

NATIONALER VERSORGUNGSBERICHT FÜR DIE GESUNDHEITSBERUFE 2016

Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene

Schweizerische Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
und OdASanté



INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	6
----------------------	---

TEIL I – ANALYSE DER AUSGANGSGRÖSSEN

1	PERSONALBESTAND.....	10
1.1	GRUNDLAGEN	10
1.2	PFLEGE UND BETREUUNG	11
1.2.1	Gliederung nach Qualifikationsstufen.....	11
1.2.2	Entwicklung der Personalbestände 2010 bis 2014	11
1.2.3	Entwicklung des Skill- und Grademix in der ganzen Schweiz	12
1.2.4	Unterschiedlicher Skill- und Grademix in den Landesteilen	13
1.2.5	Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades.....	14
1.3	HEBAMMEN, MEDIZINISCH-TECHNISCHE UND MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE BERUFE, RETTUNGSWESEN.....	14
1.3.1	Erfasstes Personal und Gliederung	14
1.3.2	Entwicklung der Personalbestände in Spitälern 2010 bis 2014	15
1.3.3	Verteilung der Mitarbeitenden in MTT-Berufen nach Spitaltypen.....	16
1.3.4	Entwicklung der Personalbestände in MTT-Berufen in den Pflegeheimen und der Spitex 2010 bis 2014...	16
1.3.5	Schätzung des Personalbestandes ausserhalb der Spitäler, der Pflegeheime und der Spitex.....	17
1.3.6	Gesamtsicht.....	19
1.4	GESUNDHEITSPERSONAL MIT AUSLÄNDISCHEM DIPLOM	19
1.4.1	Bestand	19
1.4.2	Zentrales Migrationsinformationssystem: Zuwanderung	19

1.4.3	Zentrales Migrationsinformationssystem: Migrationssaldo	20
1.5	PFLEGEPERSONALDICHTEN IM OECD-VERGLEICH...	20

2	AUSBILDUNGSTÄTIGKEIT	23
---	----------------------------	----

2.1	DATENGRUNDLAGEN.....	23
2.2	SEKUNDARSTUFE II.....	23
2.2.1	Berufsbildung.....	23
2.2.2	Zuführende Ausbildungen	24
2.3	TERTIÄRSTUFE B.....	25
2.4	TERTIÄRSTUFE A.....	25
2.5	WEITERBILDUNGEN AUF TERTIÄRSTUFE.....	27
2.6	STRUKTUR DER AUSBILDUNGEN IN PFLEGE- UND BETREUUNGSBERUFEN IN DEN LANDESTEILEN	28
2.7	INTENSITÄT DER AUSBILDUNGSTÄTIGKEIT IN DEN LANDESTEILEN	29
2.8	BILDUNGSANBIETER UND -ANGEBOTE AUF DEN TERTIÄRSTUFEN A UND B	30

3	NACHWUCHSPOTENZIAL	31
---	--------------------------	----

3.1	VORSTUFE, PRIMAR- UND SEKUNDARSTUFE.....	31
3.2	SEKUNDARSTUFE II.....	32
3.3	TERTIÄRSTUFE B.....	34
3.4	TERTIÄRSTUFE A.....	34
3.5	ERWACHSENE	34
3.5.1	Berufsumsteigende.....	34
3.5.2	Wiedereinsteigende	34
3.5.3	Berufliche Weiterentwicklung	35

TEIL II – EINSCHÄTZUNG DER BEDARFSENTWICK- LUNG

4	PROJEKTIONEN ZUM PERSONAL- BEDARF 2025 UND JÄHRLICHER NACHWUCHSBEDARF	38
4.1	PERSONAL IN PFLEGE UND BETREUUNG.....	38
4.1.1	Grundlagen der Projektionen	38
4.1.2	Personalbedarf Pflege und Betreuung im Jahr 2025	39
4.2	HEBAMMEN, MTT-BERUFE UND RETTUNGSWESEN.....	39
4.2.1	Grundlagen der Projektionen	39
4.2.2	Personalbedarf Hebammen und MTT-Berufe	41
4.3	INTERVENIERENDE VARIABLEN FÜR DEN JÄHRLICHEN NACHWUCHSBEDARF.....	41
4.3.1	Berufsverweildauer des Personals in Pflege und Betreuung	41
4.3.2	Berufsverweildauer von Hebammen und Personal in MTT-Berufen	42
4.3.3	Beschäftigungsgrad der Mitarbeitenden.....	42
4.3.4	Skill- und Grademix	42
4.3.5	Demografie, Epidemiologie und Inanspruchnahme von Leistungen	43
4.3.6	Produktivität und Wirksamkeit.....	43
4.3.7	Soziodemografische Perspektiven	43
4.3.8	Berufsentwicklung.....	43
4.3.9	Fazit	43
4.4	JÄHRLICHER NACHWUCHSBEDARF IN PFLEGE UND BETREUUNG.....	44
4.4.1	Berechnungsszenarien.....	44
4.4.2	Zubringerfunktion der Sekundarstufe II.....	44
4.4.3	Nachwuchsbedarf in den drei Versorgungs- bereichen.....	44

4.5	JÄHRLICHER NACHWUCHSBEDARF HEBAMMEN UND MTT-BERUFE.....	47
4.6	DECKUNG DES NACHWUCHSBEDARFS DURCH DIE AKTUELLEN AUSBILDUNGSLEISTUNGEN	47
4.7	GESAMTBILD.....	47

TEIL III – HANDLUNGS- FELDER UND MASS- NAHMEN

5	HANDLUNGSFELDER UND MASSNAHMEN	50
5.1	ÜBERBLICK ÜBER DIE HANDLUNGSFELDER, MASSNAHMEN UND AKTEURE	50
5.2	HANDLUNGSFELD PERSONALGEWINNUNG	51
5.2.1	Berufskommunikation und -marketing Gesundheitsberufe	51
5.2.2	Einblick in die Welt der Gesundheitsberufe.....	52
5.2.3	Gewinnen von Berufsumsteigern	52
5.2.4	Niederschwellige Einstiege ins Gesundheitswesen	52
5.2.5	Rekrutierungspotenzial von Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen	52
5.3	HANDLUNGSFELD AUS- UND WEITERBILDUNG	53
5.3.1	Ausbildungsverpflichtungen durch die Kantone	53
5.3.2	Abgeltung der Ausbildungsleistungen	55
5.3.3	Steuerung der praktischen Ausbildung im Gesamtsystem.....	55
5.3.4	Förderung der Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung	56
5.3.5	Lernortkooperation	56
5.3.6	Berufsbegleitende Ausbildungsmodelle für Personen mit einschlägiger Vorbildung.....	57
5.3.7	Praktika in privaten Praxen und ausserklinischen Settings	57

5.3.8	Weiterentwicklung und Schaffung von neuen Berufsprofilen	57
5.4	HANDLUNGSFELD PERSONALERHALTUNG.....	58
5.4.1	Einflussfaktoren auf die Personalerhaltung	58
5.4.2	Massnahmen auf Ebene Betrieb	58
5.4.3	Massnahmen auf Ebene Branche	59
5.4.4	Förderung des Wiedereinstiegs	59
5.5	HANDLUNGSFELD PERSONALEINSATZ	60
5.5.1	Betriebskonzepte, Prozessorganisation und kompetenzgerechter Einsatz	60
5.5.2	Überbetriebliche Zusammenarbeit	60

TEIL IV – WÜRDIGUNG UND FOLGERUNGEN

6	WÜRDIGUNG UND FOLGERUNGEN...	62
6.1	WÜRDIGUNG VON GDK UND ODASANTÉ.....	62
6.1.1	Markante Steigerung der Ausbildungstätigkeit	62
6.1.2	Entwicklung der Personalbestände und künftiger Personalbedarf.....	62
6.1.3	Einflussfaktor Berufsverweildauer.....	63
6.1.4	Abhängigkeit von Gesundheitspersonal mit ausländischem Diplom	63
6.1.5	Fazit	63
6.2	PRIORITÄRE MASSNAHMEN	64
6.2.1	Förderung der Personalerhaltung	64
6.2.2	Ausbildungsförderung im Langzeitbereich	64
6.2.3	Rekrutierung von Berufsumsteigern und berufsbegleitende Ausbildungen	64
6.2.4	Optimieren des Personaleinsatzes	64
6.2.5	Massnahmen auf Steuerungs- und Planungsebene...	65

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	66
-----------------------------	----

LITERATURVERZEICHNIS	67
----------------------------	----

ANHANG

BILDUNGSABSCHLÜSSE.....	70
BILDUNGSANBIETER HF-BILDUNGSGÄNGE	71
BILDUNGSANBIETER UND STANDORTE FH-STUDIENGÄNGE.....	72
NACHWUCHSBEDARF IN ALLEN SZENARIEN DES OBSAN	73

IMPRESSUM	74
-----------------	----

Der besseren Lesbarkeit halber wird im vorliegenden Bericht abwechselnd die weibliche und die männliche Form verwendet. Es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

AUSGANGSLAGE

Die Zukunft des Gesundheitswesens hängt in entscheidendem Mass von der Verfügbarkeit des Gesundheitspersonals – in der richtigen Zahl und mit den erforderlichen Qualifikationen – ab. Prognosen zum künftigen Personalbedarf und die Frage, in welchem Mass der Bedarf durch Ausbildungsleistungen im Inland gedeckt wird, nehmen daher seit einigen Jahren einen grossen Stellenwert in der Gesundheitspolitik ein. 2009 publizierten GDK und OdASanté den ersten Nationalen Versorgungsbericht für die nicht-universitären Gesundheitsberufe. Der Bericht, der auf den Prognosen des Obsan zum Personalbedarf bis 2020 basiert, zeigte, dass im Bereich der Pflege und Betreuung nur gut die Hälfte des benötigten Nachwuchses ausgebildet wurde. Der Versorgungsbericht zeigte deshalb auch Handlungsebenen auf und formulierte Massnahmenvorschläge zur Nachwuchs- und Personalsicherung.

AUFTRAGGEBER UND ZIELE

Nach über sechs Jahren war es an der Zeit, die seitherigen Entwicklungen des Personalbestandes, der Ausbildungstätigkeit und weiterer Massnahmen zu analysieren und dem aktuellen Nachwuchsbedarf gegenüberzustellen (Teil I und Teil II). Der Vorstand der GDK und der Vorstand von OdASanté haben deshalb im Herbst 2015 einen neuen Versorgungsbericht in Auftrag gegeben, der eine solche Standortbestimmung für die nicht-universitären Gesundheitsberufe erlauben soll. Der Versorgungsbericht stützt sich dabei auf die Analysen und Bedarfsprognosen des Obsan, die im Bericht «Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030» gemeinsam mit dem Versorgungsbericht 2016 veröffentlicht werden. Der Versorgungsbericht zeigt im dritten Teil die Palette an Massnahmen auf und stellt Beispiele guter Praxis vor. Die Beurteilung der aktuellen Entwicklungen und die Gewichtung der Massnahmen aus Sicht von GDK und OdASanté runden den Bericht ab.

Der Versorgungsbericht richtet sich als Informations- und Handlungsgrundlage in erster Linie an die kantonalen Behörden, an die Trägerverbände von OdASanté, an die kantonalen Organisationen der Arbeitswelt und an die Betriebe aus den verschiedenen Versorgungsbereichen. Den Bundesbehörden sowie der interessierten Öffentlichkeit dient der Bericht als Informationsquelle zur Problemlage und zu möglichen Massnahmen.

PROJEKTORGANISATION

Die Leitung des Projekts lag beim Zentralsekretariat der GDK. Eine Begleitgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der kantonalen Gesundheitsbehörden, von OdASanté und den kantonalen OdA Gesundheit, des Bundes, der betrieblichen Praxis, der Bildungsanbieter und der Berufsverbände unterstützte die Erarbeitung des Berichts (vgl. Impressum). Die Mitglieder der Begleitgruppe plausibilisierten die Ergebnisse, nahmen eine Einschätzung aus dem jeweiligen Blickwinkel vor und steuerten wertvolle Beiträge aus der Praxis bei. Das BAG ist Mitherausgeber des Versorgungsberichts und hat dessen Erarbeitung massgeblich mitfinanziert.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

Deutlicher Personalzuwachs zwischen 2010 und 2014

Die Gesundheitsbranche ist eine Wachstumsbranche: So haben die Personalbestände in den nicht-universitären Gesundheitsberufen zwischen 2010 und 2014 insgesamt um 13% auf rund 202 000 Personen zugenommen. Am stärksten ist die Zunahme mit 20.5% bei der Spitex, am geringsten bei den Spitälern mit 10.8%. Von den drei Versorgungsbereichen beschäftigen die Spitäler jedoch nach wie vor am meisten Gesundheitspersonal; 2014 waren es 101 807 Personen.

Das Personal im Bereich Pflege und Betreuung macht mit 178 800 Personen (2014) den weitaus grössten Anteil aus; die Zunahme fällt sogar noch etwas stärker aus als beim nicht-universitären Gesundheitspersonal insgesamt. Der Personalzuwachs verläuft jedoch unterschiedlich je nach Qualifikationsstufe: Während der Anteil des Pflegepersonals mit einem Abschluss auf Tertiärstufe über alle Versorgungsbereiche von 52.1% auf 50.8% zurückging, nahm die Anzahl der Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II EFZ von 11.7% auf 15.3% zu. Ebenfalls rückläufig war der Anteil des Pflegepersonals auf der Assistenzstufe (Sekundarstufe II EBA), er betrug 2014 rund 13%. Der Anteil des ungelernten Personals blieb zwischen 2010 und 2014 praktisch unverändert bei rund 21% – mit grossen Unterschieden zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen.

Hoher Anteil an Gesundheitspersonal mit ausländischem Diplom

Das schweizerische Gesundheitswesen rekrutiert nach wie vor einen bedeutenden Anteil des Gesundheitspersonals aus dem Ausland. Der Anteil der neu eingestellten diplomierten Pflegefachpersonen mit einem ausländischen Diplom belief sich zwischen 2010 und 2014 im Durchschnitt auf 40%, mit grossen Unterschieden zwischen den Landesteilen. Ganz anders gestaltet sich das Bild beim Pflege- und Betreuungspersonal auf Sekundarstufe II, wo die Zahl der in der Schweiz ausgestellten Zeugnisse gegenüber dem zugewanderten Personal bei 95% liegt.

Zum aktuellen Zeitpunkt liegen noch keine verlässlichen Angaben zur Diplomherkunft in den einzelnen Gesundheitsberufen und für alle Versorgungsbereiche vor. Es ist aber davon auszugehen, dass der Anteil des aus dem Ausland rekrutierten Personals auch bei den medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen in einer vergleichbaren Grössenordnung wie beim diplomierten Pflegepersonal liegt.

Erfreuliche Steigerung der Ausbildungstätigkeit

Die Ausbildungsabschlüsse haben sich zwischen 2010 und 2014 insgesamt sehr positiv entwickelt. So nahm die Zahl der Abschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung gesamthaft um 32% zu. Die höchste Zunahme verzeichnete die berufliche Grundbildung FaGe EFZ: 2014 wurden 3710 Zeugnisse ausgestellt, was gegenüber 2010 einer Steigerung um 45% entspricht. Auf der Tertiärstufe A steigerte sich die Zahl der Bachelor-Abschlüsse in Pflege von 614 Diplomen im Jahr 2010 auf 843 Diplome im Jahr 2014 (+37%). Bei der Diplompflege HF liegt das Ergebnis hingegen unter den Erwartungen. 2011 und 2012 brachen die Abschlusszahlen ein, nehmen seither aber wieder deutlich zu. 2014 konnten 1710 Diplome abgegeben werden, was gegenüber 2010 einer geringfügigen Zunahme von 2% entspricht. Ein Grund für die tiefen Zahlen dürfte im

Übergang von den altrechtlichen zu den HF-Pflegeausbildungen liegen. Ausserdem befand sich auch die Zubringer-Ausbildung zur Pflegeausbildung HF, die FaGe EFZ, in den entsprechenden Jahren erst im Aufbau.

Auch bei den MTT-Berufen, den Hebammen und den Rettungssanitätern ist je eine deutliche Steigerung der Abschlusszahlen zu beobachten. Insgesamt nahmen sie bei diesen Berufen um 48% zu. Die starke Zunahme ist zu einem grossen Teil auf die Fachhochschulstudiengänge in Physiotherapie, Ergotherapie, Geburtshilfe sowie Ernährung und Diätetik zurückzuführen, welche in der Deutschschweiz erst ab 2006 sukzessive auf- und ausgebaut wurden.

