%).

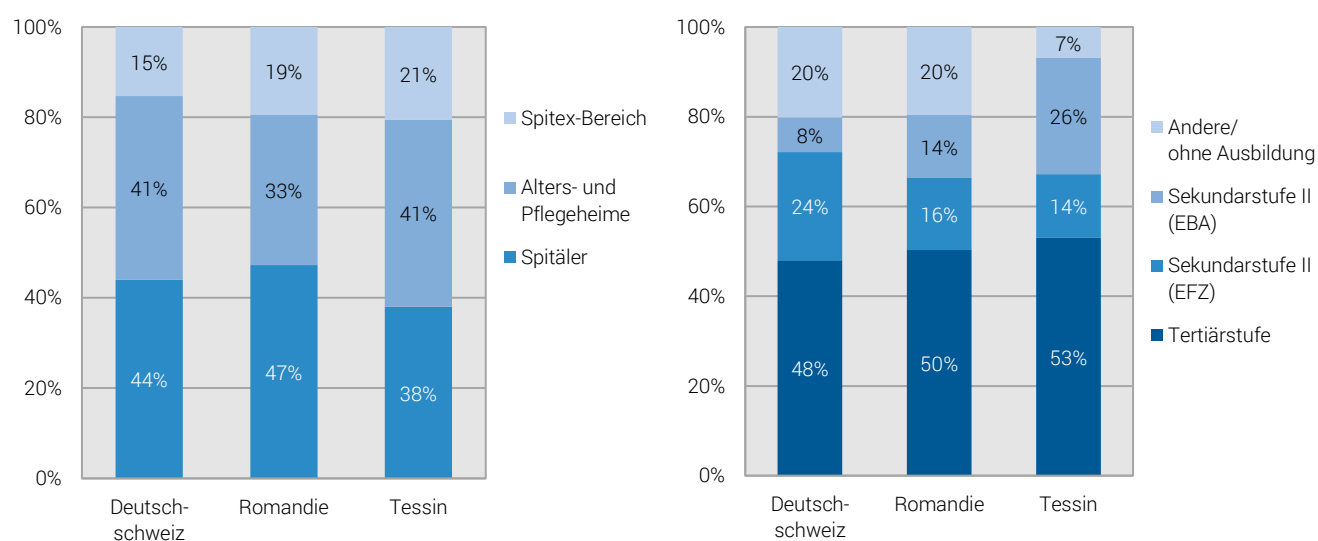
Bei einer Betrachtung nach Grademix des Pflege- und Betreuungspersonals zeigt sich, dass die Deutschschweiz den grössten Anteil an Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II mit EFZ aufweist (24%). In der Deutschschweiz und der französischen Schweiz macht das Personal ohne formalen Ausbildungsabschluss einen Fünftel des Personalbestands aus. Im Tessin spielen die Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II mit EBA eine besonders wichtige Rolle (26%). Verglichen mit der französischen Schweiz ist der Anteil der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe (50%) in der Deutschschweiz etwas tiefer (48%) und im Tessin etwas höher (53%).

G 12.4 Bestände und Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals (beschäftigte Personen) nach Sprachregion, 2012 und 2019



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)
© Obsan 2021

G 12.5 Verteilung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Institutionstyp und Ausbildungsniveau, nach Sprachregion, 2019



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)
© Obsan 2021

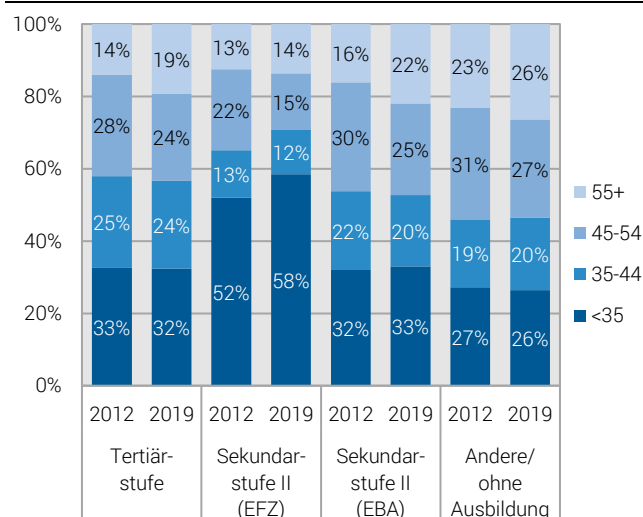
12.2 Soziodemografische Merkmale der Personalbestände

Die soziodemografischen Merkmale können nur für das Personal der Spitäler und Alters- und Pflegeheime beschrieben werden, da diese Informationen für das Spitex-Personal nicht erhoben werden.

Mit Ausnahme der Sekundarstufe II mit EFZ lässt sich auf allen Ausbildungsniveaus eine Alterung des Pflege- und Betreuungspersonals erkennen (G 12.6). Bei den Pflegefachpersonen der Tertiärstufe stieg der Anteil der Personen ab 55 Jahren von 14% im Jahr 2012 auf 19% im Jahr 2019 an.

Auf der Sekundarstufe II mit EFZ verzeichnete der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals unter 35 Jahren eine Zunahme von 52% im Jahr 2012 auf 58% im Jahr 2019, was auf die intensive Ausbildungstätigkeit in den vergangenen Jahren zurückzuführen ist.

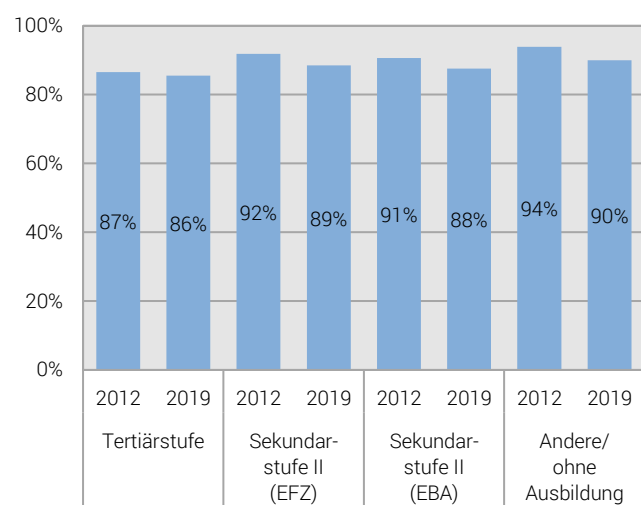
G 12.6 Spitäler und Alters- und Pflegeheime: Altersverteilung des Pflege- und Betreuungspersonals, nach Ausbildungsniveau, 2012 und 2019



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) © Obsan 2021

Zwar werden die Pflegeberufe nach wie vor hauptsächlich von Frauen ausgeübt, es zeichnet sich aber tendenziell eine Zunahme des Männeranteils ab (G 12.7). Während diese Tendenz bei den Pflegefachpersonen der Tertiärstufe sehr moderat ist (Rückgang des Frauenanteils zwischen 2012 und 2019 von 87% auf 86%), ist sie bei den anderen Ausbildungsniveaus deutlicher. So ging der Frauenanteil beim Personal der Sekundarstufe II mit EFZ von 92% im Jahr 2012 auf 89% im Jahr 2019 zurück.

G 12.7 Spitäler und Alters- und Pflegeheime: Frauenanteil beim Pflege- und Betreuungspersonal, nach Ausbildungsniveau, 2012 und 2019

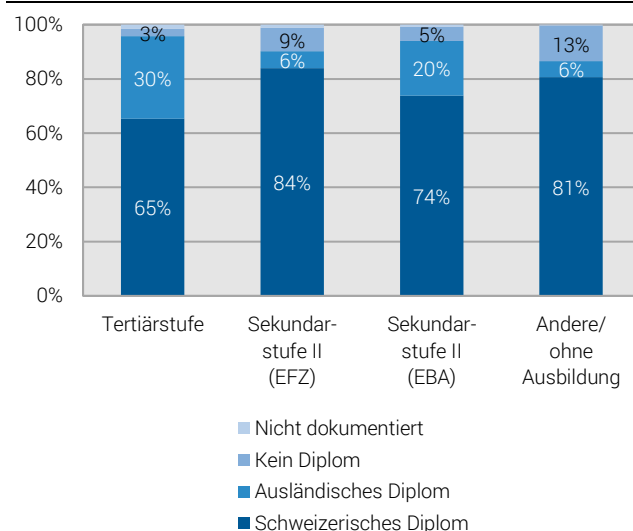


Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS) und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) © Obsan 2021

Der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals mit ausländischem Diplom ist auf der Tertiärstufe am höchsten (30%), gefolgt von der Sekundarstufe II mit EBA (20%, G 12.8). Am tiefsten ist dieser Anteil auf der Sekundarstufe II mit EFZ (6%).

Mit den Daten zu den Spitälern kann zur Entwicklung des Anteils der ausländischen Abschlüsse keine Aussage gemacht werden. In den Alters- und Pflegeheimen ist dieser Anteil jedoch gegenüber 2012 gestiegen (siehe 4.1.3).