Heutige Ausbildungstätigkeit deckt etwas mehr als die Hälfte des jährlichen Nachwuchsbedarfs bis 2025

Trotz der erfreulichen Entwicklungen bei der Ausbildungstätigkeit entspricht die Zahl der Abschlüsse in Pflege und Betreuung von 2014 nur rund 56% des geschätzten jährlichen Nachwuchsbedarfs bis ins Jahr 2025. Besonders alarmierend ist die Situation auf der Tertiärstufe Pflege mit einem Erfüllungsgrad von 43.1%. Deutlich erfreulicher ist das Bild im Bereich Pflege und Betreuung auf Sekundarstufe II EFZ. Der Deckungsgrad der Abschlüsse auf Sekundarstufe II EFZ lag 2014 – unter Berücksichtigung der Zubringerfunktion für die Pflegeausbildungen auf Tertiärstufe – bei 75%, was als beachtliches Ergebnis zu werten ist. Auf der Sekundarstufe II EBA (Assistenzstufe) betrug der Erfüllungsgrad der Abschlüsse 2014 rund 39%. Dieser tiefe Nachwuchsbeitrag ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegeassistenten-Ausbildung 2011 ausgelaufen ist und sich die Attest-Ausbildung «Assistentin Gesundheit und Soziales» noch im Aufbau befindet. Nach Einschätzung der Branche besteht auf dieser Stufe kein Nachwuchsproblem.

Bei den MTT-Berufen und bei den Hebammen reichen die Erfüllungsgrade von 25% (Podologie HF) bis 90.7% (Ernährungsberatung).

Personalzuwachs und Berufsverweildauer als wichtige Einflussfaktoren

Der jährliche Nachwuchsbedarf wird von zwei Grössen bestimmt: vom Zusatzbedarf und vom Ersatzbedarf an Personal. Der Zusatzbedarf folgt aus der Zunahme von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen. Wie der Bericht zeigt, ist dieser Mehrbedarf mit rund 13% über alle Versorgungsbereiche zwischen 2010 und 2014 beachtlich. Bis ins Jahr 2025 prognostiziert das Obsan einen Bedarfszuwachs von gut 20% für das Pflege- und Betreuungspersonal. Der stetig steigende Personalbedarf kompensiert die Steigerung bei den Ausbildungsabschlüssen also weitgehend. Ohne die Anstrengungen der vergangenen Jahre wäre die Differenz

zwischen den Ausbildungsabschlüssen und dem Nachwuchsbedarf allerdings noch grösser.

Der Ersatzbedarf wiederum wird bestimmt durch die Zahl der Pensionierungen und vorzeitigen Berufsaustritte. Wie verschiedene Studien zeigen, tritt ein bedeutender Anteil von ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen während des Berufslebens aus dem Beruf oder aus der Erwerbstätigkeit aus. Die Berufsverweildauer hat somit eine grosse Auswirkung auf den jährlichen Ersatz- und damit auch auf den Nachwuchsbedarf.

MASSNAHMEN IN ALLEN HANDLUNGSBEREICHEN FORTSETZEN UND VERSTÄRKEN

Wie der Bericht zeigt, kann der wachsende Personalbedarf bei Weitem nicht durch die aktuelle Zahl an Ausbildungsabschlüssen gedeckt werden. Immerhin haben die Anstrengungen bei der Ausbildungstätigkeit geholfen, das Niveau zu halten und in einzelnen Bereichen auch zu erhöhen. Es wird jedoch kaum je möglich sein, den Personalbedarf alleine durch Massnahmen im Bereich der Ausbildung zu decken, ohne bei den anderen Einflussfaktoren ebenfalls anzusetzen. Das schweizerische Gesundheitswesen ist heute stark abhängig von der Ausländerekrutierung. Es ist allerdings ungewiss, ob die Rekrutierung von Gesundheitspersonal mit ausländischem Diplom im bisherigen Ausmass fortgeführt werden kann, ausserdem können sich nicht alle Regionen im gleichen Mass darauf abstützen.

Es ist deshalb unumgänglich, die Massnahmen zur Förderung des eigenen beruflichen Nachwuchses in allen Bereichen zu intensivieren. Insbesondere sind Massnahmen fortzusetzen und zu verstärken, die helfen, das Personal im Beruf zu erhalten oder den Wiedereinstieg zu erleichtern. Im Bereich der Ausbildung ist der Schwerpunkt auf den Langzeitbereich und die Spitex zu legen, sodass mehr Lernende und Studierende ihre Ausbildung in diesen Versorgungsbereichen absolvieren. Hier sind die Betriebe und die Bildungsanbieter, aber auch die Kantone gefordert, indem sie vergleichbare Rahmenbedingungen für die Ausbildungstätigkeit wie in den Spitälern schaffen. Auf der Stufe Pflege HF, wo tendenziell mehr Ausbildungsplätze als Studierende vorhanden sind, ist die Zahl der Übertritte von FaGe in diese Ausbildung zu erhöhen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das Potenzial an Berufsumsteigern mit geeigneten Ausbildungsprogrammen und Finanzierungshilfen zu nutzen.

Der Versorgungsbericht will die Problemlage möglichst faktenbasiert aufzeigen. Er spricht alle Akteure an und soll diese dazu bewegen, einen Beitrag an die Personalsicherung im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten zu leisten.

TEIL I



ANALYSE DER AUSGANGSGRÖSSEN

1 PERSONALBESTAND

1.1 GRUNDLAGEN

Die Datengrundlagen zur Entwicklung der Personalbestände 2010 bis 2014 wurden durch das Obsan aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Für detaillierte Angaben wird auf den Bericht des Obsan «Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Prognosen bis 2030» (Merçay, et al. 2016) verwiesen, der diese Entwicklung eingehend analysiert. Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick und konzentriert sich auf diejenigen Elemente, die für die Ermittlung des Nachwuchsbedarfs in den verschiedenen Gesundheitsberufen wichtig sind.

Das Zahlenwerk baut auf den folgenden Erhebungen des Bundesamtes für Statistik auf: Krankenhausstatistik, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Spitex-Statistik. Diese Statistiken sind unterschiedlich aufgebaut, die Unterschiede grenzen Reichweite und Präzision unserer Analyse ein. Die wichtigsten Einschränkungen sind nachfolgend dargestellt.

Reichweite der Statistiken

Die Statistiken erfassen das Personal in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen sowie in der Hilfe und Pflege zu Hause. Die Spitex-Statistik erfasst auch die selbstständigen Pflegefachpersonen.

Nicht erfasst ist das aktive Personal in den folgenden Gesundheitsberufen:

- selbstständig tätige Hebammen,
- selbstständig oder in privaten Praxen¹ tätiges Personal in therapeutischen Gesundheitsberufen,
- medizinisch-technisches Personal in privaten Praxen, Labors und Instituten,
- Rettungs- und Transportsanitäter in nicht spitalgestützten Rettungsdiensten.

Das Personal in Gesundheitsberufen in Institutionen für Menschen mit Behinderungen ist in Teil B der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED B) erfasst.

Gliederung des Personals

Das Personal ist in der Krankenhausstatistik nach Funktionen, in der Statistik der Alters- und Pflegeheime (SOMED A) sowie in der Spitex-Statistik nach Ausbildung erfasst. Die Zahl der Mitarbeitenden in den einzelnen Gesundheitsberufen ist mit folgenden Ausnahmen ablesbar:

- Mitarbeitende in therapeutischen Gesundheitsberufen sind in der SOMED- und der Spitex-Statistik nur als Berufsgruppe erfasst.
- Die Krankenhausstatistik kennt die Funktion «Medizinische Praxisassistentinnen» nicht, diese sind in anderen Funktionen und damit teilweise auch unter den Pflege- und Betreuungsberufen erfasst. Da sich diese Berufsgruppe für die Spitäler nicht ausscheiden lässt, wird sie auch in den beiden anderen Versorgungsbereichen als Personal in Pflege und Betreuung miterfasst.
- Die Krankenhausstatistik kennt die Funktionen «medizinisch-therapeutisches Personal Sekundarstufe II» und «medizinisch-technisches Personal Sekundarstufe II». Die beiden Funktionsgruppen werden durch die Spitäler als Sammelkategorie genutzt und umfassen eine Vielzahl von Berufen im medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Bereich auf Sekundarstufe II und auf Tertiärstufe.

Die Statistik der Institutionen für Menschen mit Behinderungen, Sucht- oder psychosozialen Problemen (SOMED B) erfasst das Personal nur nach Einsatzbereich und Bildungsstufe. In diesen Institutionen werden zunehmend auch pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner unter Einsatz von Personal in Gesundheitsberufen gepflegt und betreut. Der Be-

¹ Unter «privaten Praxen, Labors und Instituten» werden Einrichtungen verstanden, die ausserhalb von öffentlichen oder privaten Spitälern, Kliniken, Heimen und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause tätig sind.

stand dieser Mitarbeitenden lässt sich aus den SOMED-Daten nicht eruieren.

Gemäss Einschätzungen dürfte der heutige Anteil des Pflegepersonals in Institutionen für Menschen mit Behinderungen sehr tief sein. Es ist aber unbestritten, dass dieser Bedarf in näherer Zukunft ansteigen wird.

Alter und Geschlecht

Krankenhaus- und SOMED-A-Statistik stellen Angaben zur Gliederung des Personals nach Alter und Geschlecht zur Verfügung. Die Spitex-Statistik enthält keine soziodemografischen Daten.

Nationalität

Nur in der Krankenhausstatistik werden seit 2010 Angaben zur Nationalität der Berufspersonen erhoben. Die Codierung dieser Variablen ist allerdings unzuverlässig, was zu einer ungenügenden Datenqualität führt.

Herkunft der Abschlüsse

Die SOMED-A-Statistik enthält Angaben zur Herkunft (Inland/Ausland) der Abschlüsse. In der Krankenhausstatistik lässt sich diese Variable erst seit wenigen Jahren auswerten.

1.2 PFLEGE UND BETREUUNG

1.2.1 Gliederung nach Qualifikationsstufen

In diesem Kapitel wird das Pflege- und Betreuungspersonal in Spitälern, Pflegeheimen und in der Spitex² analysiert.

Die Erfassung des Personals ist in den drei zugrunde liegenden eidgenössischen Statistiken jeweils anders gelöst. Eine Vergleichbarkeit kann deshalb nur auf relativ hoher Aggregationsstufe hergestellt werden. In den folgenden Analysen ist das Personal in Pflege und Betreuung deshalb in die folgenden vier Qualifikationsstufen gegliedert:

- tertiäres Pflegepersonal,
- Pflege- und Betreuungspersonal auf Sekundarstufe II EFZ,
- Pflege- und Betreuungspersonal auf Sekundarstufe II EBA (Assistenzstufe),
- Personal ohne Berufsausbildung in Pflege und Betreuung (inklusive Pflegehelfer/innen SRK).

Abb. 1 Entwicklung der Personalbestände in Pflege und Betreuung 2010–2014

Versorgungsbereiche	2010	2014	Zunahme
Spitäler	73 276	81 987	11.9%
Pflegeheime	56 656	64 147	13.2%
Spitex ³	27 027	32 662	20.8%
Total aller Versorgungsbereiche	156 959	178 796	13.9%

1.2.2 Entwicklung der Personalbestände 2010 bis 2014

Die Entwicklung der Personalbestände zwischen 2010 und 2014 ist eindrücklich (vgl. Abbildung 1). Die Zahl der Personen in Pflege und Betreuung hat in nur fünf Jahren über alle Versorgungsbereiche gesehen um insgesamt 13.9% zugenommen (VZÄ + 12.6%). Spitzenreiter ist die Spitex mit einer Zunahme der Beschäftigtenzahl von 20.8%⁴ (VZÄ + 17.8%), gefolgt von den Pflegeheimen mit einer Zunahme der Beschäftigtenzahl um 13.2% (VZÄ + 15.7%). In den Spitälern hat die Zahl der Beschäftigten in Pflege und Betreuung um 11.9% zugenommen (VZÄ + 9.3%).

Die Wachstumsdynamik in den vier Spitaltypen ist unterschiedlich. Am stärksten, nämlich um 12.9%, nahm die Zahl der Beschäftigten in den Akutspitälern zu. Die Psychiatriekliniken verzeichnen einen Zuwachs von 7.9%, die Rehabilitations- und Geriatriekliniken einen solchen von 8.5%.

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Personalbestände in den drei Versorgungsbereichen nach Qualifikationsstufen.

Nach Qualifikationsstufen betrachtet, zeigt die Zahl der Mitarbeitenden der Sekundarstufe II EFZ den höchsten Zuwachs, sie nimmt von 2010 bis 2014 um insgesamt 49.6% zu (VZÄ + 51.3%). Die Zahl der diplomierten Pflegefachpersonen steigt im gleichen Zeitraum um 11.1% (VZÄ + 9.9%). Die Zahl der Mitarbeitenden der Sekundarstufe II EBA (Assistenzstufe) nimmt dagegen um 4.8% (VZÄ – 6.0%) ab.

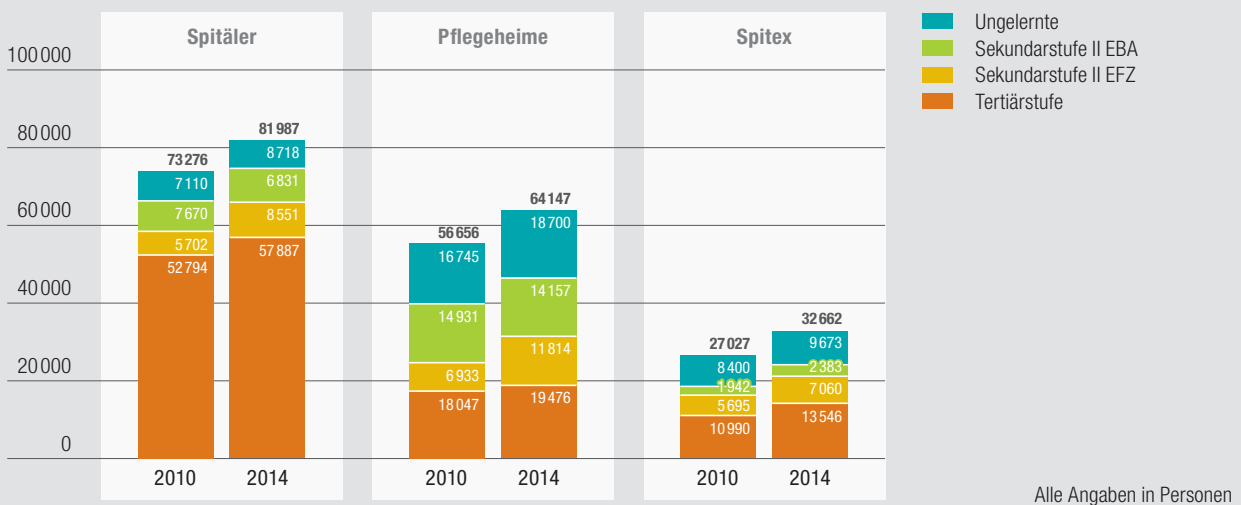
Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung mit leistungsbezogenen Fallpauschalen im Jahr 2012 fällt mitten in die betrachtete Zeitspanne. Es stellt sich die Frage, ob der neue Finan-

2 Der Begriff «Spitex» wird in diesem Bericht als Oberbegriff für «Hilfe und Pflege zu Hause» verwendet. Alle Anbieter solcher Dienstleistungen sind mitgemeint.

3 In den Daten 2010 sind die selbstständig erwerbenden Pflegefachpersonen in den Kantonen Genf und Zürich nicht erfasst. Im Jahr 2011 wurden in diesen Kantonen total 116 selbstständige Pflegefachpersonen ausgewiesen. Die Abweichung ist somit geringfügig.

4 Die effektive Zunahme liegt aufgrund der oben erwähnten kleinen Abweichung geringfügig tiefer.

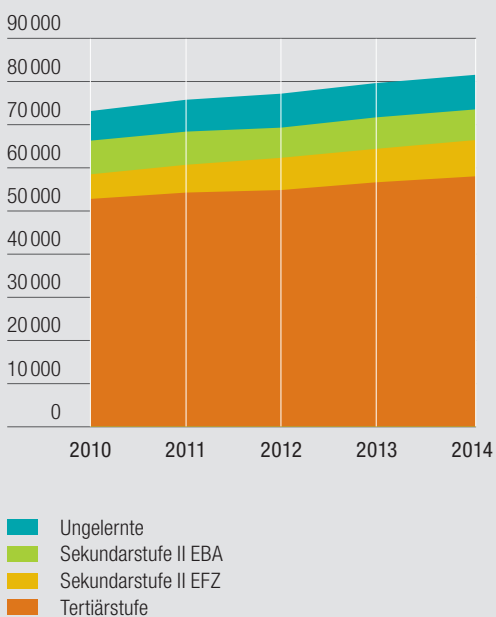
Abb. 2 Entwicklung des Personalbestandes 2010–2014 in den Versorgungsbereichen



zierungsmechanismus eine Auswirkung auf die Entwicklungsdynamik – hoher Zuwachs 2010 bis 2012, geringerer Zuwachs 2012 bis 2014 – gehabt habe. Wie Abbildung 3 zeigt, ist die Entwicklung in allen Qualifikationsstufen kontinuierlich verlau-

fen. Um eine allfällige Veränderung beim Personaleinsatz in den Spitälern feststellen zu können, müsste das Verhältnis von Personal (in VZÄ) zu Pflegetagen über eine längere Zeitspanne untersucht werden. Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel geht diesen Fragen im Forschungsprojekt MatchRN nach, in dem die Auswirkungen der Einführung der Fallpauschalen auf die Arbeitsumgebung von Pflegefachpersonen und Patientensicherheitsindikatoren untersucht werden.⁵

Abb. 3 Verlauf des Personalzuwachses nach Qualifikationsstufen in den Spitälern



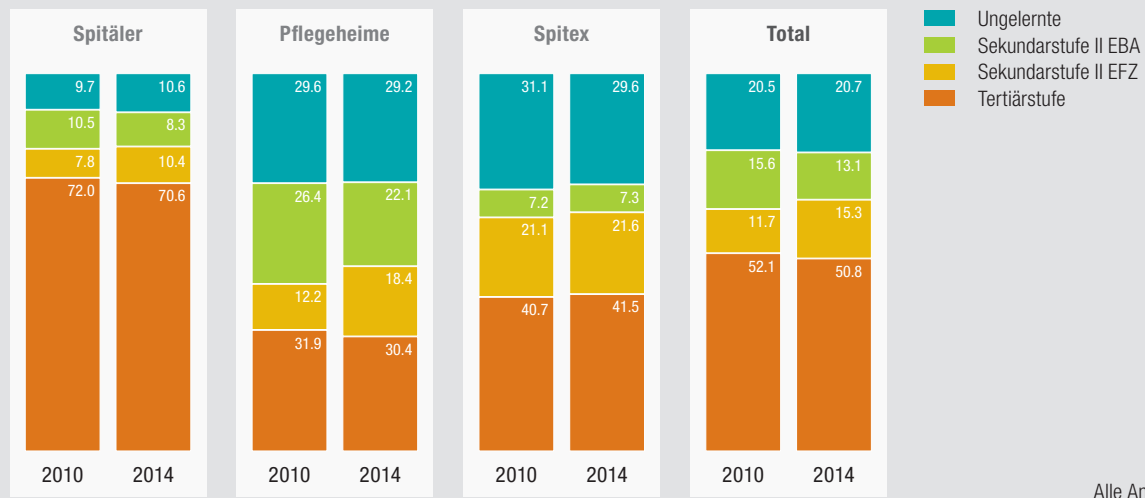
1.2.3 Entwicklung des Skill- und Grademix in der ganzen Schweiz

In der Periode 2010 bis 2014 hat sich auch die Zusammensetzung des Personals in Pflege und Betreuung nach Qualifikationsstufen verschoben. Abbildung 4 zeigt das Bild, das sich für die ganze Schweiz ergibt.

Der Anteil der Mitarbeitenden der Tertiärstufe steigt nur in der Spitex leicht an, in den beiden anderen Versorgungsbereichen ist der Anteil der Mitarbeitenden rückläufig. Über alle Versorgungsbereiche sinkt der Anteil des diplomierten Pflegepersonals von 52.1% im Jahr 2010 auf 50.8% im Jahr 2014 ab.

Bedingt durch die hohe Zunahme an Beschäftigten nimmt auch der Anteil der Mitarbeitenden der Sekundarstufe II EFZ am gesamten Personal in Pflege und Betreuung zu, er steigt von 11.7% im Jahr 2010 auf 15.3% im Jahr 2014. Diese Zunahme konzentriert sich auf die Pflegeheime (+50%) und auf die Spitäler (+33%).

⁵ Weitere Informationen unter: <https://matchrn.unibas.ch>

Abb. 4 Entwicklung des Skill- und Grademix 2010–2014 in den Versorgungsbereichen (ganze Schweiz)

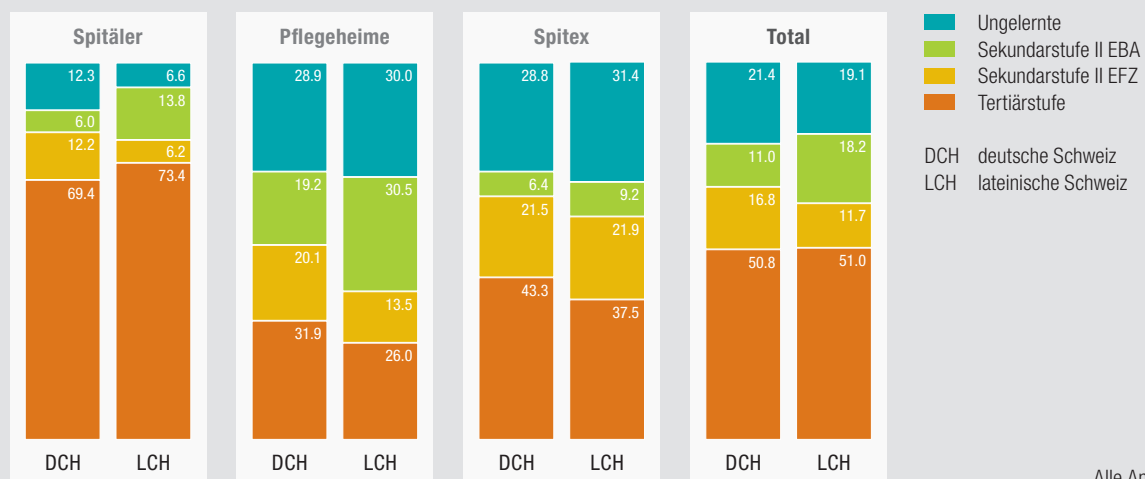
Alle Angaben in %

Der Anteil der Mitarbeitenden auf Sekundarstufe II EBA (Assistenzstufe) ist rückläufig, er sinkt von 15.6% (2010) auf 13.1% (2014). Dieser Rückgang kann damit erklärt werden, dass die altrechtliche Ausbildung in Pflegeassistenz ab 2012 ganz wegfällt, während die ersten Abschlüsse der Ausbildung zur Assistentin Gesundheit und Soziales auf Stufe EBA erstmals 2012 erfolgt sind. Die Ausbildung AGS EBA befindet sich immer noch im Aufbau (Details dazu im Kapitel 2.2.1). Betrachtet man die Sekundarstufe II übergeordnet (Abschlüsse EFZ und EBA zusammen), ergibt sich zwischen 2010 und 2014 jedoch immer noch ein leichter Zuwachs von 1.1%. Der Anteil der Ungelernten bleibt dagegen im Zeitraum von 2010 (20.5%) bis 2014 (20.7%) praktisch unverändert.

1.2.4 Unterschiedlicher Skill- und Grademix in den Landesteilen

Der Skill- und Grademix unterscheidet sich nicht nur zwischen den drei Versorgungsbereichen, sondern auch zwischen der Deutschschweiz (DCH) und der lateinischen Schweiz (LCH), wie Abbildung 5 zeigt.

Der Anteil des diplomierten Pflegepersonals ist in beiden Landesteilen insgesamt praktisch gleich hoch, dagegen zeigen sich Unterschiede in den einzelnen Versorgungsbereichen. In den Spitälern liegt der Anteil der Diplompflege in der lateinischen Schweiz sichtbar höher als in der Deutschschweiz. Für die Pflegeheime und die Spitex ergibt sich ein umgekehrtes Bild.

Abb. 5 Skill- und Grademix 2014 nach Landesteilen und Versorgungsbereichen

Alle Angaben in %

Abb. 6 Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades

	Spitäler		Pflegeheime		Total	
	Stand 2014	Entwicklung 2010–2014	Stand 2014	Entwicklung 2010–2014	Stand 2014	Entwicklung 2010–2014
Tertiärstufe	77.2%	–1.1%	74.7%	1.4%	76.6%	–0.5%
Sekundarstufe II EFZ	82.1%	–2.2%	80.0%	0.3%	80.9%	–0.9%
Sekundarstufe II EBA	77.8%	–1.0%	71.9%	1.0%	73.9%	0.2%
Ungelernte	66.0%	–7.8%	68.2%	1.3%	67.5%	–1.5%

Der Anteil des Personals auf Sekundarstufe II liegt insgesamt (EFZ und EBA, Total aller Versorgungsbereiche) in der lateinischen Schweiz mit 29.9% höher als in der Deutschschweiz mit 27.8%. Er ist auch in allen einzelnen Versorgungsbereichen in der lateinischen Schweiz höher als in der Deutschschweiz.

Die Zusammensetzung des Personals auf Sekundarstufe II zeigt dagegen in allen Versorgungsbereichen für die lateinische Schweiz einen deutlich höheren Anteil des Personals auf Sekundarstufe II EBA (Assistenzstufe) und umgekehrt einen deutlich tieferen Anteil des Personals auf Sekundarstufe II EFZ. Dieses Bild ist mit den unterschiedlichen Versorgungsstrategien beziehungsweise Bildungskulturen in den Landesteilen sowie mit unterschiedlichen gesundheitspolizeilichen Vorgaben der Kantone zu erklären. Zudem dürfte sich in der Westschweiz und im Tessin der Umstand bemerkbar machen, dass Frankreich und Italien die Stufe der beruflichen Grundbildung EFZ nicht kennen.

Der Anteil des ungelernten Personals liegt in der lateinischen Schweiz in den Pflegeheimen und in der Spitex höher, bei den Spitälern dagegen deutlich tiefer als in der Deutschschweiz.

1.2.5 Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades

Die Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades wurde für das Personal der Spitäler und der Pflegeheime untersucht. Die Methodik für die Ermittlung der Personenzahl und der Stellen (VZÄ) in der Spitex-Statistik erlaubt keine zuverlässige Berechnung des mittleren Beschäftigungsgrades, weshalb auf entsprechende Angaben verzichtet wird.

Der mittlere Beschäftigungsgrad war im Zeitraum 2010 bis 2014 in den Spitälern und Pflegeheimen in allen Qualifikationsstufen ausser der Sekundarstufe II EBA leicht rückläufig. Auf Sekundarstufe II EBA nahm er leicht zu. Er lag im Jahr 2014 insgesamt bei 73.9% für die Sekundarstufe II EBA, bei

80.9% für die Sekundarstufe II EFZ und bei 76.6% für die Diplomstufe. Das ungelernte Personal hatte im gleichen Jahr einen mittleren Beschäftigungsgrad von 67.5%.

Die Entwicklung verlief in den Spitälern und Heimen für alle Qualifikationsstufen gegenläufig.

- Auf Diplomstufe ging der mittlere Beschäftigungsgrad von 2010 bis 2014 bei den Spitälern um 1.1% zurück, während er bei den Pflegeheimen um 1.4% anstieg.
- Auf Sekundarstufe II EFZ ging der mittlere Beschäftigungsgrad von 2010 bis 2014 in den Spitälern um 2.2% zurück, in den Pflegeheimen zeigte er eine geringfügige Zunahme um 0.3%.
- Auf Sekundarstufe II EBA ging der mittlere Beschäftigungsgrad von 2010 bis 2014 in den Spitälern um 1.0% zurück, in den Pflegeheimen nahm er um 0.2% zu.

1.3 HEBAMMEN, MEDIZINISCH-TECHNISCHE UND MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE BERUFE, RETTUNGSWESEN

1.3.1 Erfasstes Personal und Gliederung

Hebammen und Rettungssanitäter finden sich – abgesehen von den freischaffenden Hebammen und den nicht-spitalgestützten Rettungsdiensten – ausschliesslich in den Spitälern. Die Krankenhausstatistik stellt für diese beiden Berufe detaillierte Daten zur Verfügung.

Für die Berufsgruppen der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufe kennt einzig die Krankenhausstatistik eine differenzierte Gliederung. Die SOMED-Statistik fasst diese in den beiden Kategorien «Dipl. Therapeut/in» und «Übrige therapeutische und betreuerische Ausbildungen», die Spitex unter der Rubrik «Therapiepersonal (Ergotherapie, Physiotherapie und ähnliche)» zusammen.

Eine statistisch nicht erfasste Zahl von Personen in diesen Berufen ist ausserhalb der Spitäler, Pflegeheime und der Spitex tätig. Dies sind freiberuflich tätige Hebammen und Therapeutinnen, Mitarbeitende in Praxen, Labors und Instituten, Beschäftigte in Institutionen für Menschen mit Behinderungen, Sucht- oder psychosozialen Problemen, Mitarbeitende in der Industrie oder Rettungs- und Transportsanitäter in nicht-spitalgestützten Rettungsdiensten.

Zur Zahl der Beschäftigten in den Berufsgruppen Hebammen, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Berufe sowie Rettungs- und Transportsanität ausserhalb der durch die Bundesstatistik erfassten Institutionen liegen keine präzisen Daten vor; es müssen Schätzungen vorgenommen werden.

1.3.2 Entwicklung der Personalbestände in Spitälern 2010 bis 2014

Abbildung 7 zeigt die Entwicklung der Zahl der beschäftigten Personen in den Berufsgruppen Hebammen, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Berufe sowie Rettungs- und Transportsanität im Zeitraum 2010 bis 2014 in den Spitälern.

Die Wachstumsdynamik bei den Hebammen und den Therapieberufen Ergotherapie, Physiotherapie und Ernährungsberatung entspricht derjenigen des Pflegepersonals in den Spitälern. Die Zahl der Aktivierungstherapeutinnen nimmt dagegen im gleichen Zeitraum nur geringfügig zu.

Ungewöhnliche Entwicklungen zeigen die technischen Operationsfachpersonen mit einem Rückgang der Beschäftigten um 27.9% bei gleichzeitigem Rückgang des mittleren Beschäftigungsgrades. Die Zahl der Stellen geht dadurch um 31.1% zurück.⁶ Gemäss Einschätzungen von Vertretern der Praxis werden in dieser Personalgruppe ungewöhnlich viele befristete Arbeitsverträge abgeschlossen und es ist eine überdurchschnittlich hohe Fluktuation zu beobachten. Dies kann dazu führen, dass der Bestand am Stichtag 31.12. tiefer liegt als im Mittel des Jahres.

Die biomedizinischen Analytikerinnen und die medizinisch-technischen Radiologiefachpersonen sind in der Diagnostik tätig, für diese beiden Berufe liegt die Wachstumsdynamik höher als beim Pflegepersonal.