G 12.8 Spitäler und Alters- und Pflegeheime: Herkunft des Diploms des Pflege- und Betreuungspersonals, nach Ausbildungsniveau, 2019



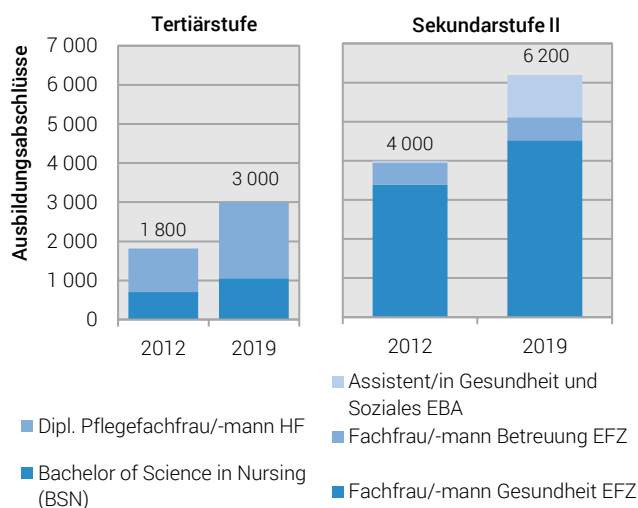
Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS) und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) © Obsan 2021

12.3 Ausbildungstätigkeit

Die Zunahme der Anzahl Abschlüsse im Pflege- und Betreuungsbereich zwischen 2012 und 2019 widerspiegelt die Intensivierung der Ausbildungstätigkeit. Auf Tertiärstufe stieg die Zahl der Abschlüsse von rund 1800 auf knapp 3000 an (HF- und FH-Ausbildungen). Auf Sekundarstufe II war eine Zunahme der Anzahl Abschlüsse für die verschiedenen berücksichtigten Ausbildungsgänge von 4000 im Jahr 2012 auf nahezu 6200 im Jahr 2019 zu verzeichnen.

Zudem umfasst das Ausbildungsangebot im Pflege- und Betreuungsbereich auch Weiterbildungsmöglichkeiten auf verschiedenen Niveaus (eidgenössische Fachausweise, Nachdiplomstudien, höhere Fachprüfungen). In den kommenden Jahren dürfte das Weiterbildungsangebot mit der Schaffung von neuen Angeboten noch breiter werden.

G 12.9 Abschlüsse im Pflege- und Betreuungsbereich, 2012 und 2019

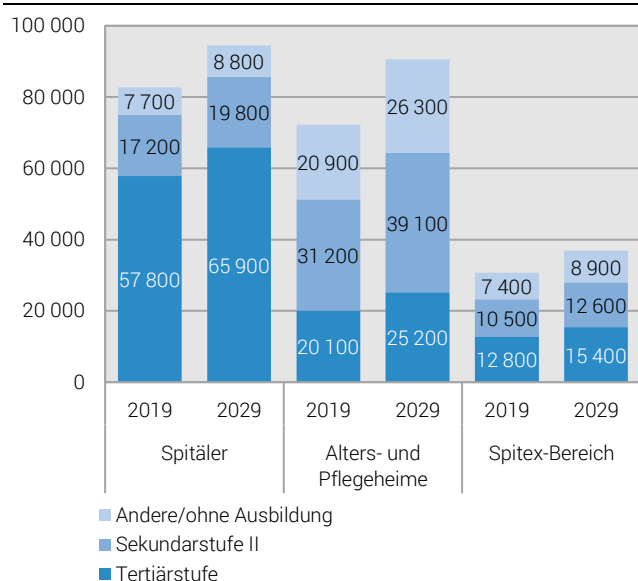


Quellen: BFS – Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS), Statistik der Bildungsabschlüsse (SBA) und Statistik der beruflichen Grundbildung (SBG-SFPI) © Obsan 2021

12.4 Zukünftiger Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal

Von insgesamt 185 600 beschäftigten Personen im Jahr 2019 dürfte der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal gemäss dem Referenzszenario bis 2029 auf 222 100 Personen steigen (G 12.10). Diese Prognosen, die keine Verlagerung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen vorsehen, gehen von einer Zunahme des Personalbedarfs von 14% im Spitalbereich, von 26% in den Alters- und Pflegeheimen und von 19% bei der Spitex aus. Dies entspricht 15 900 zusätzlichen Pflegefachpersonen der Tertiärstufe, 12 600 Personen der Sekundarstufe II und 8000 Personen ohne formalem Ausbildungsabschluss. Insgesamt sind das 36 500 zusätzliche Pflege- und Betreuungspersonen.

G 12.10 Personalbestand im Pflege- und Betreuungsbereich 2019 und Prognosen bis 2029 (Referenzszenario), nach Institutionstyp und Ausbildungsniveau



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) © Obsan 2021

12.5 Nachwuchsangebot und -bedarf

Mit dem erarbeiteten Prognosemodell kann geschätzt werden, welcher Anteil des Nachwuchsbedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal der Tertiärstufe und der Sekundarstufe II im Zeitraum 2019–2029 gedeckt werden kann.

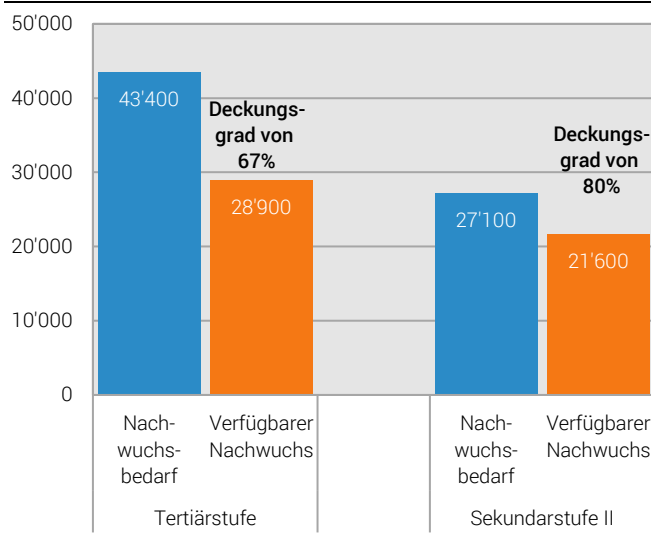
Gemäss diesem Modell lassen sich bis 2029 mit dem verfügbaren Nachwuchs 67% des Bedarfs der Tertiärstufe und 80% des Bedarfs der Sekundarstufe II decken.

Der bis 2029 geschätzte Nachwuchsbedarf setzt sich zum einen aus dem Bedarf an zusätzlichem Personal im Zusammenhang mit der demografischen und epidemiologischen Entwicklung (siehe G 12.10) und zum anderen aus dem Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen und vorzeitigen Berufsausstiegen zusammen. Gemäss den für das Referenzszenario gewählten Modalitäten beläuft sich der Nachwuchsbedarf an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe bis 2029 auf 43 400 Personen. Beim Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II beläuft sich der geschätzte Bedarf bis 2029 auf 27 100 Personen, wobei die vorzeitigen Berufsausstiege in dieser Zahl nicht enthalten sind.

Das Nachwuchsangebot bis 2029 besteht in erster Linie aus den künftigen Absolventinnen und Absolventen. Bei den Pflegefachpersonen der Tertiärstufe wird der Anteil der Personen abgezogen, die den Beruf nie ausüben oder nicht in einer Gesundheitsinstitution tätig sind. In der Berechnung ebenfalls berücksichtigt wird eine Schätzung der vorzeitigen Berufsausstiege. Bei den Personen der Sekundarstufe II wird den Bildungsübergängen sowie den Austritten aus dem Arbeitsmarkt oder dem Beruf Rechnung getragen. Gemäss den Berechnungen für das Referenzszenario

beläuft sich das Angebot an tatsächlich verfügbarem Nachwuchs bis 2029 auf etwa 28 900 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe und auf 21 600 Pflege- und Betreuungspersonen der Sekundarstufe II.

G 12.11 Nachwuchsbedarf und verfügbarer Nachwuchs ab 2019 bis 2029: Pflege- und Betreuungspersonal, nach Ausbildungsniveau



Quelle: Prognosemodell Obsan.

© Obsan 2021

Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den präsentierten Ergebnissen nicht um eigentliche Prognosen, sondern um Projektionen der aktuellen Situation gemäss bestimmten Bedingungen und Hypothesen handelt. Im Rahmen dieses Projekts konnten beispielsweise Faktoren wie die Änderung der Art der Patientenversorgung (u.a. durch eine Verlagerung in den ambulanten Bereich) nicht berücksichtigt werden. Die Ergebnisse des Minimal- und Maximalszenarios geben den Leserinnen und Lesern Aufschluss über die Unsicherheiten, mit denen das Referenzszenario behaftet ist.

12.6 Aktuelle Personalsituation und kommende Herausforderungen

Die aktuelle Situation bezüglich Personalrekrutierung im Bereich Pflege und Betreuung sowie in den übrigen Gesundheitsberufen ist angespannt, wobei der stationäre Langzeitbereich am stärksten von den Rekrutierungsengpässen betroffen ist. Als Regel lässt sich festhalten: Je höher das gesuchte Qualifikationsniveau, desto schwieriger die Rekrutierung. Dies trifft somit besonders auf das hochspezialisierte Fachpersonal zu, etwa auf die Expertinnen und Experten in Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege,

aber auch auf Spezialisierungen in anderen Fachbereichen – beispielsweise Operationsfachpersonal in den Spitälern oder Wundexpertinnen und -experten, die in der Langzeitpflege und in der Spitex gefragt sind.