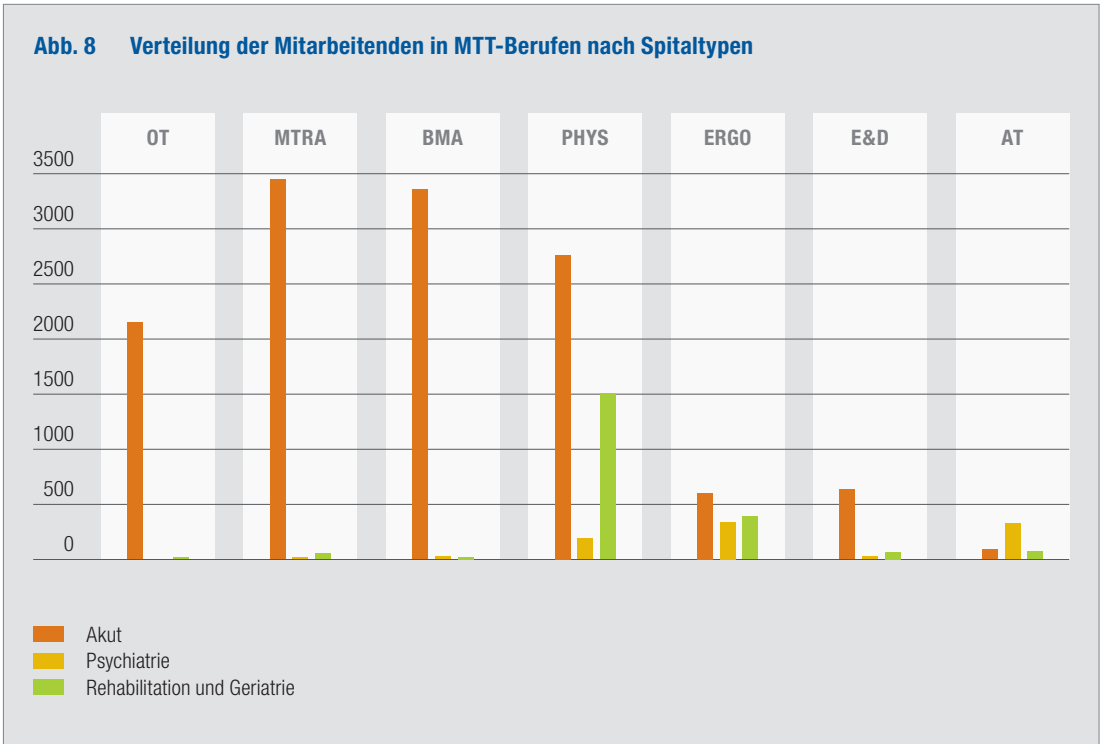
Im Rettungswesen geht die Zahl der Transportsanitäter zwar zurück, dieser Rückgang wird aber durch den starken Anstieg des mittleren Beschäftigungsgrades mehr als kompensiert. Die Zahl der Vollzeitäquivalente nimmt um 14.6% zu. Die Zahl der Rettungssanitäter steigt um 19.0% bei einem leichten Anstieg des mittleren Beschäftigungsgrades.

Die Abbildung und die Kommentare zeigen nur die Entwicklung der spitlgesttzten Angebote dieser Berufsgruppen auf.

Abb. 7 Zahl der Beschäftigten in den MTT-Berufen, Hebammen und Rettungssanität in den Spitälern

	Anzahl Personen		Zu- oder Abnahme	Mittlerer Beschäftigungsgrad	
	2010	2014		2010	2014
Hebamme	2 232	2 444	9.5%	68.8%	69.3%
Technische Operationsfachperson	2 979	2 147	–27.9%	85.7%	81.9%
Medizinisch-technische Radiologiefachperson	3 043	3 496	14.9%	81.8%	81.0%
Biomedizinische/r Analytiker/in	2 860	3 397	18.8%	79.3%	79.5%
Physiotherapeut/in	4 006	4 447	11.0%	79.7%	76.5%
Ergotherapeut/in	1 205	1 326	10.0%	72.3%	71.9%
Ernährungsberater/in	649	724	11.6%	63.8%	64.6%
Aktivierungstherapeut/in	464	482	3.9%	59.7%	57.4%
Rettungssanitäter/in	952	1 133	19.0%	77.6%	78.7%
Transportsanitäter/in	256	224	–12.5%	46.9%	61.7%

⁶ Im Operationsbereich sind auch die Pflegefachpersonen mit Fachausweis OP tätig. Diese sind in der Krankenhausstatistik in der Funktion «Diplomierter Pflegefachperson mit Spezialisierung» erfasst. Diese Funktion beinhaltet ein ganzes Bündel von Weiterbildungen; die Zahl der Pflegefachpersonen mit Fachausweis OP kann nicht eruiert werden.



1.3.3 Verteilung der Mitarbeitenden in MTT-Berufen nach Spitaltypen

Wie Abbildung 8 zeigt, arbeiten die Angehörigen der MTT-Berufe praktisch ausschliesslich in den Akutspitalern. Auch die Ernährungsberater sind vorab in den Akutspitalern anzutreffen.

Das Arbeitsfeld der Physiotherapie konzentriert sich auf die Akutspitäler und die Rehabilitation/Geriatrie. Auch die Ergotherapie ist vorwiegend in diesen beiden Arbeitsfeldern tätig und findet zudem ein drittes Arbeitsfeld in der Psychiatrie. Die Aktivierungstherapeutinnen finden sich vorab in der Psychiatrie.

1.3.4 Entwicklung der Personalbestände in MTT-Berufen in den Pflegeheimen und der Spitex 2010 bis 2014

In den Pflegeheimen und in der Spitex sind Angehörige therapeutischer Berufe tätig. Diese sind nur als Berufsgruppe erfasst, die Verteilung auf die einzelnen Berufe ist nicht ablesbar. Abbildung 9 zeigt die Entwicklung im Zeitraum 2010 bis 2014.

Die Zahl der Mitarbeitenden der Spitex in therapeutischen Berufen ist in diesem Zeitraum um 12% zurückgegangen. Der Einsatz von Mitarbeitenden in therapeutischen Berufen in der Spitex konzentriert sich auf die Kantone VD, GE und VS.

In den Pflegeheimen hat die Zahl der diplomierten Therapeutinnen um 9.4% abgenommen, die Zahl der Stellen (VZÄ) hat aber im gleichen Zeitraum um 10.3% zugenommen. Dies führt zu einer erheblichen Steigerung des mittleren Beschäftigungsgrades. Das übrige betreuende und therapeutische Personal in den Pflegeheimen hat in Personen um 3.0% und in Vollzeitäquivalenten um 14.9% zugenommen.

Abb. 9 Entwicklung der Personalbestände in MTT-Berufen in den Pflegeheimen und der Spitex 2010–2014

	Anzahl Personen		Zu- oder Abnahme	Mittlerer Beschäftigungsgrad	
	2010	2014		2010	2014
Spitex					
Therapiepersonal	248	218	–12.1%	51.3%	55.0%
Pflegeheime					
Diplomierte/r Therapeut/in	1 070	969	–9.4%	48.6%	59.2%
Übriges betreuendes und therapeutisches Personal	2 123	2 186	3.0%	55.7%	62.1%

1.3.5 Schätzung des Personalbestandes ausserhalb der Spitäler, der Pflegeheime und der Spitex

Wie einleitend in Ziffer 1.3.1 erwähnt, ist eine statistisch nicht erfasste Zahl von Personen in den Berufsgruppen Hebammen, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Berufe sowie Rettungs- und Transportsanität ausserhalb der Spitäler, der Pflegeheime und der Spitex tätig.

Zur Schätzung der Grösse dieser Personalgruppen liegen zwei Untersuchungen vor; es sind dies die Studie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW «Prognose Gesundheitsberufe Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie» von 2014 und die im Auftrag des SVMTRA erstellte «Arbeitsmarktanalyse Fachleute für medizinisch-technische Radiologie in der Schweiz 2011». Die Studien beruhen auf Daten der Jahre 2010 und 2011.

Um zu aktuellen Schätzungen zu gelangen, wurden die Fachverbände der Hebammen und der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufe befragt. Für die Mehrheit dieser Berufe liessen sich auf diese Weise aktuelle Zahlen ermitteln.

Die Erkenntnisse aus den jeweils aktuellsten gefundenen Quellen können wie folgt zusammengefasst werden:

Hebamme

Im Schweizerischen Hebammenverband sind im laufenden Jahr 1450 frei praktizierende Hebammen registriert. Es sind keine Angaben zum Beschäftigungsgrad möglich. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil dieser Hebammen zusätzlich auch in einem Spital angestellt ist, Zahlen liegen jedoch keine vor. Für die Hochrechnungen in diesem Bericht wird davon ausgegangen, dass sich dieser Anteil auf 15% beläuft. (Quelle: Schweizerischer Hebammenverband)

Technische Operationsfachperson

Technische Operationsfachpersonen sind mehrheitlich in Spitälern tätig. Weitere Operationsfachpersonen sind in ambulanten Settings (Tageskliniken, Praxen) tätig. Zur Anzahl dieser Personen liegen jedoch keine Zahlen vor.

Medizinisch-technische Radiologiefachperson

Eine Studie des SVMTRA geht davon aus, dass in der Schweiz im Jahr 2010 in Privatinstituten 472 Fachleute MTRA tätig waren, was bei einem mittleren Beschäftigungsgrad von 75% 354 Vollzeitäquivalenten entspricht. (Quelle: Studie SVMTRA, 2011)

Biomedizinische/r Analytiker/in

Für diesen Beruf wurden keine Analysen zum Personalbestand ausserhalb der Spitäler gefunden, der Verband hat keine An-

gaben gemacht. Die Versorgungsplanung des Kantons Bern geht davon aus, dass der Gesamtbestand um 50% über dem Bestand in den Spitälern liegt.

Physiotherapeut/in

Der Verband geht für das Jahr 2016 von 5907 Fachpersonen in freier Berufspraxis aus. Der Beschäftigungsgrad wird auf 74.1% geschätzt, dies entspricht 4382 VZÄ. (Quelle: Physioswiss)

Ergotherapeut/in

Der Verband geht für das Jahr 2016 von rund 800 freiberuflich tätigen Verbandsmitgliedern aus (750 in Praxen, selbstständig oder angestellt, 50 mobil ohne Praxen). Der mittlere Beschäftigungsgrad wird auf 75% geschätzt, dies ergibt rund 600 VZÄ. Der Organisationsgrad im Verband wird auf 85% geschätzt. Somit ist insgesamt von rund 940 freiberuflichen Ergotherapeutinnen auszugehen, die etwa 705 VZÄ abdecken. (Quelle: ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz)

Ernährungsberater/in

Gemäss Verband führen im Jahr 2016 rund 410 Ernährungsberaterinnen eine eigene Praxis oder sind an eine Organisation der Ernährungsberatung angeschlossen. Eine Berufstatistik des Verbands von 2010 geht davon aus, dass rund 350 weitere Beschäftigte in NPO, in Industrie und Forschung tätig sind. Sie zeigt auf, dass überraschend viele Fachpersonen Mehrfachstätigkeiten haben, was auch für Mitarbeitende in Spitälern gilt. Aufgrund der Angaben dieser Statistik dürfte die Zahl der Fachpersonen insgesamt um rund einen Drittel tiefer liegen als die Zahl der Beschäftigten. Der geschätzte Gesamtbestand dürfte somit bei 1014 Ernährungsberaterinnen liegen, wovon 724 in der Krankenhausstatistik erfasst sind. Aufgrund der Mehrfachstätigkeiten sind keine Rückschlüsse auf den mittleren Beschäftigungsgrad möglich. (Quelle: Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen SVDE)

Aktivierungstherapeut/in

Gemäss Verband sind im Jahr 2016 im NAREG 510 Fachpersonen mit HF-Ausbildung registriert. Die HF-Ausbildung wurde 2008 eingeführt. Zu den Fachpersonen mit altrechtlichen Abschlüssen liegen keine Zahlen vor. Nach Angaben des Verbandes sind nur vereinzelte Personen freiberuflich tätig. Es gibt keine Angaben zur Zahl und zum Beschäftigungsgrad dieser Berufsleute. (Quelle: Schweizerischer Verband der Aktivierungsfachfrauen/-männer SVAT)

Rettungs- und Transportsanitäter/in

Zum Zeitpunkt der Berichtserarbeitung liegen keine aggregierten Daten zum Personalbestand in nicht-spitalgestützten Rettungsdiensten vor. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil an Rettungs- und Transportsanitätern in diesen Rettungsdiensten mehr als die Hälfte des Gesamtbestandes ausmacht.

Podolog/in

Die Podologinnen sind in der Krankenhausstatistik nicht beziehungsweise nur in einer Sammelkategorie erfasst, gehören aber zu den nicht-universitären Gesundheitsberufen von OdA-Santé. Der Podologen-Verband zählt aktuell 1092 Mitglieder; davon verfügen rund 40% über eine Ausbildung auf Tertiärstufe. Der Verband geht von einem Organisationsgrad von rund 75% aus. Nach seiner Einschätzung ist der grösste Teil der Mitglieder entweder selbstständig oder als Angestellte in einer Podologiepraxis tätig. (Quelle: Schweizerischer Podologen-Verband SPV)

Orthoptist/in

Die Orthoptistinnen sind in der Krankenhausstatistik nicht beziehungsweise nur in einer Sammelkategorie erfasst, gehören aber zu den nicht-universitären Gesundheitsberufen von OdA-

Santé. Im Jahr 2016 zählt der Verband 225 Aktivmitglieder, der Organisationsgrad wird auf 50% geschätzt, somit dürften rund 450 Orthoptistinnen und Orthoptisten berufstätig sein. Arbeitsorte sind Augenkliniken, Augenpraxen und vereinzelte andere Einsatzorte. Es wird von einem mittleren Beschäftigungsgrad von 50% ausgegangen. (Quelle: Swiss Orthoptics)

Dentalhygieniker/in

Die Dentalhygienikerinnen sind in der Krankenhausstatistik nicht beziehungsweise nur in einer Sammelkategorie erfasst, gehören aber zu den nicht-universitären Gesundheitsberufen von OdA-Santé. Der Verband zählt im Jahr 2016 bei einem Organisationsgrad von rund 85% 2095 Mitglieder. Somit kann von rund 2460 Berufspersonen ausgegangen werden, die in zahnmedizinischen Praxen oder zahnmedizinischen Universitätskliniken tätig sind. (Quelle: Swiss Dental Hygienists)

Abb. 10 Personalbestand in den MTT-Berufen, Hebammen und Rettungssanität (in Anzahl Personen)

	Spitäler	Pflege- heime	Spitex	Andere	Total
Hebamme	2 444	–	–	1 232	3 676
Techn. Operationsfachperson	2 147	–	–	–	2 147
Med. techn. Radiologiefachperson	3 496	–	–	472	3 968
Biomed. Analytiker/in ^{a)}	3 397	–	–	1 699	5 096
Rettungssanitäter/in ^{a) b)}	1 133	–	–	–	–
Transportsanitäter/in ^{a) b)}	224	–	–	–	–
Physiotherapeut/in	4 447	107	153	5 907	10 614
Ergotherapeut/in	1 326	107	65	940	2 438
Ernährungsberater/in	724	–	–	290	1 014
Aktivierungstherapeut/in	482	856	–	–	1 338
Podolog/in mit tertiärem Abschluss ^{c)}	–	–	–	–	582
Orthoptist/in ^{c)}	–	–	–	–	450
Dentalhygieniker/in ^{c)}	–	–	–	–	2 460

a) Die Daten für die Biomedizinische Analytik haben einen spekulativen Charakter, für die Rettungs- und Transportsanität sind aufgrund der verfügbaren Kenntnisse keine Angaben möglich.

b) Es liegen keine Angaben zum Bestand in nicht spitalgestützten Rettungsdiensten vor und somit ist auch der Gesamtbestand an Rettungs- und Transportsanitätern nicht bekannt.

c) Es liegen nur Zahlen zum Gesamtbestand von den jeweiligen Berufsverbänden vor. Für die Verteilung auf die verschiedenen Bereiche sind nur Schätzungen möglich (vgl. 1.3.5).

1.3.6 Gesamtsicht

Trägt man alle genannten Angaben zusammen und geht man davon aus, dass

- sich das therapeutische Personal der Spitex zu 70% aus Ergotherapeutinnen und zu 30% aus Physiotherapeutinnen zusammensetzt,
- dass sich das diplomierte Therapiepersonal in den Pflegeheimen zu 80% aus Aktivierungstherapeutinnen, zu 10% aus Ergotherapeutinnen und zu 10% aus Physiotherapeutinnen zusammensetzt und
- dass in der Sammelkategorie «Übriges betreuendes und therapeutisches Personal» der Pflegeheime keine für diesen Bericht relevanten Berufsfachleute erfasst sind,

ergibt sich das Gesamtbild der berufstätigen Angehörigen der Berufsgruppen Hebammen, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Berufe, Rettungs- und Transportsanität, wie in Abbildung 10 dargestellt.

Unter den verschiedenen Berufen hat die Diplompflege die höchsten Anteile, sie liegen bei 19.4% für die Deutschschweiz und bei 53.1% für die lateinische Schweiz. Der hohe Anteil an diplomiertem Pflegepersonal mit ausländischem Diplom in den Pflegeheimen der lateinischen Schweiz dürfte verschiedene Ursachen haben. Aufgrund des Lohngefälles zwischen der Schweiz und dem benachbarten Ausland üben grenznahe Regionen (GE, NE, TI, VD) eine Anziehungskraft auf ausländische Arbeitskräfte und Grenzgängerinnen aus. Andererseits wäre es auch von Interesse, die Ursachen für den tiefen Anteil von Pflegefachpersonen mit einem FH-Diplom in den Pflegeheimen der Westschweiz zu kennen.

Auch in Bezug auf das Personal auf Sekundarstufe II zeigen die Sprachregionen grosse Unterschiede. Der Anteil des Personals mit ausländischem Diplom in Pflegeheimen hat von 2010 bis 2014 in allen Berufen und in beiden Sprachregionen zugenommen.

1.4 GESUNDHEITSPERSONAL MIT AUSLÄNDISCHEM DIPLOM

1.4.1 Bestand

Angaben zum Bestand von Mitarbeitenden mit einem im Ausland erworbenen Berufsabschluss liegen nur in der SOMED-A-Statistik für die Pflegeheime vor. Demnach gibt es hinsichtlich der verschiedenen Berufe und der Sprachregionen grosse Unterschiede, wie Abbildung 11 zeigt.

Insgesamt verfügen im Jahr 2014 13.1% des Personals der Pflegeheime über einen ausländischen Abschluss, dieser Anteil ist allerdings in der lateinischen Schweiz dreimal so hoch wie in der Deutschschweiz.

1.4.2 Zentrales Migrationsinformationssystem: Zuwanderung

Das Obsan hat detaillierte Analysen der Daten des Zentralen Migrationsinformationssystems (ZEMIS) vorgenommen. Das ZEMIS enthält Angaben dazu, wie viele Gesundheitsfachpersonen bei der Einwanderung erklärt haben, über eine Anstellung in einem Spital, in einem Pflegeheim oder bei einer privaten Vermittlungsagentur zu verfügen. Die Zahlen sind in Abbildung 12 für das Jahr 2014 dargestellt.

Im Jahr 2014 haben 1040 Angehörige von Gesundheitsberufen eine unbefristete Aufenthaltsbewilligung erhalten, weitere 409 Personen eine befristete Aufenthaltsbewilligung und 1618 Personen wurden als Grenzgänger aufgenommen. Die Analyse der Zahlen zeigt, dass die tertiäre Pflege durchgehend den

Abb. 11 Anteil des Personals mit ausländischem Diplom in den Pflegeheimen

	Ganze Schweiz		Lateinische Schweiz		Deutschschweiz	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Tertiäre Pflege	22.3%	26.7%	43.0%	53.1%	16.2%	19.4%
Sekundarstufe II total	8.3%	9.7%	19.7%	22.7%	3.5%	4.7%
Sekundarstufe II EFZ	2.5%	3.6%	4.6%	5.4%	2.0%	3.2%
Sekundarstufe II EBA	10.9%	14.7%	24.2%	30.4%	4.4%	6.2%
Ungelernte	2.2%	3.6%	3.9%	4.4%	1.5%	3.3%
Total	11.0%	13.1%	21.2%	25.1%	7.2%	9.0%

Abb. 12 Zuwachs an Gesundheitsfachpersonen mit einer Aufenthalts- oder Grenzgängerbewilligung im Jahr 2014

	Spitäler	Pflege- heime	Private Ver- mittlungs- agenturen	Total
Aufenthaltsbewilligung				
Tertiäre Pflege	685	91	8	784
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II	71	55	2	128
Hebammen	20	–	2	22
Medizinisch-therapeutische Berufe	52	3	1	56
Medizinisch-technische Berufe	49	–	1	50
Total	877	149	14	1 040
Befristete Aufenthaltsbewilligung				
Tertiäre Pflege	182	60	62	304
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II	14	16	12	42
Hebammen	9	–	3	12
Medizinisch-therapeutische Berufe	27	–	5	32
Medizinisch-technische Berufe	14	–	5	19
Total	246	76	87	409
Grenzgängerausweis				
Tertiäre Pflege	605	148	274	1 027
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II	129	131	214	474
Hebammen	34	–	5	39
Medizinisch-therapeutische Berufe	58	5	5	68
Medizinisch-technische Berufe	9	–	1	10
Total	835	284	499	1 618

grössten Anteil unter diesen Personen bildet und dass die Spitäler der grösste Arbeitgeber für diese Personen sind.

Das ZEMIS enthält auch soziodemografische Daten. Kurz zusammengefasst zeigen diese, dass die Einwandernden eher jung sind, besonders ausgeprägt bei den Hebammen und bei den Angehörigen der MTT-Berufe. Weiter lässt sich feststellen, dass die Einwandernden mit einer Anstellung in Pflegeheimen im Durchschnitt älter sind als jene mit einer Anstellung in den Spitälern.

83.8% der Einwandernden stammen aus dem benachbarten Ausland (Deutschland, Frankreich und Italien). Schliesslich zeigen die Zahlen, dass sich die Einwanderungsströme in den einzelnen Kantonen stark unterscheiden.

1.4.3 Zentrales Migrationssystem: Migrationssaldo

Stellt man der Einwanderung die Auswanderung gegenüber, ergibt sich der Migrationssaldo, welcher für die Interpretation des Gesamtverlaufs relevant ist. Aufgrund seiner Analysen schätzt das Obsan die Bedeutung des Migrationssaldos von ausgebildeten Fachkräften wie folgt ein:

- Von den im Zeitraum 2010 bis 2014 neu eingestellten tertiären Pflegefachpersonen verfügten 60% über ein im Inland ausgestelltes Diplom, 40% traten ihre Stelle mit einem im Ausland erworbenen Diplom an. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum in der Schweiz 10 952 Diplome ausgestellt und 6347 Pflegefachpersonen sind in die Schweiz eingewandert. Auch wenn es gelingt, die Diplomzahlen in der Schweiz zu steigern, werden die zugewanderten Pflegefachpersonen weiterhin eine wichtige Rolle in der Versorgung wahrnehmen.
- Die Situation auf Sekundarstufe II unterscheidet sich stark von derjenigen auf Tertiärstufe. Dank dem markanten Ausbau der Ausbildung Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ und dem Aufbau der Ausbildung Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA liegt die Zahl der im Inland ausgebildeten Berufspersonen deutlich höher als die Zahl der zugewanderten. Im Zeitraum 2010 bis 2014 wurden in der Schweiz 21 700 Zeugnisse ausgestellt und 1210 Berufspersonen sind in die Schweiz eingewandert.

1.5 PFLEGEPERSONALDICHTEN IM OECD-VERGLEICH

Bei der Darstellung des Personalbestandes wird gemeinhin davon ausgegangen, dass der Ist-Bestand dem Bedarf entspricht. Die Höhe des Bedarfs wird als solche nicht in Frage gestellt. Eine Möglichkeit, den Personalbedarf in einen grösseren Kontext zu stellen, besteht im Vergleich mit anderen Ländern. Als Datenquelle bietet sich die OECD-Statistik an, in welcher unter anderem einige Variablen zum Gesundheitspersonal in den Mitgliedstaaten erhoben werden.⁷

In der Statistik werden die Anzahl Personen sowie die Personaldichte, also die Anzahl Fachpersonen pro Einwohner, erhoben. Bei der Interpretation der Zahlen aus der OECD-

⁷ Die Daten sind zu finden unter: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Stand 9.5.2016)

Abb. 13 Gegenüberstellung von inländischen Abschlüssen und Migrationssaldo 2010–2014 für die tertiäre Pflege

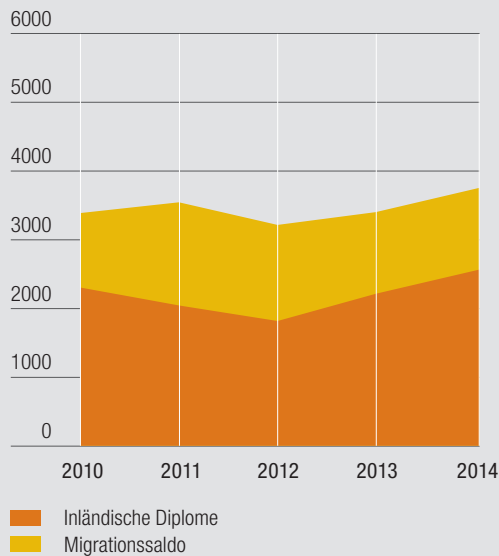
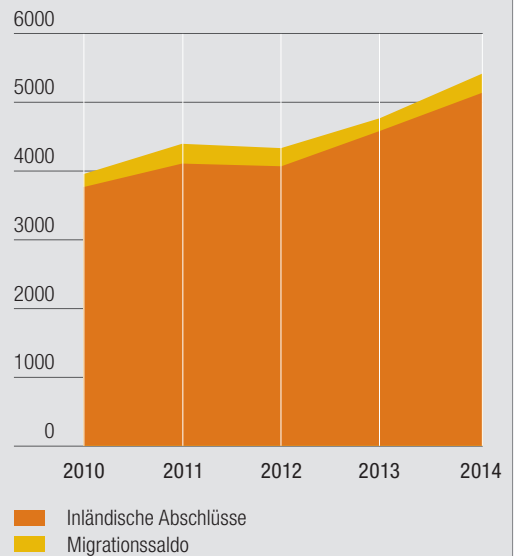


Abb. 14 Gegenüberstellung von inländischen Abschlüssen und Migrationssaldo 2010–2014 für die Pflege- und Betreuungsberufe auf Sekundarstufe II



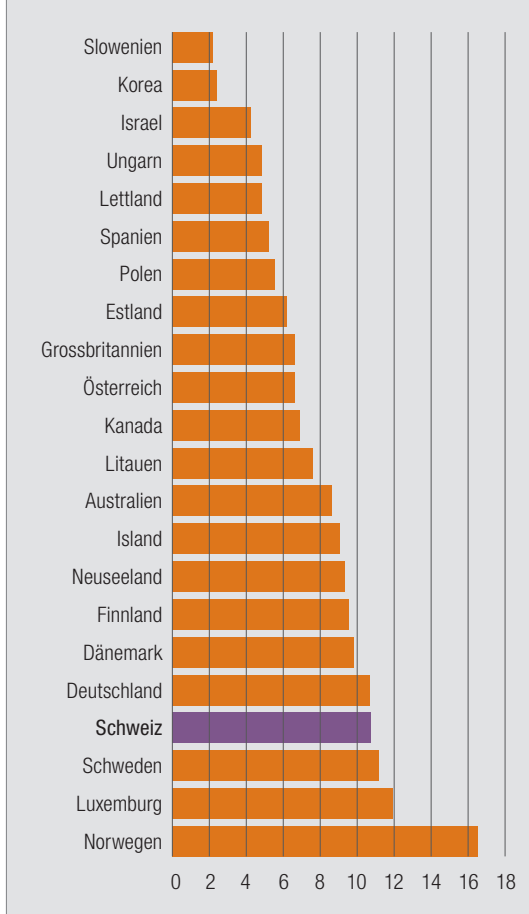
Statistik ist jedoch grosse Vorsicht geboten, weil sie mit einigen Einschränkungen behaftet sind:

- **Unvollständige Daten:** Nicht alle Länder liefern Daten zum Personal, nicht alle Länder liefern sie zu allen angefragten Berufen und die Daten sind nicht aus jedem Land für jedes Jahr vorhanden.
- **Mangelnde Vergleichbarkeit:** Die grösste Schwierigkeit der OECD-Statistik besteht darin, dass die Oberkategorien sehr offen definiert sind und entsprechend viel Spielraum für die Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu den einzelnen Kategorien lassen. Dies ist insbesondere bei den Kategorien «nurses» und «caring personnel» der Fall. Abgesehen von den Ungenauigkeiten bei der Kategorisierung stellt allein die Tatsache von unterschiedlichen Bildungssystematiken und Versorgungsstrukturen die Vergleichbarkeit in Frage.
- **Beschäftigungsgrad nicht berücksichtigt:** In Ländern mit einem tieferen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad werden mehr Personen für dasselbe Stellenvolumen benötigt. Die Statistik berücksichtigt dies nicht, da sie nur die Anzahl Personen und nicht die VZÄ erhebt.
- **Bezugsgrösse:** Das Gesundheitspersonal wird in Bezug zur Anzahl Einwohner gesetzt. Damit dürften diese Zahlen eher ein Spiegelbild des Versorgungsgrades in den einzelnen Ländern sein als des mehr oder weniger effizienten Personaleinsatzes (das heisst des Verhältnisses von Personal zu erbrachten Leistungen).⁸ Aufgrund der unterschiedlichen Kategorisierungen und Versorgungskonzepte kann es zudem heikel sein, Berufsgruppen isoliert zu vergleichen.

In Abbildung 15 ist die Dichte des diplomierten Pflegefachpersonals im Ländervergleich für das Jahr 2012 dargestellt. Es entspricht der Kategorie «Professional nurses, practising» in der Oberkategorie «nurses». Für die Schweiz ist in dieser Kategorie das diplomierte Pflegefachpersonal auf Tertiärstufe, inklusive diplomiertes Pflegefachpersonal mit Spezialisierung, aus der Krankenhausstatistik, der SOMED und der Spitex-Statistik erfasst. Die Pflegepersonaldichte hat sich seit 2007, als die Variable erstmals ausgewiesen wurde, kaum verändert: sie hat sich von 10.31 (2007) auf 10.75 diplomierte Pflegefachpersonen pro 1000 Einwohner im Jahr 2012 nur geringfügig erhöht. Der Durchschnittswert aus den vorliegenden Länderzahlen beträgt für das Jahr 2012 7.76.

⁸ Ein Vergleich der Personaldotationen fördert nicht nur auf internationaler Ebene, sondern auch in der Schweiz selber grosse Unterschiede zutage, wie eine Studie von Avenir Suisse zur Alterspflege (2016) zeigt. In der Studie wurde das Verhältnis des Personals (Gesamtpersonal in VZÄ) zur Anzahl Pflegestunden pro Kanton untersucht. Die Unterschiede zwischen den Kantonen machten 2014 bis zu 34% (Pflegeheime) beziehungsweise bis zu 30% (Spitex) des Schweizer Durchschnitts aus. Ein Teil der Abweichungen dürfte allerdings auf unterschiedliche Pflegeerfassungssysteme zurückzuführen sein, wie die Autoren schreiben.

Abb. 15 Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen pro 1000 Einwohner (2012)



2 AUSBILDUNGSTÄTIGKEIT

2.1 DATENGRUNDLAGEN

Die Ergebnisse zu den Eintritten und den Abschlusszahlen von Lernenden und Studierenden basieren auf der Bildungsstatistik (berufliche Grundbildung und höhere Berufsbildung) sowie dem Schweizerischen Hochschulinformationssystem SHIS des Bundesamtes für Statistik.

2.2 SEKUNDARSTUFE II

2.2.1 Berufsbildung

Abbildung 16 zeigt den Verlauf der Ausbildungsabschlüsse in Pflege- und Betreuungsberufen auf Sekundarstufe II.

Auf der Assistenzstufe sind in den Jahren 2010 und 2011 die letzten Ausbildungsabschlüsse von Pflegeassistentinnen SRK

zu verzeichnen, ab 2012 setzen dann die ersten Abschlüsse der zweijährigen Ausbildung zur Assistentin Gesundheit und Soziales EBA (AGS) ein.

Auf der Stufe EFZ fallen der starke Anstieg und die hohe Zahl der Abschlüsse zur Fachfrau/zum Fachmann Gesundheit EFZ (FaGe) ins Auge; der Anstieg beträgt knapp 45%, von 2561 Abschlüssen im Jahr 2010 auf 3710 Abschlüsse im Jahr 2014.

Um immerhin knapp 24% haben die Abschlüsse der Fachrichtung Betagtenbetreuung und der generalistischen Ausbildung zur Fachfrau/zum Fachmann Betreuung EFZ (FaBe) zusammen zugenommen. Im Jahr 2010 waren insgesamt 555 Abschlüsse zu verzeichnen, 687 im Jahr 2014.