Die angespannte Personalsituation wirkt sich in erster Linie dahingehend aus, dass offene Stellen während längerer Zeit unbesetzt bleiben. Damit erhöht sich die Arbeitsbelastung für das im Einsatz stehende Personal. Zudem greifen die Betriebe zur Stellenbesetzung vermehrt auf Personalvermittler und temporäre Mitarbeitende zurück. Für das bestehende (Führungs-)Personal bedeutet dies einen Zusatzaufwand bei der Einarbeitung und Integration in die bestehenden Teams, jeweils für eine beschränkte Zeit.¹⁹ Nicht zuletzt widerspiegelt sich die aktuelle Rekrutierungslage im hohen Anteil an Personal mit ausländischem Diplom. Dieses hat zwischen 2012 und 2019 weiter zugenommen und beträgt auf Tertiärstufe Pflege im Durchschnitt 30%. Der Rückgriff auf Personal mit ausländischem Diplom und insbesondere auf Grenzgänger ist allerdings nicht in allen Regionen im gleichen Ausmass möglich. Während in den Spitälern und Pflegeheimen der Westschweiz der Anteil des diplomierten Pflegefachpersonals mit einem ausländischen Diplom über 50% beträgt, liegt dieser Anteil in der Deutschschweiz mit 22% weniger als halb so hoch. Eine Erklärung für diese grossen Unterschiede dürfte unter anderem bei der Grenznähe und bei den erforderlichen Sprachkenntnissen liegen. In der Deutschschweiz besteht mit dem Schweizerdeutsch eine zusätzliche sprachliche Hürde, die in der Westschweiz und im Tessin für die Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus Frankreich und Italien wegfällt.

Mit Blick in die Zukunft stellen der Kostendruck und die Ambulantisierung aus Sicht der Branche die grössten Herausforderungen für die betriebliche Ausbildungstätigkeit dar (vgl. 10.4). Die Lage wird sich insofern zusätzlich verschärfen, als die Ausbildungszahlen in den kommenden Jahren weiter gesteigert werden müssen. Damit die Ausbildungstätigkeit unter dem Kostendruck nicht zurückgefahren wird, muss sie von den Kantonen als eine Leistung anerkannt und in den Finanzierungssystemen sichtbar gemacht werden. Auf Ebene der Betriebe muss die Ausbildungstätigkeit ebenfalls strategisch verankert und von der Führung mitgetragen und gefördert werden.

Positiv auf die Ausbildung auswirken dürfte sich die breitere Umsetzung von Integrierter Versorgung, weil die Vernetzung von Leistungserbringern auch bei der Ausbildung Synergien schafft und im Sinne eines Ausbildungsverbundes funktionieren kann. Dadurch erhalten auch kleinere Institutionen die Möglichkeit, einen Beitrag zur Ausbildung zu leisten. Die Behandlungssituationen werden in Zukunft komplexer, mit einem steigenden Anteil an hochbetagten, chronisch kranken Menschen sowie Menschen mit Mehrfach- oder psychischen Erkrankungen. Die Angehörigen und das soziale Umfeld sind in die Behandlung einzubeziehen. Die steigende Komplexität in der Behandlung wird sich

¹⁹ Unter der Leitung der School of Management and Law der ZHAW untersucht eine Forschergruppe aktuell die Auswirkungen von plattformbasierter Temporärarbeit (Crowd Working) von Pflegefachpersonen in Schweizer Spitälern auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlicher Ebene. Das

Forschungsprojekt bildet Teil des Nationalen Forschungsprogramm 77 des SNF zur Digitalen Transformation.

<https://www.nfp77.ch/portfolio/wie-laesst-sich-temporaerarbeit-ueber-online-plattformen-optimal-gestalten/>

auch in den Lernfeldern niederschlagen. Dies kann die Attraktivität der Ausbildungen stärken, sofern genügend Zeit und ausbildendes Personal vorhanden ist, um die erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Haltungen für den Umgang mit komplexen Behandlungsfällen zu vermitteln.

12.7 Prioritäre Massnahmen

Die Massnahmen müssen in allen Handlungsfeldern fortgesetzt und wo möglich verstärkt werden. Dabei bedingen und verstärken sich die Aktivitäten in den Bereichen Personalrekrutierung, Ausbildung, Personalerhalt und Personaleinsatz gegenseitig und müssen von allen betroffenen Akteuren mitgetragen werden. Nichtsdestotrotz sollen in diesem Schlusskapitel einige Aspekte und Massnahmen hervorgehoben werden, die aus Sicht von GDK und OdASanté ein besonderes Augenmerk benötigen.

Handlungsfeld Rekrutierung

Das Berufsmarketing sollte stärker auf diejenigen Gesundheitsberufe, Qualifikationsniveaus und Versorgungsbereiche ausgerichtet werden, die den höchsten Bedarf aufweisen. Es muss insbesondere gelingen, mehr Interessentinnen und Interessenten für die Langzeitpflege zu gewinnen.

Handlungsfeld Ausbildung

- Erwachsene, die sich beruflich neu orientieren wollen, stellen eine wichtige und wohl noch unterschätzte Zielgruppe für Ausbildungen im Gesundheitsbereich dar. Die Bildungsanbieter, die Betriebe und die kantonalen OdA sind gefordert, dieses Potenzial besser auszuschöpfen, indem sie berufsbegleitende und modulare Ausbildungsgänge anbieten, welche bereits erworbene berufliche Kenntnisse und Erfahrung an die Ausbildung anrechnen. Berufsbegleitende Ausbildungsgänge entsprechen auch einem Bedürfnis der jüngeren Generation nach flexiblen und mit der jeweiligen Lebenssituation kombinierbaren Angeboten.
- Viele potenzielle Interessentinnen und Interessenten einer Ausbildung auf Tertiärstufe sind auf einen erhöhten Ausbildungslohn angewiesen, damit sie eine Höherqualifikation in Betracht ziehen können (vgl. 11.1.3.). In betriebsgestützten Ausbildungsprogrammen richten zum Teil die Betriebe einen erhöhten Ausbildungslohn an die Studierenden aus. Programme mit finanzieller Unterstützung der Kantone ermöglichen demgegenüber, dass auch kleinere Ausbildungsbetriebe mit weniger Finanzkraft Studierende gewinnen können. Mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative ist vorgesehen, dass Bund und Kantone den Studierenden Pflege HF und FH Ausbildungsbeiträge zur Sicherung deren Lebensunterhalts gewähren würden. Eine solche Förderung der Studiengänge Pflege dürfte allerdings zu einer Konkurrenzsituation für die Ausbildungen zu den medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen führen und

letztere unter Druck setzen. Es hängt vom Ausgang der Volksabstimmung über die Pflegeinitiative ab, ob der indirekte Gegenvorschlag umgesetzt wird oder nicht.

- Wenn die Abschlüsse in der Pflege auf Stufe Fachhochschule erhöht werden sollen, setzt dies einen höheren Anteil von Personen mit einer gymnasialen, Berufs- oder Fachmaturität voraus. Gemäss einer Untersuchung des BFS haben beispielsweise nur 13% der Inhaberinnen und Inhaber eines EFZ FaGe aus dem 2012 eine Berufsmaturität erworben (Westschweiz über 20%; Deutschschweiz 11%). Von diesem Jahrgang haben sechs Jahre später schweizweit 32% eine HF-Ausbildung und nur 5% eine FH-Ausbildung Pflege in Angriff genommen oder abgeschlossen (vgl. 7.2.2). Hier sind auch primär die Betriebe gefordert, geeignete und interessierte Lernende EFZ auf die Möglichkeit eines Abschlusses mit Berufsmatur hinzuweisen und sie dabei zu unterstützen. Die Westschweiz wiederum bildet proportional zur Bevölkerung deutlich weniger FaGe aus als die Deutschschweiz und das Tessin. Um das Rekrutierungspotenzial für die FH-Studiengänge über den Weg Berufsmatur zu erhöhen, müssen in dieser Region die FaGe-Abschlüsse generell gesteigert werden. In der Deutschschweiz könnten die Fachmittelschulen Gesundheit als Zubringer für die Ausbildungen auf Tertiärstufe gefördert werden.
- Die Steigerung der Ausbildungszahlen bedingt schliesslich eine entsprechende Erhöhung der Lehrstellen und Praktikumsplätze. Dies wiederum bedeutet, dass es mehr Berufsbildner und Praktikumsbegleiter in den Betrieben brauchen wird. Schon heute bekunden die Betriebe zum Teil Mühe, bei ihren Mitarbeitenden genügend Interessierte für diese Zusatzfunktion gewinnen und halten zu können. Die Betriebe und die kantonalen OdA sollten ein besonderes Augenmerk auf die Förderung dieser Schlüsselfunktion legen.

Handlungsfeld Personalerhaltung

Den Massnahmen im Bereich der Personalerhaltung kommt eine entscheidende Rolle zu. Würde es gelingen, mehr ausgebildetes Fachpersonal über das ganze Berufsleben im Berufsfeld Gesundheitswesen zu halten, so liesse sich der Fachkräftemangel deutlich verringern.

Die Förderungs- und Hinderungsfaktoren für den Berufsverbleib sind aus zahlreichen Untersuchungen bekannt und werden im vorliegenden Bericht dargestellt (vgl. 11.3). Die Herausforderung liegt in der Umsetzung unter den gegebenen Rahmenbedingungen, namentlich vor dem Hintergrund des Kostendrucks. Einige Massnahmen lassen sich jedoch auch mit wenig zusätzlichen finanziellen Mitteln umsetzen.

- Hohe Bedeutung kommt dem Übergang von der Ausbildung in den Arbeitsmarkt zu. Gemäss Auswertungen des BFS arbeiten rund 92% der Diplomierten in Pflege HF und FH ein Jahr nach Abschluss im Gesundheitswesen, jedoch nur 80% als Pflegefachperson in einem Spital, einem Pflegeheim oder in der Spitex. Für den Zeitraum von fünf bis zehn Jahren nach Abschluss wird die Ausstiegsquote auf rund 5% geschätzt. Der Gesundheitsbereich kann sich den Verlust der Diplomierten beim Übergang von der Ausbildung in den Arbeitsmarkt

und die Berufsaustritte des Pflege- und Betreuungspersonal wenige Jahre nach Abschluss nicht leisten. Den Betrieben bietet sich während den Praktika die Chance, Studierende für eine Weiterbeschäftigung im Betrieb zu motivieren. Die Einarbeitung und die sukzessive Übernahme von Verantwortung muss geplant und gut begleitet werden. Gute Erfahrungen werden mit Mentoring-Modellen für Berufseinsteigende gemacht.

- Ein präsentes Thema ist die physische und psychische Belastung in den Pflege- und Gesundheitsberufen. Die Covid-19-Pandemie hat das Pflege- und Betreuungspersonal in dieser Hinsicht noch zusätzlich stark belastet. Die hohe Beanspruchung und die unregelmässigen Arbeitszeiten scheinen auch ein Grund dafür zu sein, dass nur wenige Gesundheitsfachpersonen zu einem Beschäftigungsgrad von 100% angestellt sind. Den Führungspersonen kommt eine entscheidende Rolle zu, Anzeichen von Überbelastung bei den Mitarbeitenden zu erkennen und rechtzeitig temporäre Entlastungsmöglichkeiten anzubieten. Die vielfach geforderte Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit erschöpft sich nicht in einem Kinderbetreuungsangebot, das auf die Arbeitszeiten des Personals abgestimmt ist. Dazu gehört beispielsweise auch, dass die Dienstpläne eingehalten werden und das Personal bei unerwarteten Absenzen nicht kurzfristig einspringen muss.
- Beim Thema Laufbahnplanung, berufliche Entwicklung bis hin zu Talentförderung liegt im Gesundheitsbereich noch Potenzial brach. Dabei geht es darum, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten innerbetrieblich regelmässig zu thematisieren. Austrittsgespräche tragen dazu bei, die Gründe für berufliche Wechsel besser zu kennen und sie können genutzt werden, um Beschäftigungsmöglichkeiten in einem anderen Versorgungssetting aufzuzeigen. Integrierte Versorgungsnetzwerke sind für eine solche überbetriebliche Zusammenarbeit zur Laufbahnplanung und Rekrutierung von Mitarbeitenden geradezu prädestiniert.

Handlungsfeld Personaleinsatz

Nebst Massnahmen zur Optimierung der Prozessorganisation und des Personaleinsatzes in den Betrieben sind auch Entwicklungen auf Ebene des Versorgungssystems nötig, damit sich die Schere zwischen dem wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen und dem verfügbaren Angebot an Personal längerfristig nicht zu weit öffnet. Gefragt sind integrierte Versorgungsmodelle, welche insbesondere auf die Versorgung von chronisch kranken Menschen ausgerichtet sind. Durch die bessere Vernetzung der Leistungserbringer untereinander werden Schnittstellen reduziert und Doppelspurigkeiten vermieden. Zu den neuen Versorgungsmodellen gehören auch neue, erweiterte Rollen für die nicht ärztlichen Gesundheitsberufe. Die Advanced Practice-Rollen erweitern die Laufbahnmöglichkeiten und steigern damit die Attraktivität der Gesundheitsberufe. Die Erfahrungen aus dem Ausland und erste Erfahrungen in der Schweiz belegen eine hohe Personal- und Patientenzufriedenheit von solchen Modellen (u.a. Grylka-Baeschlin et al., 2020). Für die

flächendeckende Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen braucht es Anpassungen bei den regulatorischen Grundlagen und bei den Finanzierungsmechanismen.

12.8 Würdigung und Fazit

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts sind beeindruckend. Der Bestand des Pflege- und Betreuungspersonals hat zwischen 2012 und 2019 um rund 20% zugenommen. Der wachsende Personalbedarf widerspiegelt die steigende Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, welche hauptsächlich von der demografischen und epidemiologischen Entwicklung beeinflusst wird. Mit einer Zunahme um insgesamt 39% ist das Pflege- und Betreuungspersonal in den Spitex-Organisationen im Betrachtungszeitraum doppelt so stark gewachsen wie im Durchschnitt aller Versorgungsbereiche. Die Personalentwicklungen bilden damit die Veränderungen in der Versorgungslandschaft ab. Auch bei den medizinisch-technischen und bei den medizinisch-therapeutischen Berufen sind die Personalbestände mit 13% bzw. 32% ebenfalls deutlich gewachsen, wobei hier nur der Spitalbereich ohne die ambulanten Labors, Institute und Praxen berücksichtigt ist.

Erfreulicherweise konnten auch die Ausbildungsabschlüsse im gleichen Zeitraum weiter gesteigert werden: Mit einer Zunahme von 74% (durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 8,3%) zwischen 2012 und 2019 haben die Abschlüsse der diplomierten Pflegefachpersonen HF am meisten zugelegt, gefolgt von den BSc-Diplomen der Pflegefachpersonen FH mit 49% (durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 5,9%). Auch die Abschlüsse zur/zum Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ haben mit rund 34% nochmals eine beachtliche Steigerung erreicht. Die MTT-Ausbildungen auf HF- wie FH-Stufe verzeichneten im Betrachtungszeitraum ebenfalls einen erfreulichen Zuwachs.

Es ist ganz wesentlich der bemerkenswerten Steigerung der Ausbildungsabschlüsse zu verdanken, dass die Prognosen zum Verhältnis von Bedarf und Angebot auf den Zeithorizont 2029 ein besseres Bild ergeben, als dies im Nationalen Versorgungsbericht von 2016 auf den Horizont 2025 prognostiziert wurde (Deckungsgrad von 43% für das Pflegefachpersonal auf Tertiärstufe und Deckungsgrad von 75% für das Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II). Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass die Methodik im vorliegenden Bericht gegenüber dem Bericht von 2016 weiterentwickelt wurde. Im Bericht von 2016 wurden die Ausbildungsabschlüsse des Jahres 2014 dem prognostizierten Nachwuchsbedarf gegenübergestellt, während im vorliegenden Bericht die erwartete Entwicklung (weitere Zunahme) der Ausbildungsabschlüsse und die Laufbahnen des Pflege- und Betreuungspersonals mitberücksichtigt wurden. Diese positive Entwicklung der vergangenen Jahre ist auf die grossen Anstrengungen der Betriebe und der Schulen bei der Rekrutierung und bei der Ausbildung von Gesundheitspersonal zurückzuführen und entsprechend zu würdigen.

Bisher wurde das Delta zwischen Bedarf und Angebot hauptsächlich mit der Rekrutierung von ausländischem Fachpersonal

kompensiert: so betrug der Anteil des diplomierten Pflegefachpersonals mit einem ausländischen Diplom in Spitälern und Pflegeheimen im Jahr 2019 beachtliche 30 Prozent. Es ist ungewiss, wie stark sich die Schweiz auch in Zukunft auf ausländisches Personal – sei es aus Nachbarländern oder aus anderen Staaten – abstützen kann, vor allem dann, wenn die anderen Länder selber unter Fachkräftemangel leiden. Das errechnete Personalangebot (vgl. 9.2) basiert auf einer prognostizierten Zunahme der Ausbildungsabschlüsse Pflege auf Tertiärstufe von 28% bis ins Jahr 2029. Eine solche nochmals beachtliche Steigerung setzt voraus, dass genügend Studierende rekrutiert und vor allem genügend Praktikumsplätze bereitgestellt werden. Angesichts der beschriebenen Entwicklungen stellt dies für die Branche eine grosse Herausforderung dar. Immerhin gibt die erfreuliche Steigerung der Ausbildungszahlen in den vergangenen Jahren auch für die Zukunft Anlass zur Hoffnung.