Abb. 16 Verlauf der Ausbildungsabschlüsse auf Sekundarstufe II

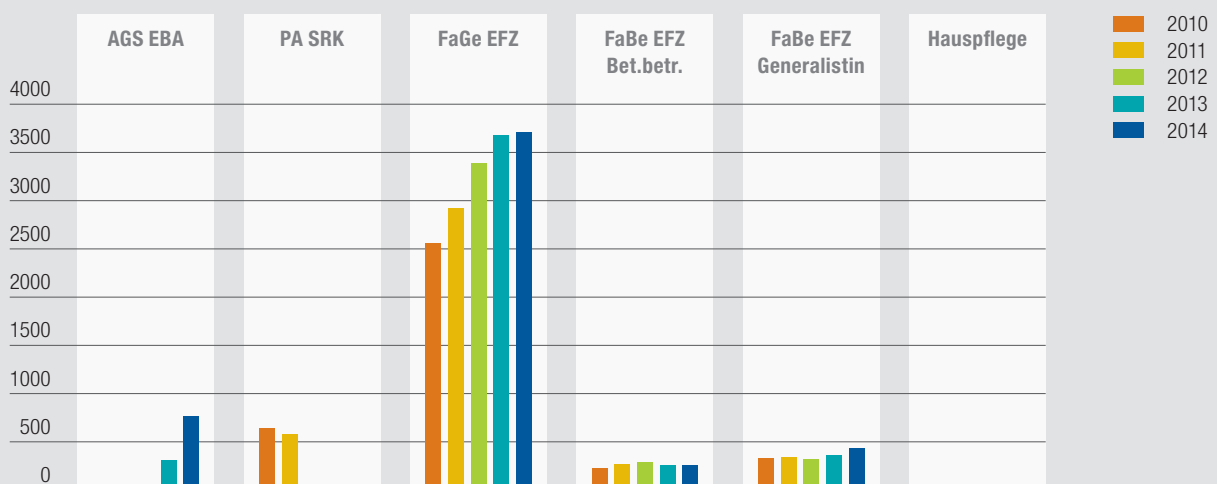
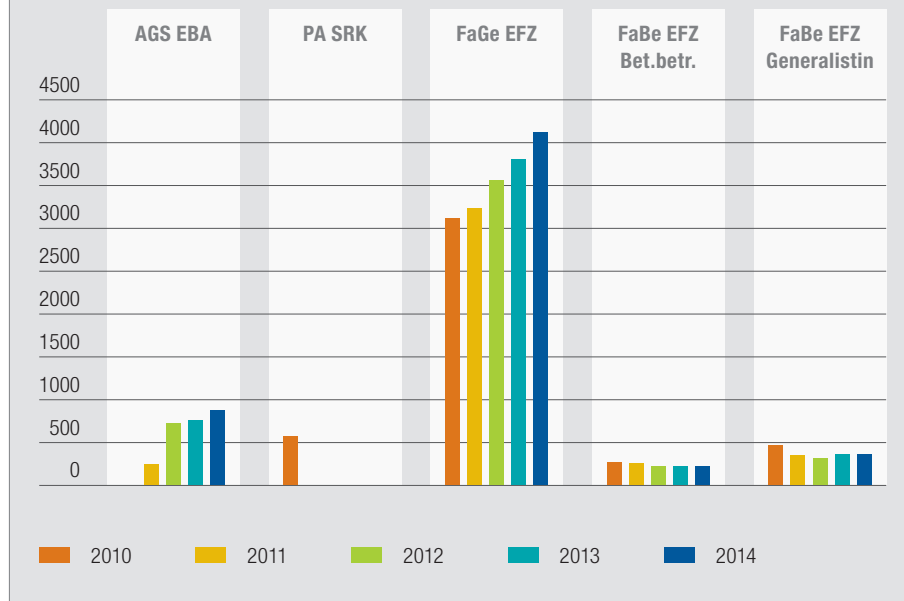


Abb. 17 Verlauf der Eintritte Berufsbildung Sekundarstufe II


Die Grafik der Ausbildungseintritte der Jahre 2010 bis 2014 (Abbildung 17) zeigt, dass die Zahl der Abschlüsse in der AGS-Ausbildung weiterhin ansteigen werden. Im Jahr 2014 haben 880 Lernende diese Ausbildung begonnen, in den kommenden Jahren ist somit mit einem Anstieg der Abschlusszahlen zu rechnen. Diese werden allerdings mengenmässig das Niveau der früheren Ausbildung auf Assistenzstufe, der PA SRK, noch nicht erreichen.

Bemerkenswert ist die Entwicklung der FaGe-Eintritte. Im Jahr 2014 haben insgesamt 4125 Lernende eine FaGe-Ausbildung angetreten. Dies unterstreicht, dass die bei den Abschlüssen aufgezeigte Dynamik ungebrochen weitergeht.

Die Eintritte in die Ausbildungen FaBe Fachrichtung Betagtenbetreuung und Generalistin zeigen dagegen zusammen eine rückläufige Tendenz, von 726 Eintritten im Jahr 2010 ist die Zahl bis 2014 auf 591 Eintritte gesunken. Hier ist somit in den nächsten Jahren mit einer rückläufigen Zahl von Abschlüssen zu rechnen.

2.2.2 Zuführende Ausbildungen

Gymnasiale Maturität, Berufsmaturität Gesundheit/Soziales und Fachmaturität Gesundheit öffnen den Weg in die Ausbildungen auf Tertiärstufe A. Abbildung 18 zeigt insgesamt eine zunehmende Tendenz. Eine vertiefende Analyse findet sich im Kapitel 3 dieses Berichts.

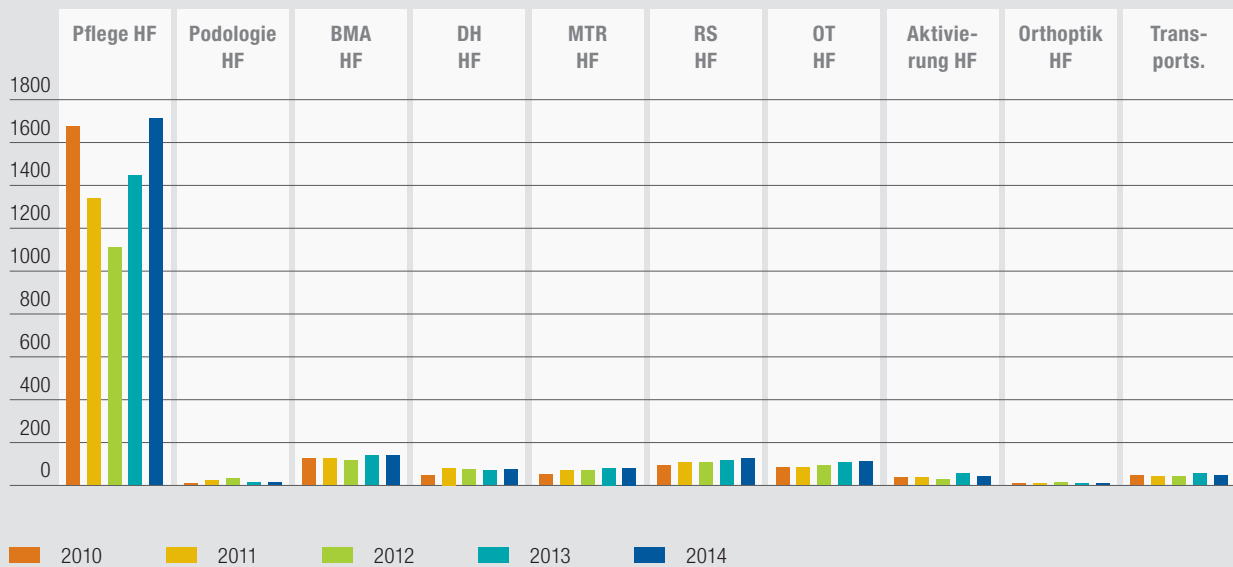
Abb. 18 Entwicklung der Maturitätsabschlüsse 2010–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Gymnasiale Maturität	18 872	18 976	18 085	18 217	18 437
Berufsmaturität Gesundheit/Soziales	1 471	1 610	1 832	2 016	2 106
Fachmaturität Gesundheit	–	–	702	674	733

Abb. 19 Entwicklung der Fachmittelschulabschlüsse 2010–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
FMS Gesundheit	981	666	783	783	911
FMS Gesundheit/Naturwissenschaften	37	42	58	59	89
FMS Gesundheit/Pädagogik	9	199	117	151	215
FMS Gesundheitsbereich total	1 027	907	958	993	1 215

Fachmittelschulabschlüsse öffnen den Weg an die Höheren Fachschulen. Die Zahl der Abschlüsse in den Jahren 2010 bis 2014 weist die in Abbildung 19 dargestellte Entwicklung auf.

Abb. 20 Verlauf der Abschlüsse auf Tertiärstufe B

2.3 TERTIÄRSTUFE B

Der Verlauf der Abschlüsse in den Ausbildungen auf der Tertiärstufe B ist in Abbildung 20 dargestellt.

Die Pflegeausbildung auf Stufe HF verzeichnet nach 2010 einen temporären Einbruch, von dem sie sich bis 2014 wieder erholt. Konnten im Jahr 2010 noch 1676 Diplome abgegeben werden, waren es im Jahr 2012 gerade noch 1109. Im Jahr 2014 stieg die Zahl wieder auf 1710.

Der Rückgang der Abschlüsse bei der Pflege HF von 2010 bis 2012 dürfte hauptsächlich auf das Auslaufen der altrechtlichen Pflegeausbildungen DN I und DN II zurückzuführen sein. Die letzten Diplome dieser Ausbildungen wurden im Jahr 2011 vergeben. 2012 ist die altrechtliche Ausbildung ganz weggefallen, während sich die neue HF-Ausbildung noch im Aufbau befand. Die rückläufige Entwicklung bis 2012 ist auch im Zusammenhang mit der Ausbildung zur FaGe EFZ zu sehen, die als Zubringer zur Pflegeausbildung HF gilt und in den Jahren 2007 bis 2010 noch vergleichsweise tiefe Abschlusszahlen generierte. Wie die Entwicklung bei den Eintritten in die HF Pflege zeigt, ist die Tendenz weiterhin steigend, und es ist somit in den nächsten Jahren mit steigenden Abschlusszahlen zu rechnen.

In den weiteren Gesundheitsberufen auf Tertiärstufe B zeigen die medizinisch technische Radiologie HF, die Rettungssanität HF und die Operationstechnik HF steigende Verläufe. Die weiteren Ausbildungen zeigen Schwankungen ohne ablesbaren Trend.

Bei den Eintritten in die Pflegeausbildung HF ist zwar kein Einbruch wie bei den Austritten zu verzeichnen, der Verlauf ist aber unstetig. Im Jahr 2010 waren 1418 Eintritte zu verzeichnen, im Jahr 2014 waren es 1675. Das Jahr 2013 weist mit 1839 Eintritten den höchsten Wert auf.⁹

Bei den weiteren Gesundheitsberufen auf Tertiärstufe B wiederholt sich bei den Eintritten das gleiche Bild wie bei den Abschlüssen (vgl. Abbildung 21).

2.4 TERTIÄRSTUFE A

Die Zahl der Abschlüsse zeigt in den Jahren 2010 bis 2014 in allen Gesundheitsberufsausbildungen auf Tertiärstufe A eine Zunahme (vgl. Abbildung 22).

In der Pflege FH haben im Jahr 2010 noch 614 Studierende mit dem Bachelor abgeschlossen, im Jahr 2014 waren es be-

⁹ Die Zählung der Eintritte HF Pflege durch die Bildungsanbieter weicht für die Jahre 2012 bis 2014 von den hier präsentierten Zahlen der BFS-Statistik ab. Gemäss Angaben des BGS lagen die Eintritte von 2012 bis 2014 um rund 17% höher als vom BFS ausgewiesen. Der Grund für die Abweichung liegt darin, dass das BFS nur die Eintritte in das erste Studienjahr berücksichtigt. Personen, welche die verkürzte, zweijährige HF-Ausbildung für FaGe absolvieren, werden in der BFS-Statistik unter den Eintritten nicht erfasst.

Abb. 21 Verlauf der Eintritte in die Tertiärstufe B

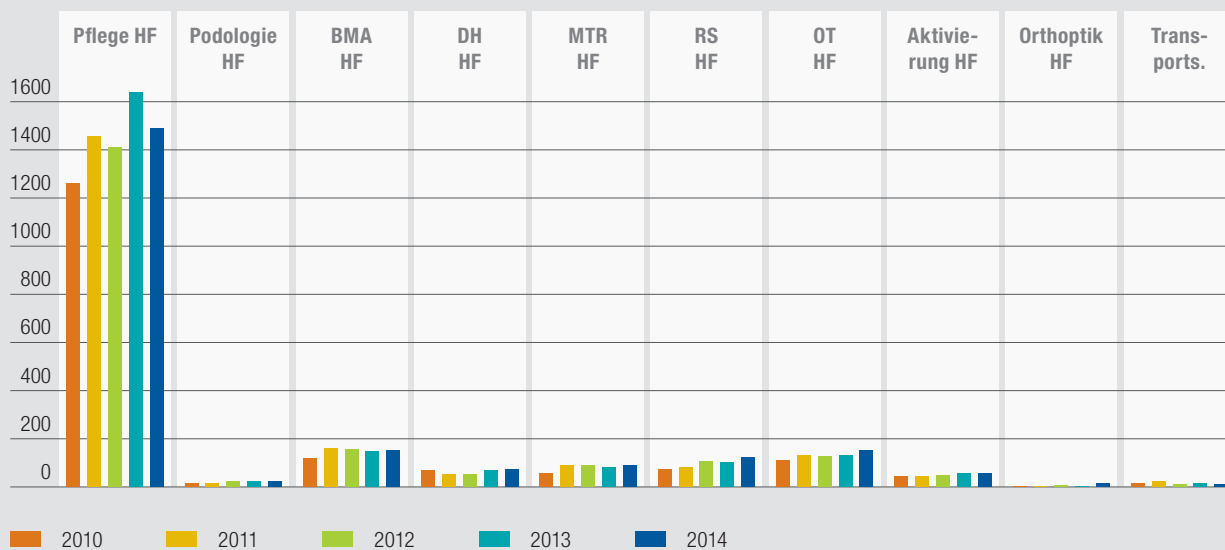
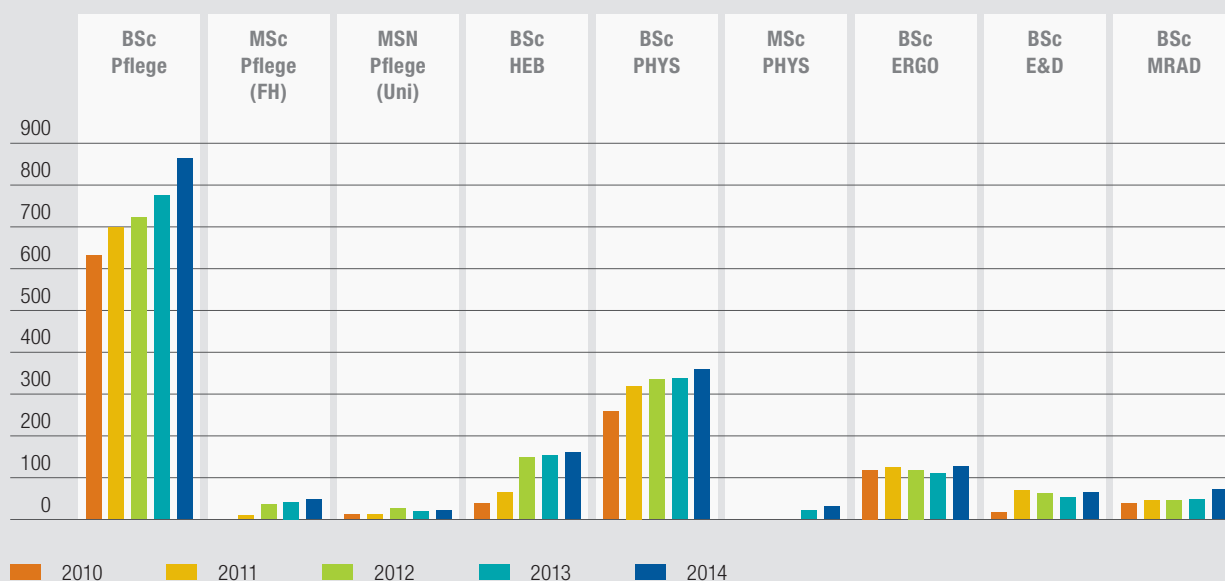