Wenn die Ausbildungszahlen tatsächlich im prognostizierten Rahmen erhöht werden können, so liessen sich der Zusatzbedarf und der durch die Pensionierungen entstehende Ersatzbedarf bis ins Jahr 2029 theoretisch decken. Die Lücke zwischen Angebot und Bedarf entsteht also im Wesentlichen durch die vorzeitigen Berufsaustritte und die Verluste beim Übergang von der Ausbildung zum Eintritt in den Arbeitsmarkt – auch das ist eine wesentliche Erkenntnis des vorliegenden Berichts.

Aus diesem Grund kommt der Personalerhaltung und der Erhöhung der Berufsverweildauer eine entscheidende Rolle zu, auch wenn die Massnahmen in allen Handlungsfeldern fortgeführt und wo möglich verstärkt werden müssen. In diesem Sinne sind die Betriebe gefordert, grosse Sorge zu ihrem Personal zu tragen. Damit sie dies tun können, braucht es weitsichtige Rahmenbedingungen durch Politik und Behörden.

13 Literatur

- Arnold, M. & Posch, A. (2021). Auswirkungen der ersten Covid-19-Welle auf Pflegefachkräfte in Schweizer Spitälern. Spitalpflegereport Schweiz 2020. Universität Bern.
- Dolder, P. & Grünig, A. (2009). Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Bern: GDK und OdASanté.
- Dolder, P. & Grünig, A. (2016). Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Bern: GDK und OdASanté.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions. Évolutions 2006–2013. Obsan Rapport 69. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistler-Dousse, S. (2016). Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle. Obsan Bulletin 13/2016. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Évolutions 2006 –2013. Obsan Rapport 67. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- GDK-Vorstand (2015). Empfehlungen zu den Nettonormkosten der praktischen Ausbildung bei den nicht-universitären Gesundheitsberufen. Veröffentlicht auf <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsberufe/nicht-universitaere-gesundheitsberufe/personalsicherung>.
- Gehret, A., Aeppli, M., Kuhn, A. & Schweri, J. (2019). Lohnt sich die Lehrlingsausbildung für die Betriebe? Resultate der vierten Kosten-Nutzen-Erhebung. Zollikofen: Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung EHB. <https://www.ehb.swiss/berufsauswertungen>
- Grylka-Baesclin, S., Borner, B. & Pehlke-Milde, J. (2020). Berufssituation der Hebammen in Einrichtungen mit und ohne hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Kanton. ZHAW. Erschienen in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, Georg Thieme Verlag 2020. [10.1055/a-1083-7028](https://doi.org/10.1055/a-1083-7028)
- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. & Widmer, M. (2009). Personnel de santé en Suisse – État des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Document de travail 35. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jörg, R., Hedinger, D., Füglistler-Dousse, S. & Widmer, M. (2019). Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden. Obsan Bericht 14/2019. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kohli, R., Babel, J. & Deplazes, J. (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020-2050. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Lobsiger, M. & Liechti, D. (2021). Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Eine Analyse auf Basis der Strukturerhebungen 2016–2018. Obsan Bericht 01/2021. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Mahlstein, A. & Weishaupt, E. (2018). Berufsstatistik über die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen in der Schweiz - Resultate 2017. Berner Fachhochschule.
- Meier, U. (1996) Verzeichnis der persönlichen Berufe. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030. Obsan Bericht 71. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Merçay, C., Babel, J. & Strübi, P. (2021) Bildungsverläufe im Pflegebereich. BFS Aktuell. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Möckli, N., Denhaerynck, K., De Geest, S., Leppla, L., Beckmann, S., Hediger, H., & Zúñiga, F. (2020). The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. *Health & Social Care in the Community*, 28(6). doi:10.1111/hsc.13010
- OFS (2013). Statistique des hôpitaux - Annexe IV Fonctions du personnel (version 1.2), 17.01.2013
- Peter, K., Renggli, F., Schmidt, X. & al. (2021). Arbeitsbedingter Stress bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz – Abschlussbericht STRAIN für: alle Organisationen. Bern: Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit.
- Physioswiss (2019). Jahresbericht Schweizer Physiotherapie Verband.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2020). L'ambulatoire avant le stationnaire. Obsan rapport 14/2020. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

- Schaffert, R. & Bänziger, A. (2021). Early professional careers in nursing in Switzerland: results from a longitudinal study after career start. In: 2nd International CNHW Conference 2021: «Effective Measures to keep our Treasures – How to care for Health Professionals and Family Caregivers», Online Conference, 29-30 April 2021. https://www.cnhw.ch/fileadmin/user_upload/Schaffert_R_Early_professional_careers_in_nursing.pdf
- Schaffert, R. & Robin, D. (2019). Was Pflegefachpersonen erwarten, um langfristig im Beruf zu bleiben. Krankenpflege. 2019(06), S.25-27. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.21256/zhaw-18293>
- Trede, I., Grønning, M., Pregaldini, D., Kriesi, I., Schweri, J. & Baumeler, C. (2017). Fachfrau/Fachmann Gesundheit - Traumjob oder Zwischenstopp? Neue Resultate zu den Berufs- und Bildungsverläufen der Lehrabsolventinnen und -absolventen. Zollikofen, Bern: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB und OdASanté. https://www.hefp.swiss/sites/default/files/documents/trendbericht_2_de.pdf
- Trede, I. & Grønning, M. (2018). Berufsverläufe von Fachfrauen und -männern Gesundheit. Panorama, 32(3), 16-17. https://www.ehb.swiss/sites/default/files/documents/16-17_panorama_03_2018_de_0.pdf
- Vaucher, P., Macdonald, R. & Carnes, D. Osteopathy in Switzerland: Practice and Contribution to Healthcare 2016 – 2017. Version 1.2; June 2018; Swiss Osteopathy Science Foundation; Fribourg, Switzerland; doi: 10.5281/zenodo.1290808
- Seco (2018). Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- 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.
- Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, R. & 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.
- Widmer, M. & Kohler, D. (2016). Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen. Aktualisierung 2013. Obsan Bulletin 4/2016. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Zanoni, U., Berchtold, P. & Schusselé Fillietaz, S. (2019). Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden. Bern: Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK.
- Zúñiga, F., Favez, L., Baumann, S. & al. (2021). SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Universität Basel. <https://shurp.unibas.ch/shurp-2018-publikationen/>

14 Anhänge

T 14.1 Spitäler: Gesundheitspersonal (Anzahl VZÄ) nach Funktion, Schweiz und Sprachregionen, 2019

	Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	9 809	12 231	6 405	8 152	2 759	3 304	645	776
Dipl. Pflegefachperson	29 282	31 331	19 416	20 672	8 687	9 272	1 179	1 387
Pflege Sekundarstufe II	5 339	9 128	4 476	7 407	781	1 651	82	70
Pflege Assistenzstufe	5 630	4 634	2 642	2 200	2 676	2 076	312	358
Sonstiges Pflegepersonal	4 880	5 005	3 803	3 823	919	1 067	159	115
Hebamme	1 651	1 947	1 045	1 231	562	657	44	58
Techn. Operationsfachperson	2 439	2 373	2 000	2 041	397	261	43	70
Med.-techn. Radiologiefachperson	2 695	3 225	1 787	2 173	770	886	138	166
Biomed. Analytiker/in	2 527	2 721	1 742	1 888	689	739	95	94
Med.-techn. Personal Sek II	1 524	2 109	1 195	1 626	275	375	54	109
Rettungssanitäter/in	581	718	499	633	82	85	.	.
Transportsanitäter/in	107	76	51	42	56	34	.	.
Physiotherapeut/in	3 270	3 776	2 440	2 734	684	856	146	186
Ergotherapeut/in	909	1 065	644	744	243	289	22	32
Ernährungsberater/in	385	561	261	386	124	175	.	.
Logopädie	191	308	147	251	38	48	6	9
Aktivierungstherapeut/in	251	268	226	235	23	33	2	.
Psychologin/Psychologe	1 561	2 477	1 131	1 957	402	480	29	39
Med. Masseur/in	132	167	117	156	11	5	4	6
Med.-therapeut. Personal Sek II	582	412	465	309	102	96	15	7
Andere/r Therapeut/in	44	381	24	322	20	58	.	2

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

T 14.2 Spitäler: Gesundheitspersonal (Anzahl Beschäftigte) nach Funktion, Schweiz und Sprachregionen, 2019

	Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	12 174	15 425	7 912	10 484	3 436	3 980	826	961
Dipl. Pflegefachperson	39 419	42 325	26 521	28 466	11 420	12 163	1 478	1 696
Pflege Sekundarstufe II	6 607	11 280	5 464	9 088	1 072	2 125	71	67
Pflege Assistenzstufe	7 135	5 963	3 475	2 938	3 291	2 591	369	434
Sonstiges Pflegepersonal	7 540	7 685	6 066	6 150	1 300	1 400	174	135
Hebamme	2 428	2 849	1 547	1 851	824	918	57	80
Techn. Operationsfachperson	2 911	2 808	2 362	2 410	498	314	51	84
Med.-techn. Radiologiefachperson	3 348	3 942	2 182	2 666	980	1 084	186	192
Biomed. Analytiker/in	3 267	3 438	2 259	2 401	876	924	132	113
Med.-techn. Personal Sek II	1 951	2 736	1 546	2 156	343	443	62	137
Rettungssantter/in	742	932	610	823	132	109	.	.
Transportsantter/in	193	118	91	71	102	47	.	.
Physiotherapeut/in	4 197	4 992	3 134	3 679	894	1 106	169	207
Ergotherapeut/in	1 259	1 495	887	1 064	344	396	28	35
Ernährungsberater/in	608	864	412	598	196	266	.	.
Logopädie	285	482	214	382	64	85	7	15
Aktivierungstherapeut/in	416	466	373	407	40	59	3	.
Psychologin/Psychologe	2 351	3 683	1 695	2 844	611	781	45	58
Med. Masseur/in	175	232	154	213	15	10	6	9
Med.-therapeut. Personal Sek II	889	677	730	529	150	139	9	9
Andere/r Therapeut/in	83	702	48	599	35	101	.	2

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

T 14.3 Spitäler: Gesundheitspersonal nach Ttigkeitbereich (Anzahl VZÄ) und nach Funktion, Schweiz und Sprachregionen, 2019

Ttigkeitbereich	Funktion	Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
		2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Akutspital	Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	8 585	11 027	5 721	7 540	2 318	2 826	546	660
	Dipl. Pflegefachperson	22 428	23 712	15 098	15 658	6 338	6 877	992	1 176
	Pflege Sekundarstufe II	3 910	6 766	3 361	5 627	496	1 099	53	41
	Pflege Assistenzstufe	4 246	3 484	2 109	1 707	1 876	1 484	261	293
	Sonstiges Pflegepersonal	3 870	3 773	3 026	2 827	711	850	133	95
	Hebamme	1 650	1 946	1 045	1 231	561	657	44	58
	Techn. Operationsfachperson	2 433	2 370	1 999	2 041	391	258	43	70
	Med.-techn. Radiologiefachperson	2 666	3 193	1 765	2 156	762	871	138	166
	Biomed. Analytiker/in	2 500	2 681	1 719	1 851	686	737	94	93
	Med.-techn. Personal Sek II	1 422	2 007	1 104	1 535	265	363	54	109
	Rettungssanitäter/in	581	718	499	633	82	85	.	.
	Transportsanitäter/in	107	76	51	42	56	34	.	.
	Physiotherapeut/in	2 310	2 601	1 702	1 821	517	670	91	110
	Ergotherapeut/in	481	580	319	379	158	189	4	12
	Ernährungsberater/in	351	508	239	351	112	157	.	.
	Logopädie	125	178	95	143	30	34	.	1
	Aktivierungstherapeut/in	65	44	57	27	8	17	.	.
	Psychologin/Psychologe	404	580	220	399	176	171	9	9
	Med. Masseur/in	33	52	30	49	1	0	2	3
	Med.-therapeut. Personal Sek II	272	263	212	198	53	58	7	7
	Andere/r Therapeut/in	24	175	8	138	16	36	.	1
Psychiatrie	Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	881	807	511	379	285	329	85	99
	Dipl. Pflegefachperson	4 251	4 801	3 021	3 475	1 135	1 230	95	96
	Pflege Sekundarstufe II	712	1 139	634	1 036	76	100	2	3
	Pflege Assistenzstufe	330	269	172	163	152	91	7	15
	Sonstiges Pflegepersonal	453	485	406	428	46	55	1	2
	Med.-techn. Radiologiefachperson	1	0	1	0	.	0	.	.
	Biomed. Analytiker/in	9	24	9	23	1	1	.	.
	Med.-techn. Personal Sek II	63	22	62	19	1	3	.	.
	Physiotherapeut/in	72	106	64	94	6	6	1	7
	Ergotherapeut/in	180	192	142	149	32	39	6	4
	Ernährungsberater/in	8	13	4	7	3	6	.	.
	Logopädie	1	43	.	38	1	5	.	.
	Aktivierungstherapeut/in	150	171	141	164	7	7	2	.
	Psychologin/Psychologe	1 006	1 724	797	1 436	199	269	11	19
Rehabilitation/Geriatrische	Med. Masseur/in	7	9	5	6	2	2	1	1
	Med.-therapeut. Personal Sek II	247	99	224	83	15	16	8	.
	Andere/r Therapeut/in	3	153	3	150	.	3	.	.
	Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	343	398	173	233	156	148	14	17
	Dipl. Pflegefachperson	2 603	2 818	1 297	1 539	1 214	1 165	92	114
	Pflege Sekundarstufe II	717	1 222	481	744	209	453	27	26
	Pflege Assistenzstufe	1 054	881	361	330	648	501	45	50
	Sonstiges Pflegepersonal	557	748	370	568	162	162	25	18
	Techn. Operationsfachperson	6	3	0	.	6	3	.	.
	Med.-techn. Radiologiefachperson	29	31	22	16	8	15	.	.
	Biomed. Analytiker/in	17	16	14	13	2	1	1	1
	Med.-techn. Personal Sek II	38	80	29	71	9	8	.	0
	Physiotherapeut/in	889	1 069	673	819	161	180	54	69
	Ergotherapeut/in	247	294	183	216	53	60	12	17
	Ernährungsberater/in	26	40	18	28	8	12	.	.
	Logopädie	66	87	52	70	7	9	6	8
	Aktivierungstherapeut/in	36	53	29	44	8	8	.	.
	Psychologin/Psychologe	151	172	114	122	27	40	9	11
	Med. Masseur/in	92	107	83	101	8	3	2	3
	Med.-therapeut. Personal Sek II	63	49	29	28	34	21	.	.
	Andere/r Therapeut/in	18	54	14	34	4	19	.	1

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

T 14.4 Spitäler: Gesundheitspersonal nach Tätigkeitsbereich (Anzahl Beschäftigte) und nach Funktion, Schweiz und Sprachregionen, 2019

Tätigkeitsbereich	Funktion	Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
		2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Akutspital	Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	10 747	14 010	7 127	9 739	2 916	3 448	704	823
	Dipl. Pflegefachperson	30 524	32 313	20 857	21 760	8 415	9 112	1 252	1 441
	Pflege Sekundarstufe II	4 800	8 305	4 074	6 838	684	1 431	42	36
	Pflege Assistenzstufe	5 331	4 481	2 746	2 296	2 274	1 830	311	355
	Sonstiges Pflegepersonal	6 085	5 881	4 947	4 660	996	1 112	142	109
	Hebamme	2 428	2 848	1 547	1 851	824	917	57	80
	Techn. Operationsfachperson	2 904	2 804	2 361	2 410	492	310	51	84
	Med.-techn. Radiologiefachperson	3 296	3 894	2 147	2 640	963	1 062	186	192
	Biomed. Analytiker/in	3 221	3 377	2 220	2 344	870	921	131	112
	Med.-techn. Personal Sek II	1 818	2 594	1 426	2 031	330	427	62	136
	Rettungssanitäter/in	742	932	610	823	132	109	.	0
	Transportsanitäter/in	193	118	91	71	102	47	.	.
	Physiotherapeut/in	3 026	3 448	2 238	2 452	682	878	106	118
	Ergotherapeut/in	690	813	444	539	239	262	7	12
	Ernährungsberater/in	542	759	368	527	174	232	.	.
	Logopädie	193	280	144	217	49	61	.	2
	Aktivierungstherapeut/in	119	78	108	51	11	27	.	.
	Psychologin/Psychologe	629	961	337	651	271	293	21	17
	Med. Masseur/in	45	71	40	67	3	1	2	3
	Med.-therapeut. Personal Sek II	419	391	332	304	79	78	8	9
	Andere/r Therapeut/in	53	293	22	221	31	71	.	1
Psychiatrie	Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	1 015	953	581	464	328	370	106	119
	Dipl. Pflegefachperson	5 510	6 368	4 014	4 704	1 383	1 545	113	119
	Pflege Sekundarstufe II	860	1 450	761	1 320	97	126	2	4
	Pflege Assistenzstufe	457	363	225	208	224	135	8	20
	Sonstiges Pflegepersonal	681	773	619	685	60	86	2	2
	Hebamme	.	1	.	.	.	1	.	.
	Techn. Operationsfachperson	.	1	.	.	.	1	.	.
	Med.-techn. Radiologiefachperson	1	0	1	0	.	0	.	.
	Biomed. Analytiker/in	17	39	16	38	1	1	.	.
	Med.-techn. Personal Sek II	79	35	78	31	1	4	.	.
	Physiotherapeut/in	118	199	107	180	9	8	2	11
	Ergotherapeut/in	265	293	214	234	43	54	8	5
	Ernährungsberater/in	18	24	11	13	7	11	.	.
	Logopädie	3	71	.	61	3	10	.	.
	Aktivierungstherapeut/in	236	296	220	281	13	15	3	.
Rehabilitation/ Geriatric	Psychologin/Psychologe	1 501	2 463	1 196	2 012	294	426	11	25
	Med. Masseur/in	15	18	9	11	4	5	2	2
	Med.-therapeut. Personal Sek II	376	217	349	185	26	32	1	.
	Andere/r Therapeut/in	8	312	8	308	.	4	.	.
	Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung	412	462	204	281	192	162	16	19
	Dipl. Pflegefachperson	3 385	3 644	1 650	2 002	1 622	1 506	113	136
	Pflege Sekundarstufe II	947	1 525	629	930	291	568	27	27
	Pflege Assistenzstufe	1 347	1 119	504	434	793	626	50	59
	Sonstiges Pflegepersonal	774	1 031	500	805	244	202	30	24
	Techn. Operationsfachperson	7	3	1	.	6	3	.	.
	Med.-techn. Radiologiefachperson	51	48	34	26	17	22	.	.
	Biomed. Analytiker/in	29	22	23	19	5	2	1	1
	Med.-techn. Personal Sek II	54	107	42	94	12	12	.	1
	Physiotherapeut/in	1 053	1 345	789	1 047	203	220	61	78
	Ergotherapeut/in	304	389	229	291	62	80	13	18
	Ernährungsberater/in	48	81	33	58	15	23	.	.
	Logopädie	89	131	70	104	12	14	7	13
	Aktivierungstherapeut/in	61	92	45	75	16	17	.	.
	Psychologin/Psychologe	221	259	162	181	46	62	13	16
	Med. Masseur/in	115	143	105	135	8	4	2	4
	Med.-therapeut. Personal Sek II	94	69	49	40	45	29	.	.
	Andere/r Therapeut/in	22	97	18	70	4	26	.	1