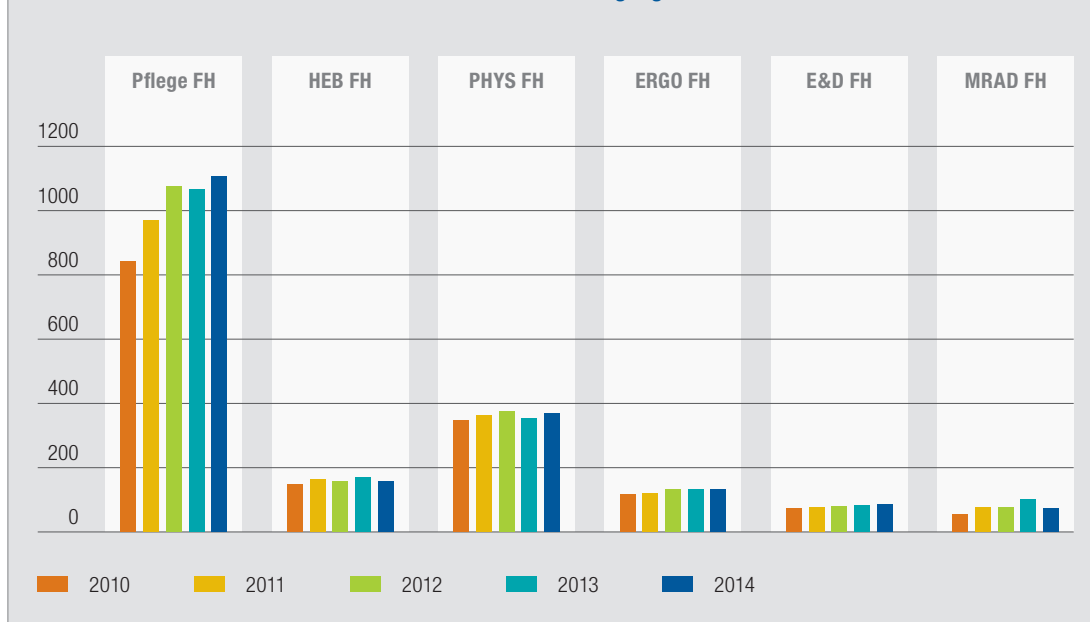
Abb. 22 Verlauf der Bachelor-Abschlüsse in Fachhochschulstudiengängen



reits 843. Dazu wurden in diesem Jahr 47 Master-Abschlüsse in Pflege auf Stufe Fachhochschule und 20 Master-Abschlüsse in Pflege auf Stufe Universität verzeichnet.¹⁰

Die markante Zunahme der Fachhochschulabschlüsse ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass Fachhochschulstudiengänge Gesundheit in der Deutschschweiz erst seit 2006 angeboten und seither sukzessive ausgebaut wurden. Die ersten FH-Diplome Gesundheit wurden in der Deutschschweiz 2009 ver-

¹⁰ Auf Stufe Universität sind zudem wenige Bachelor-Abschlüsse und vereinzelte Abschlüsse PhD in Nursing Science zu verzeichnen. Aus Gründen der Lesbarkeit sind sie in der Grafik nicht dargestellt.

Abb. 23 Verlauf der Eintritte in die Fachhochschulstudiengänge

geben. Am grössten ist die Zunahme der Bachelor-Abschlüsse bei den Hebammen, dies als Folge des späten beziehungsweise gestuften Starts der Studiengänge. Auch die Physiotherapie zeigt ein gut erkennbares Wachstum der Bachelor-Abschlüsse. Die ersten Master-Studiengänge in Physiotherapie wurden 2013 abgeschlossen, im Jahr 2014 waren 29 Abschlüsse zu verzeichnen. Die Abschlüsse in Ergotherapie FH, Ernährung und Diätetik FH sowie medizinisch technische Radiologie FH zeigen ein unbestimmtes Bild. Die Entwicklung der Abschlusszahlen gibt nur bedingt ein Abbild der Nachfrage nach diesen Studiengängen. Einige Fachhochschul-Standortkantone beschränken die Anzahl der Studienplätze (Numerus clausus). Ausschlaggebend für die Obergrenze der angebotenen Studienplätze sind unter anderem die verfügbaren Praktikumsplätze.

Die Zahl der Eintritte in die Fachhochschulstudiengänge zeigt beim Studiengang Pflege eine fortgesetzte Wachstumsdynamik (vgl. Abbildung 23). Auch die Eintrittszahlen in die Studiengänge Ernährung und Diätetik sowie Ergotherapie verlaufen steigend. Die Entwicklung der Eintritte in die drei weiteren Studiengänge in Gesundheitsberufen zeigt keine klare Richtung.

2.5 WEITERBILDUNGEN AUF TERTIÄRSTUFE

Für die Weiterbildungen auf Tertiärstufe liegen nur für die curricular geregelten Nachdiplomstudiengänge der Höheren Fachschulen verlässliche Zahlen vor. Die Entwicklung der Zahl

der Abschlüsse ist unstet, insgesamt zeichnet sich aber doch eine Zunahme gegenüber dem Ausgangsjahr 2010 ab.

Da die Weiterbildungen des Pflegepersonals in der Krankenhausstatistik nicht separat ausgewiesen werden, wurden auch keine gesonderten Bedarfs- und Nachwuchsprognosen für diese Spezialisierungen erstellt.

Die übrigen Weiterbildungen auf Tertiärstufe befinden sich im Wandel. Die vom SBK reglementierten Weiterbildungen in Pflege laufen aus. Sie werden in Zukunft durch die eidgenössischen Prüfungen in Pflege abgelöst, die sich noch in Entwicklung befinden. Im Pflegebereich ist bisher einzig die Berufsprüfung Langzeitpflege und -betreuung in Kraft getreten, die ersten Abschlussprüfungen finden im Herbst 2016 statt.

Abb. 24 Entwicklung der Abschlüsse NDS HF AIN 2010–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
NDS HF Anästhesiepflege	40	145	60	101	87
NDS HF Intensivpflege	61	282	101	178	195
NDS HF Notfallpflege	24	71	46	65	104
Total Abschlüsse NDS HF	125	498	207	344	386

Die Fachhochschulen sind in der Ausgestaltung ihrer Weiterbildungsangebote im Rahmen der Vorgaben des Bologna-Prozesses weitgehend frei. Dies führt zu einem breiten, sich stetig wandelnden Weiterbildungsangebot auf den Stufen CAS, DAS und MAS. Im vorliegenden Bericht wird deshalb auf eine Detailanalyse verzichtet.

2.6 STRUKTUR DER AUSBILDUNGEN IN PFLEGE- UND BETREUUNGSBERUFEN IN DEN LANDESTEILEN

Die schweizerische Bildungssystematik wurde in den drei Landesteilen Deutschschweiz, Romandie und Tessin mit unterschiedlichen Akzenten umgesetzt. Es wird deshalb auch untersucht, wie sich diese Schwerpunktsetzung auf die Ausbildungstätigkeit auswirkt. Als Messgrösse werden die Anteile der Abschlüsse der einzelnen Pflege- und Betreuungsberufe an der Gesamtheit der Abschlüsse in Pflege- und Betreuungsberufen beigezogen. Das Ergebnis ist in Abbildung 25 dargestellt.

Die Grafik zeigt, dass die Deutsch- wie die Westschweiz einen praktisch gleich hohen Anteil an tertiären Abschlüssen von knapp einem Drittel aller Abschlüsse haben (DCH: 32.8%, WCH: 33.2%). Abgesehen von den wenigen universitären Abschlüssen stammen diese in der Deutschschweiz grossmehrheitlich aus der HF Pflege, in der Westschweiz ausschliesslich aus der FH Pflege.

Auch der Anteil der Ausbildungen auf Sekundarstufe II EFZ ist in der Deutschschweiz (57.0%) und in der Westschweiz (58.4%) praktisch identisch. Die Zusammensetzung unterscheidet sich allerdings erheblich. Die FaGe deckt in der Deutschschweiz einen Anteil von 53.2% ab, in der Westschweiz sind es 31.2%. Die FaBe deckt in der Westschweiz einen Anteil von 27.2% ab mit einem klaren Schwerpunkt bei der Generalistin, demgegenüber sind es in der Deutschschweiz lediglich 3.8% mit einem klaren Schwerpunkt bei der Fachrichtung Betagtenbetreuung. Die Unterschiede zwischen den Landesteilen auf Sekundarstufe II EFZ sind auf unterschiedliche Versorgungskonzepte und demzufolge unterschiedlichen Bedarf an Kompetenzen der Pflegeheime (in der Westschweiz «établissements médico-sociaux» genannt) zurückzuführen.

Das Tessin zeigt auf beiden Bildungsstufen ein deutlich anderes Bild. Die tertiären Abschlüsse bilden mehr als die Hälfte aller Abschlüsse, nämlich 52.8%, rund drei Viertel stammen aus der Pflege HF, rund ein Viertel aus der Pflege FH. Die Abschlüsse auf Sekundarstufe II EFZ fallen ausschliesslich auf die FaGe mit einem Anteil von 37.9%. Die FaGe kommen im Tessin vor allem in den Pflegeheimen und in den Spitex-Organisationen zum Einsatz.

Abb. 25 Struktur der Abschlüsse in Pflege und Betreuung in den Landesteilen 2014

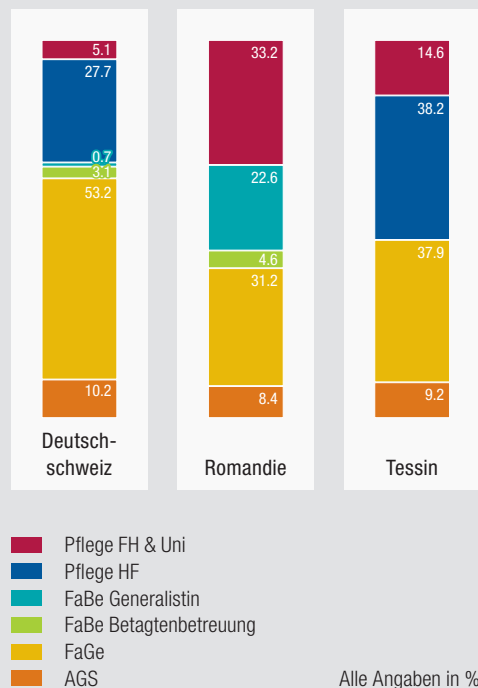


Abb. 26 Anzahl Abschlüsse Pflege und Betreuung nach Landesteilen 2014

	AGS	FaGe	FaBe BB ^{a)}	FaBe G ^{b)}	Pflege HF	Pflege BSc	Pflege MSc
Deutschschweiz	584	3 052	175	43	1 590	275	51
Romandie	145	539	79	390	0	569	16
Tessin	29	119	0	0	120	46	0
Total ganze Schweiz	758	3 710	254	433	1 710	890	67

a) FaBe Betagtenbetreuung

b) FaBe Generalist/in

Die Abschlüsse auf der Assistenzstufe (Sekundarstufe II EBA) sind in allen drei Landesteilen vergleichbar, die Anteile schwanken zwischen 8.4% und 10.2% aller Abschlüsse.

Die absoluten Zahlen der Abschlüsse im Jahr 2014 sind in Abbildung 26 dargestellt.

Abb. 27 Anteile der tertiären Abschlüsse in Pflege nach Diplom HF, Bachelor FH und Master 2014

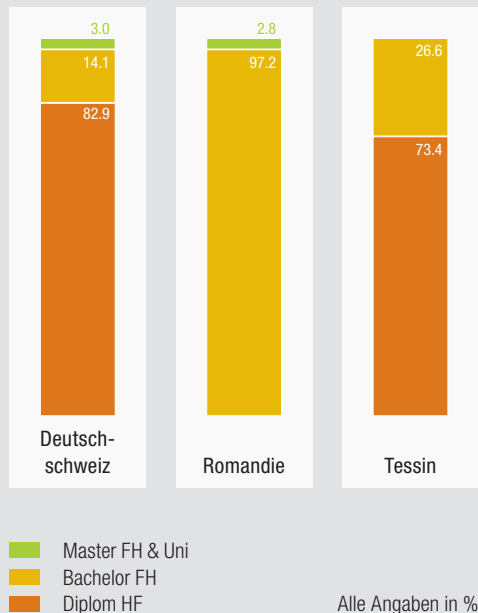


Abbildung 27 zeigt die Anteile der tertiären Abschlüsse in Pflege nach Diplom HF, Bachelor FH sowie Master FH und Master Universität.

Die Grafik zeigt, dass die Deutschschweiz schwergewichtig auf die Pflegeausbildung auf der Stufe Höhere Fachschule setzt, während diese Ausbildung in der Romandie nicht angeboten wird. Der Anteil der Pflegeausbildungen mit Bachelor-Diplom FH betrug 2014 in der Deutschschweiz 14.1%, im Tessin 26.6% (ohne Master-Abschlüsse). Bemerkenswert ist, dass der Anteil der Master-Ausbildung an den gesamten tertiären Abschlüssen in Pflege in der Deutschschweiz trotz des kleinen Anteils der Bachelor-Abschlüsse mit dem Anteil in der Romandie vergleichbar ist. Das Tessin zeigt eine eigenständige Struktur.

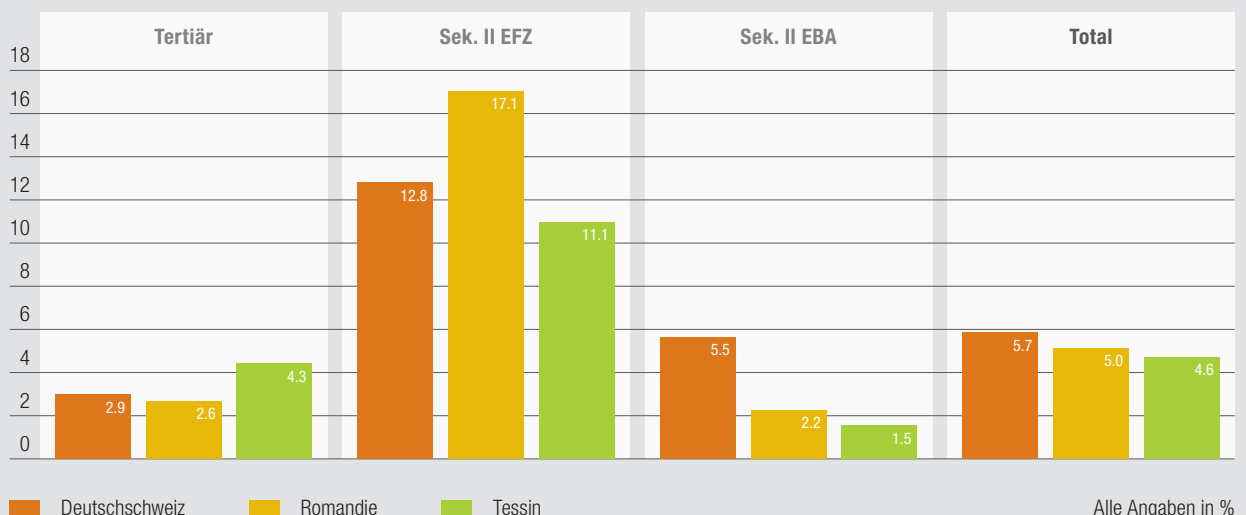
2.7 INTENSITÄT DER AUSBILDUNGSTÄTIGKEIT IN DEN LANDESTEILEN

Abbildung 25 wirft die Frage nach der Intensität der Ausbildungstätigkeit in den drei Landesteilen auf. Als Indikator für diese Intensität wird der Anteil der jährlichen Ausbildungsabschlüsse an der Zahl der Personen, die in dieser Bildungsstufe berufstätig sind, genutzt.

Abbildung 28 zeichnet ein interessantes Bild. Sie zeigt, dass die Ausbildungstätigkeit insgesamt in der Deutschschweiz leicht höher liegt als in der Westschweiz und dort höher als im Tessin.

Für die tertiäre Pflege liegt die Ausbildungsquote zwischen 2.6% in der Westschweiz und 4.3% im Tessin. Dieser Wert ist vor allem für die Deutsch- und die Westschweiz alarmierend;

Abb. 28 Anteil jährlicher Ausbildungsabschlüsse an der Gesamtzahl der Beschäftigten pro Bildungsstufe (Basis 2014)



angesichts der Prognosen des Obsan liegt er aber auch für das Tessin in einem sehr kritischen Bereich.

Das Bild für die Sekundarstufe II EFZ erscheint dagegen beruhigend, muss bei näherer Betrachtung aber auch kritisch beurteilt werden. Der hohe Wert für die Westschweiz ist auf die dünne Personaldecke in der Bildungsstufe Sek. II EFZ zurückzuführen. Das Tessin verfügt hier allerdings über eine noch dünnere Decke, der Wert ist somit kritisch.