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© Obsan 2021

T 14.5 Alters- und Pflegeheime: Gesundheitspersonal (Anzahl VZÄ) nach Ausbildung Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Ausbildung	Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Dipl. Pflegefachperson mit Weiterbildung	2 981	3 674	2 302	2 889	546	604	132	180
Dipl. Pflegefachperson	7 584	8 431	5 777	6 258	1 463	1 613	344	560
Pflegefachperson DNI	3 519	2 827	2 812	1 968	615	738	92	121
Krankenpfleger/-in FA-SRK/PKP	3 047	2 004	2 373	1 545	439	308	235	151
Pflegepersonal mit ausländischen Ausweis	46	7	28	6	16	1	1	.
Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ	5 639	11 081	4 509	9 201	903	1 523	228	357
Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ	369	310	290	255	77	49	3	6
Pflegeassistent/in FA	7 438	6 194	4 316	3 024	2 102	1 998	1 020	1 172
Pflegehelfer/in SRK-Kurs	12 069	14 519	8 496	10 336	3 406	3 959	166	224
Dipl. Therapeut/in	549	675	365	430	126	104	58	141
Dipl. Sozialarbeiter/in, dipl. Sozialpädagoge/in	348	438	198	201	149	216	1	21
Betreuungsberufe EFZ	1 771	1 219	1 516	970	229	206	25	43
Übrige therapeutische und betreuerische Ausbildungen	1 313	1 210	733	731	508	433	72	46
Andere Ausbildungen	2 201	1 960	1 630	1 397	459	397	112	167
Ohne Ausbildungsabschluss	5 728	7 209	3 365	4 575	2 052	2 210	311	424
Fachfrau/-mann Betreuung FaBe	.	1 257	.	788	.	422	.	47
Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	.	1 878	.	1 363	.	390	.	125

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

T 14.6 Alters- und Pflegeheime: Gesundheitspersonal (Anzahl Beschäftigte) nach Ausbildung Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Ausbildung	Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Dipl. Pflegefachperson mit Weiterbildung	3 835	4 737	2 983	3 777	712	757	140	203
Dipl. Pflegefachperson	10 461	11 515	8 047	8 693	1 981	2 149	433	673
Pflegefachperson DNI	4 734	3 796	3 811	2 696	816	945	107	155
Krankenpfleger/-in FA-SRK/PKP	4 899	3 034	3 939	2 402	671	450	289	182
Pflegepersonal mit ausländischen Ausweis	66	10	43	8	22	2	1	.
Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ	7 064	14 090	5 562	11 558	1 248	2 097	254	435
Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ	617	480	482	401	130	70	5	9
Pflegeassistent/in FA	9 870	8 236	5 864	4 237	2 774	2 613	1 232	1 386
Pflegehelfer/in SRK-Kurs	18 072	20 911	13 160	15 327	4 701	5 299	211	285
Dipl. Therapeut/in	981	1 171	617	745	272	201	92	225
Dipl. Sozialarbeiter/in, dipl. Sozialpädagoge/in	521	657	285	291	235	335	1	31
Betreuungsberufe EFZ	2 462	1 762	2 077	1 407	351	300	34	55
Übrige therapeutische und betreuerische Ausbildungen	2 170	1 949	1 258	1 251	800	619	112	79
Andere Ausbildungen	3 771	3 225	2 852	2 330	775	687	144	208
Ohne Ausbildungsabschluss	7 912	9 015	4 428	5 415	3 150	3 153	334	447
Fachfrau/-mann Betreuung FaBe	.	1 752	.	1 056	.	634	.	62
Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	.	2 305	.	1 677	.	481	.	147

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© Obsan 2021

T 14.7 Spitex: Gesundheitspersonal (Anzahl VZÄ) nach Ausbildung, Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Ausbildung	Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Pflegefachfrau / Pflegefachmann FH	122	1 069	66	338	50	707	7	23
Diplomierte Pflegefachfrau / diplomierter Pflegefachmann HF	1 357	3 359	1 295	2 915	51	315	12	128
Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplomniveau II	733	736	499	305	111	309	122	122
Diplom: Krankenschwester/-pfleger AKP/GKP/KWS/PsyKP	2 674	1 974	1 329	871	1 234	877	112	226
Pflegefachfrau DNI / Pflegefachmann DNI oder Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplomniveau I	12	14	12	14	.	1	.	.
Nachdiplom Gesundheitsschwester/-pfleger, Fachbereich spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege	350	329	318	255	28	27	4	47
Nachdiplom Gesundheitsschwester/-pfleger, Fachbereich Mütter- /Väterberatung	549	604	452	513	91	85	6	6
Andere Nachdiplomausbildungen (HÖFA I, Pflegeleitung, Palliative Care,...)	2 286	4 004	1 330	2 569	724	1 177	232	258
Fähigkeitsausweis: Krankenpfleger/in FA SRK	54	53	53	48	1	5	.	1
Hauspfleger/in (EFZ oder kantonales Diplom), Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ	365	328	257	196	106	111	1	21
Betagtenbetreuer/in, Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ	986	1 475	549	654	387	636	51	185
Pflegeassistent/in SRK, Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	254	169	91	52	142	115	22	3
Pflege-/Betreuungskurse (z.B. SRK-Grundkurs Pflegehelferin)	19	21	8	10	4	2	8	9
Hebamme	342	565	249	282	89	227	4	56
Therapeutische Ausbildung mit Diplom (Ergo-, Physiotherapie u.ä.)	108	152	6	6	102	146	.	.
Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ	3 502	4 261	1 930	2 494	1 428	1 658	143	108

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

© Obsan 2021

T 14.8 Spitex: Gesundheitspersonal (Anzahl Beschäftigte) nach Ausbildung, Schweiz und Sprachregionen, 2012 und 2019

Ausbildung	Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Pflegefachfrau / Pflegefachmann FH	270	2 002	157	698	102	1 267	11	37
Diplomierte Pflegefachfrau / diplomierter Pflegefachmann HF	3 025	7 246	2 905	6 386	94	587	26	273
Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplomniveau II	1 650	1 541	1 200	768	228	560	222	213
Diplom: Krankenschwester/-pfleger AKP/GKP/KWS/PsyKP	5 813	3 928	3 382	2 208	2 186	1 330	245	390
Pflegefachfrau DNI / Pflegefachmann DNI oder Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplomniveau I	40	32	40	30	.	2	.	.
Nachdiplom Gesundheitsschwester/-pfleger, Fachbereich spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege	874	832	801	689	59	61	14	82
Nachdiplom Gesundheitsschwester/-pfleger, Fachbereich Mütter- /Väterberatung	1 465	1 442	1 247	1 220	202	207	16	15
Andere Nachdiplomausbildungen (HÖFA I, Pflegeleitung, Palliative Care,...)	4 290	7 624	2 649	5 252	1 259	1 941	382	431
Fähigkeitsausweis: Krankenpfleger/in FA SRK	160	153	157	140	3	12	.	1
Hauspfleger/in (EFZ oder kantonales Diplom), Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ	760	713	576	450	182	213	2	50
Betagtenbetreuer/in, Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ	2 421	3 384	1 528	1 780	746	1 218	147	386
Pflegeassistent/in SRK, Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	377	238	151	89	193	143	33	6
Pflege-/Betreuungskurse (z.B. SRK-Grundkurs Pflegehelferin)	47	57	19	30	9	8	19	19
Hebamme	574	891	446	481	123	322	5	88
Therapeutische Ausbildung mit Diplom (Ergo-, Physiotherapie u.ä.)	219	258	21	14	197	243	1	1
Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ	9 055	10 707	5 615	7 326	3 125	3 174	315	207

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

© Obsan 2021

T 14.9 Grademix des Pflege- und Betreuungspersonals (Anzahl Beschäftigte) nach Institutionstyp in %, 2019

Kanton	Spitäler			Alters- und Pflegeheime			Spitex			Total		
	Tertiärstufe	Sekundarstufe II	Andere/ohne Ausbildung	Tertiärstufe	Sekundarstufe II	Andere/ohne Ausbildung	Tertiärstufe	Sekundarstufe II	Andere/ohne Ausbildung	Tertiärstufe	Sekundarstufe II	Andere/ohne Ausbildung
ZH	69,0	20,7	10,2	36,4	41,5	22,1	40,6	35,3	24,2	51,1%	31,4%	17,5%
BE	66,5	20,3	13,2	24,9	45,8	29,2	41,6	37,1	21,3	45,3%	33,6%	21,1%
LU	68,4	30,5	1,0	31,7	42,4	26,0	50,4	37,5	12,1	50,5%	36,5%	12,9%
UR	65,2	20,0	14,8	24,5	35,6	40,0	34,4	28,1	37,5	38,4%	29,8%	31,8%
SZ	66,9	23,7	9,4	21,1	38,3	40,6	40,3	28,9	30,8	36,5%	32,8%	30,7%
OW	74,7	12,0	13,3	31,5	38,6	29,9	44,1	23,4	32,4	45,7%	28,2%	26,2%
NW	64,3	29,7	6,0	30,1	34,5	35,4	49,7	36,6	13,7	43,8%	33,7%	22,5%
GL	70,4	16,9	12,7	26,9	31,2	41,9	50,4	23,0	26,7	47,5%	24,3%	28,2%
ZG	56,3	37,1	6,6	31,9	38,6	29,5	44,3	22,6	33,1	44,7%	34,4%	20,9%
FR	72,7	19,3	8,1	21,4	40,8	37,8	41,2	36,9	21,9	42,3%	32,9%	24,8%
SO	68,8	27,2	4,0	21,3	45,3	33,4	37,7	32,3	30	41,2%	36,3%	22,5%
BS	71,0	18,2	10,8	23,3	44,9	31,8	33,9	29,0	37,1	51,9%	27,3%	20,8%
BL	66,9	25,1	8,0	25,1	43,2	31,7	37,4	27,8	34,7	41,4%	33,2%	25,4%
SH	72,5	19,6	7,9	30,6	45,1	24,3	51,5	26,4	22,1	49,2%	32,5%	18,3%
AR	67,6	16,3	16,1	29,2	39,2	31,6	50,5	28,4	21,1	48,8%	27,7%	23,4%
AI	71,2	26,9	1,9	25,4	29,0	45,7	63,1	26,2	10,8	44,3%	27,8%	27,8%
SG	70,9	20,9	8,2	23,1	40,1	36,9	36,3	22,0	41,7	46,1%	28,3%	25,7%
GR	70,7	15,4	13,9	29,9	36,3	33,8	41,3	27,5	31,2	48,8%	26,1%	25,1%
AG	63,1	17,9	19,1	27,6	45,6	26,8	42,2	28,3	29,6	46,5%	29,6%	23,9%
TG	75,4	18,8	5,8	32,5	33,2	34,3	51,4	27,5	21,1	53,1%	26,4%	20,5%
TI	80,7	15,2	4,1	28,8	63,3	8,0	50,4	40,1	9,4	52,9%	40,2%	6,9%
VD	70,5	19,2	10,3	22,3	33,7	44,0	35,7	25,1	39,2	48,7%	24,8%	26,5%
VS	78,4	17,4	4,2	22,0	41,8	36,2	44,4	49,5	6,1	48,0%	34,4%	17,7%
NE	80,5	15,7	3,8	28,3	50,6	21,2	43,3	31,9	24,8	50,7%	33,6%	15,7%
GE	73,1	26,0	0,9	33,7	50,0	16,3	39,4	31,9	28,7	56,4%	32,7%	10,9%
JU	61,4	32,4	6,2	20,9	65,0	14,1	33,1	43,9	23	41,3%	45,9%	12,9%

Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)

© Obsan 2021

T 14.10 Grademix des Pflege- und Betreuungspersonals (Anzahl VZÄ) nach Institutionstyp in %, 2019

Kanton	Spitäler			Alters- und Pflegeheime			Spitex			Total		
	Tertiärstufe	Sekundarstufe II	Andere/ohne Ausbildung	Tertiärstufe	Sekundarstufe II	Andere/ohne Ausbildung	Tertiärstufe	Sekundarstufe II	Andere/ohne Ausbildung	Tertiärstufe	Sekundarstufe II	Andere/ohne Ausbildung
ZH	69,3	22,1	8,6	37,0	42,4	20,5	42,0	35,8	22,2	52,6%	32,2%	15,2%
BE	67,2	22,2	10,6	24,4	48,1	27,5	43,0	39,0	18,0	46,4%	35,1%	18,6%
LU	68,1	31,0	0,9	32,4	44,0	23,6	54,3	35,0	10,7	51,6%	36,9%	11,5%
UR	63,0	24,9	12,1	25,4	38,3	36,3	36,4	31,8	31,8	39,6%	33,0%	27,4%
SZ	65,2	24,3	10,5	21,3	41,4	37,2	45,6	33,5	20,9	37,1%	35,5%	27,5%
OW	71,7	15,3	13,0	31,1	40,7	28,2	58,2	27,1	14,7	46,9%	31,2%	21,8%
NW	59,4	34,4	6,1	32,2	35,5	32,3	55,2	38,5	6,3	44,1%	35,6%	20,3%
GL	70,7	16,1	13,2	28,2	31,7	40,2	57,9	22,1	20,0	48,4%	24,4%	27,2%
ZG	55,5	37,8	6,7	32,3	40,5	27,2	51,8	26,6	21,6	45,6%	37,5%	16,9%
FR	72,2	19,5	8,3	23,4	40,0	36,5	44,4	37,8	17,7	44,2%	32,3%	23,6%
SO	67,9	28,5	3,7	21,3	48,1	30,7	38,5	36,1	25,4	40,8%	39,3%	20,0%
BS	72,5	20,4	7,1	23,6	47,3	29,1	35,3	30,9	33,8	53,9%	29,7%	16,4%
BL	67,3	25,8	6,9	25,6	44,2	30,2	40,3	30,7	29,0	42,8%	35,4%	21,8%
SH	74,8	20,7	4,5	30,9	47,0	22,1	51,8	27,7	20,5	49,5%	35,1%	15,4%
AR	68,1	17,1	14,8	29,9	41,7	28,4	52,2	34,8	13,0	49,8%	29,4%	20,7%
AI	65,8	33,0	1,2	26,3	33,1	40,6	54,7	38,1	7,2	38,4%	33,7%	27,9%
SG	67,9	24,2	7,9	23,0	42,2	34,7	43,8	24,9	31,2	47,4%	31,5%	21,1%
GR	69,2	16,4	14,4	28,7	38,9	32,4	40,4	31,8	27,8	48,1%	28,1%	23,8%
AG	63,7	19,9	16,5	28,1	47,0	24,9	46,9	34,4	18,7	47,8%	32,2%	20,0%
TG	75,1	19,6	5,3	32,6	35,3	32,2	49,2	30,9	20,0	53,6%	27,7%	18,7%
TI	79,9	15,8	4,2	28,9	63,6	7,5	51,4	39,5	9,1	52,9%	40,6%	6,5%
VD	70,8	18,8	10,3	22,8	31,6	45,6	37,7	25,2	37,2	50,1%	23,9%	26,0%
VS	76,9	17,9	5,2	23,1	42,2	34,6	45,1	50,5	4,4	49,6%	33,1%	17,3%
NE	81,2	15,4	3,4	29,1	49,9	21,1	47,3	29,6	23,1	54,2%	31,7%	14,1%
GE	72,3	27,0	0,7	32,4	51,2	16,5	43,2	31,3	25,5	57,3%	33,4%	9,3%
JU	62,2	31,7	6,1	20,7	63,7	15,6	32,9	45,8	21,3	41,3%	46,2%	12,5%

Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)

© Obsan 2021

T 14.11 Tätigkeitsindikatoren des Pflege- und Betreuungspersonals, nach Sprachregion, 2012 und 2019

		Schweiz		Deutschschweiz		Romandie		Tessin	
		2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Spitäler	Fallzahlen pro VZÄ	23,5	22,6	24,9	23,9	19,9	19,4	26,1	23,7
	Zahl der Pflgetage pro VZÄ	206	184	215	188	180	170	241	212
Alters- und Pflegeheime	Zahl der Klientinnen und Klienten (65+ jährig, Langzeitaufenthalte) pro VZÄ	1,9	1,6	1,9	1,6	1,8	1,6	1,8	1,4
	Zahl der Pflegeminuten pro Tag pro VZÄ	213	194	192	174	274	255	253	212
Spitex	Anzahl der KLV-Fälle pro VZÄ	15,9	17,9	16,5	18,1	14,8	18,1	15,7	15,6
	Anzahl der jährlichen KLV-Pflegestunden pro VZÄ	839	940	873	953	764	886	906	1106

VZÄ: Pflege- und Betreuungspersonal aller ausbildungsstufe

Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Medizinische Statistik (MS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)

© Obsan 2021



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.