Bei der Interpretation der Werte auf Sekundarstufe II EFZ muss berücksichtigt werden, dass ein kleiner Teil der Absolventinnen der FaGe-Ausbildung die Berufstätigkeit gar nie aufnimmt; dies gilt im Übrigen für alle Landesteile. Weiter hat die FaGe-Ausbildung in der Deutschschweiz eine wichtige Zubringerfunktion für die HF Pflege. Gemäss einer Studie des EHB von 2014 haben ein Jahr nach Lehrabschluss durchschnittlich 36% der FaGe und zwei Jahre nach Lehrabschluss 40% der FaGe eines Ausbildungsjahrgangs eine Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau/zum diplomierten Pflegefachmann HF angetreten. Mit Blick auf die kritische Situation im Tertiärbereich müsste diese Zubringerfunktion verstärkt werden, allerdings ohne die Zahl der berufsverbleibenden FaGe zu schmälern. Diese Überlegung ist in die Bedarfsberechnungen im Kapitel 4 eingeflossen.

Auf der Assistenzstufe (Sekundarstufe II EBA) ist die Deutschschweiz am besten positioniert, hat aber eine versorgungssichernde Ausbildungstätigkeit sicher noch nicht erreicht. Die wesentlich tieferen Ausbildungsquoten in der Westschweiz und im Tessin sind darauf zurückzuführen, dass die Personaldecke in dieser Bildungsstufe dort wesentlich höher ist als in der Deutschschweiz.

2.8 BILDUNGSANBIETER UND -ANGEBOTE AUF DEN TERTIÄRSTUFEN A UND B

Die Bildungsanbieter auf den Tertiärstufen A und B und ihr Angebot an Studiengängen in nicht-universitären Gesundheitsberufen sind in zwei Übersichtstabellen im Anhang dargestellt.

3 NACHWUCHSPOTENZIAL

3.1 VORSTUFE, PRIMAR- UND SEKUNDARSTUFE

Die Einschätzungen in diesem Kapitel stützen sich auf den Bericht «Bildungsperspektiven – Szenarien 2015 bis 2024 für das Bildungssystem» des BFS (Neuchâtel 2015).

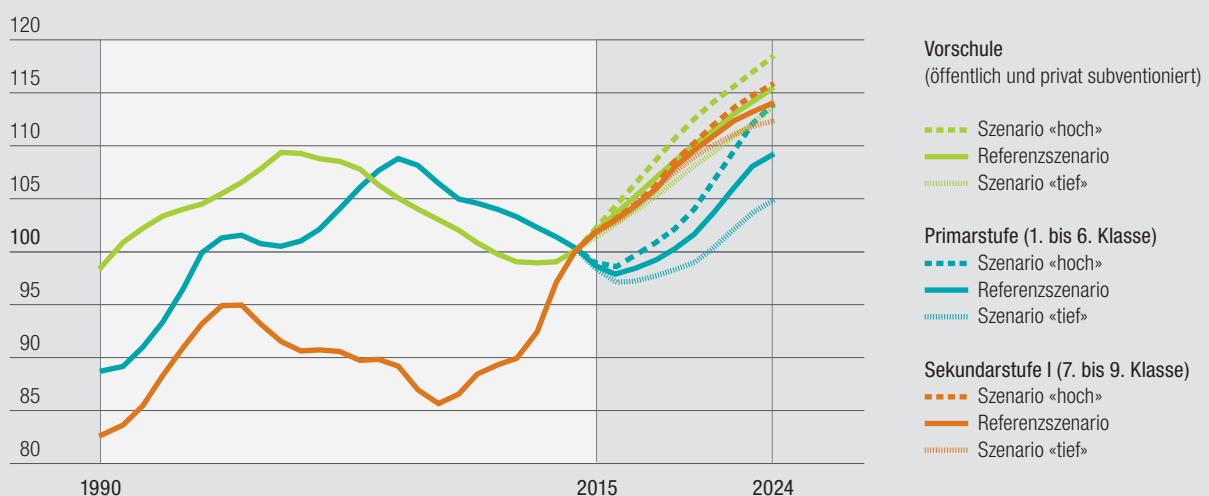
Die Szenarien (vgl. Abbildung 29) zeigen, dass der seit zehn Jahren anhaltende Rückgang der Schülerzahlen der obligatorischen Schule beendet ist. Für das nächste Jahrzehnt zeichnet sich ein Anstieg ab.

Im Jahr 2013 besuchten insgesamt 704 000 Schülerinnen und Schüler die obligatorische Schule; dies entspricht einem Rückgang um 7% seit dem Jahr 2003. Gemäss dem Referenzszenario wird die Schülerzahl bis zum Jahr 2024 auf rund 800 000 steigen, was einer Zunahme von rund 13% entspricht.

Die Entwicklung auf Sekundarstufe I ist innerhalb der Schweiz nicht homogen. Für den Zeitraum 2015 bis 2024 dürften die Lernendenzahlen in acht Kantonen abnehmen, in den Kantonen AI, NW und GR sogar um mehr als 5%. Demgegenüber wird in den Kantonen BS, ZH, FR, ZG, TG, VD, AG und VS eine Zunahme von über 10% erwartet. Die Entwicklung in den Kantonen ist in Abbildung 30 ersichtlich.

Für den Übergang in Ausbildungen auf Sekundarstufe II ist die Zahl der Abgängerinnen und Abgänger der obligatorischen Schule massgebend. Diese ist seit 2006 rückläufig und betrug im Jahr 2014 rund 79 000. Bis 2018 wird eine weitere Abnahme um rund 5% erwartet, danach sollte die Zahl der Abgängerinnen und Abgänger wieder steigen. Erwartet wird ein Zuwachs von rund 9% von 2018 bis 2024. Auch hier wird mit erheblichen kantonalen Unterschieden gerechnet.

Abb. 29 Szenarien 2015–2024: Lernende der Vorschule und der obligatorischen Schule

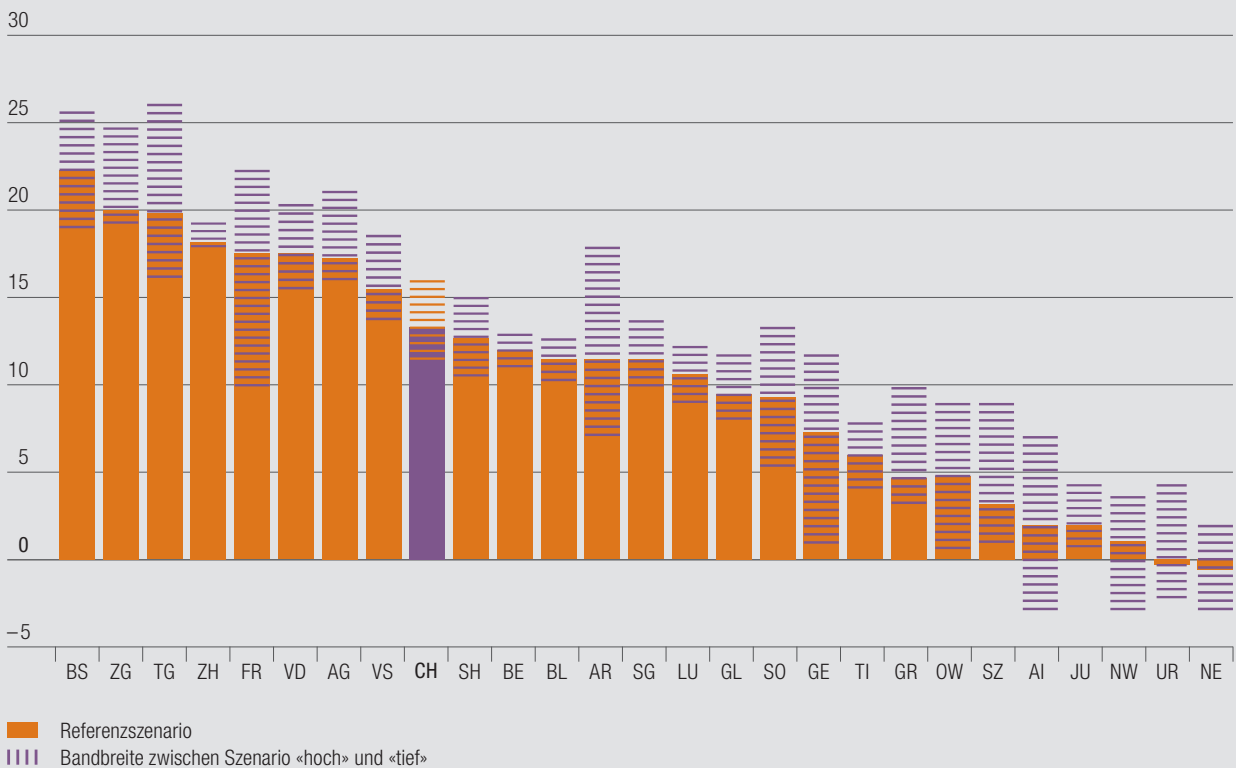


Quelle: BFS – Bildungsperspektiven

Index 2014 = 100

Abb. 30 Szenarien 2015–2024: Lernende der obligatorischen Schule nach Kantonen

Primarstufe und Sekundarstufe I: erwartete Entwicklung 2015–2024



Quelle: BFS – Bildungsperspektiven

3.2 SEKUNDARSTUFE II

Auch dieses Unterkapitel stützt sich auf den Bericht «Bildungsperspektiven – Szenarien 2015 bis 2024 für das Bildungssystem» des BFS von 2015 (Neuchâtel 2015).

Die Entwicklung in der Sekundarstufe II hinkt derjenigen der obligatorischen Schule naturgemäss hinterher. In den kommenden Jahren muss mit rückläufigen Beständen gerechnet werden. Ein Anstieg der Bestände wird erst am Ende des Jahrzehnts wieder einsetzen.

Für das Rekrutierungspotenzial ist die Entwicklung der Zahl der Eintritte in die Sekundarstufe II massgebend. Das Referenzszenario geht davon aus, dass diese Zahl von 2014 bis 2018 um rund 2% zurückgeht und anschliessend wieder ein Wachstum einsetzt; erwartet wird eine Zunahme um rund 6% bis zum Jahr 2024.

Für die Gesamtzahl der Abschlüsse werden aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungsverläufe nur geringfügige Ver-

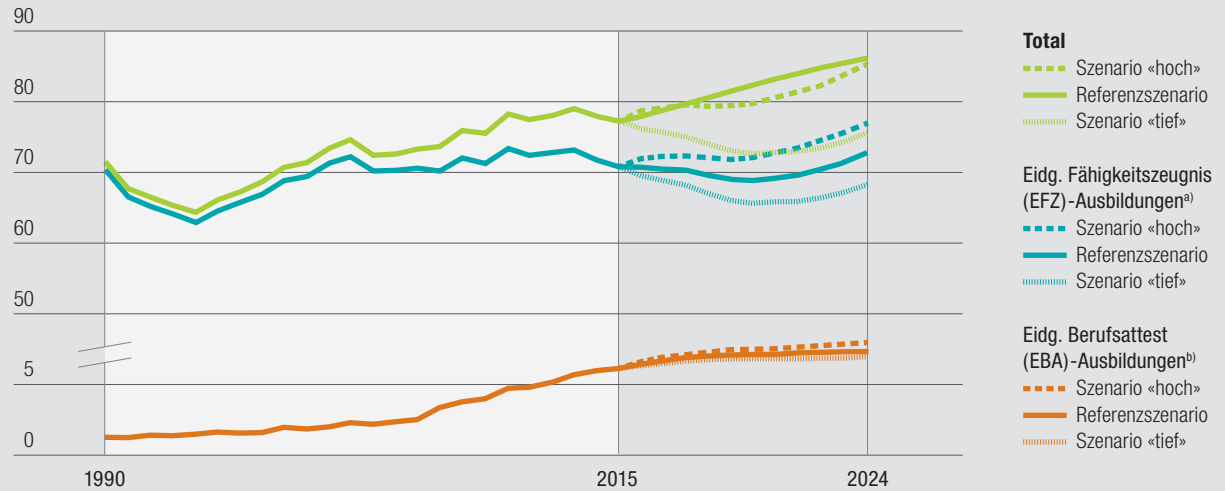
änderungen erwartet (Rückgang um rund 1% bis 2022, danach Zunahme um rund 1% bis 2024).

Die bisherige und die erwartete Entwicklung in der beruflichen Grundbildung sind in Abbildung 31 ersichtlich.

Bei der beruflichen Grundbildung wird in den einzelnen Bildungsfeldern mit stark unterschiedlichen Entwicklungen gerechnet. So dürfte die Zahl der Lernenden und der Abschlüsse mit EFZ im Sozialwesen und in der Informatik markant ansteigen. Die Berufe des Gesundheitswesens liegen an dritter Stelle; hier wird zwischen 2015 und 2024 im Referenzszenario mit einem Zuwachs der Lernenden um rund 6% und mit einem Zuwachs der Abschlüsse um rund 9% gerechnet. Abbildung 32 hält die Erwartungen fest.

In den allgemeinbildenden Ausbildungen (gymnasiale Maturitätsschulen und Fachmittelschulen) dürften die Eintrittsbestände gemäss dem Referenzszenario zwischen 2014 und 2018 um 3% schrumpfen, bevor sie bis 2024 wieder um 8% zunehmen. Für die Zahl der Jugendlichen, die eine Übergangs-

Abb. 31 Szenarien 2015–2024: Lernende des 1. Jahres der beruflichen Grundbildung



a) 3- und 4-jährige Ausbildungen (mit den Handels- und Informatikmittelschulen und den nicht BBG-reglementierten Ausbildungen)
b) 2-jährige Ausbildungen (mit der Anlehre)

Quelle: BFS – Bildungsperspektiven

Angaben in Tausend

Abb. 32 Szenarien 2015–2024: Berufliche Grundbildung nach ISCED-Bildungsfeld



Quelle: BFS – Bildungsperspektiven

Alle Angaben in %

ausbildung Sek.I zu Sek.II beginnen, wird zwischen 2014 und 2018 ein Rückgang um 4% bis 5% prognostiziert, bevor sie bis 2024 wieder um 7% bis 8% ansteigt.

Die Zahl der Abschlüsse der Sekundarstufe II folgt einer ähnlichen Entwicklung wie jene der Eintritte, jedoch mit einer zeitlichen Verzögerung, die der mittleren Ausbildungsdauer entspricht.

3.3 TERTIÄRSTUFE B

Der Bericht «Bildungsperspektiven – Szenarien 2015 bis 2024 für das Bildungssystem» des BFS (Neuchâtel 2015) klammert die Tertiärstufe B aus. Die vermutliche Entwicklung des Rekrutierungspotenzials lässt sich aber aus der Entwicklung der Austritte aus der Sekundarstufe II ableiten. Die Ausschöpfung dieses Rekrutierungspotenzials wird im Massnahmenteil dieses Berichts diskutiert.

3.4 TERTIÄRSTUFE A

Der Bericht des BFS zu den Bildungsperspektiven 2015 bis 2024 nimmt bezüglich der Entwicklung auf Tertiärstufe A die folgende Einschätzung vor.

Die Zahl der FH-Eintritte auf Bachelor-Stufe dürfte in den nächsten Jahren aufgrund der zunehmenden Zahl von Berufsmaturitätsabschlüssen und eines immer häufigeren Übertritts an eine FH nach der Berufsmaturität wachsen. Bei den Personen, die 2000 eine Berufsmaturität erwarben, lag die Quote dieser Übertritte bei 50%, im Jahr 2014 dagegen bei 62%, was einer Zunahme um 24% entspricht.

Aufgrund der erwarteten Zunahme der Anzahl von FH-Eintritten wird die Zahl der Studierenden auf Bachelor-Stufe an den FH nach 2016 weiter wachsen. In den Jahren bis 2024 werden gemäss dem Referenzszenario für alle Fachbereiche Anstiege der Zahl der Studierenden sowie der Bachelor-Abschlüsse erwartet. Abbildung 33 zeigt die erwartete Entwicklung in den verschiedenen Fachrichtungen. Der Gesundheitsbereich liegt an vierter Stelle, hier wird mit einer Zunahme der Studierendenzahl um rund 12% und mit einer Zunahme der Abschlüsse um rund 21% gerechnet. Bei diesem Szenario wird jedoch nicht berücksichtigt, dass in einigen FH-Studiengängen Gesundheit ein Numerus clausus zur Anwendung kommt. Die effektive Zunahme dürfte also tiefer ausfallen.

3.5 ERWACHSENE

3.5.1 Berufsumsteigende

Umsteigerinnen und Umsteigern aus anderen Berufsfeldern stehen die folgenden Wege in Berufsausbildungen Gesundheit offen:

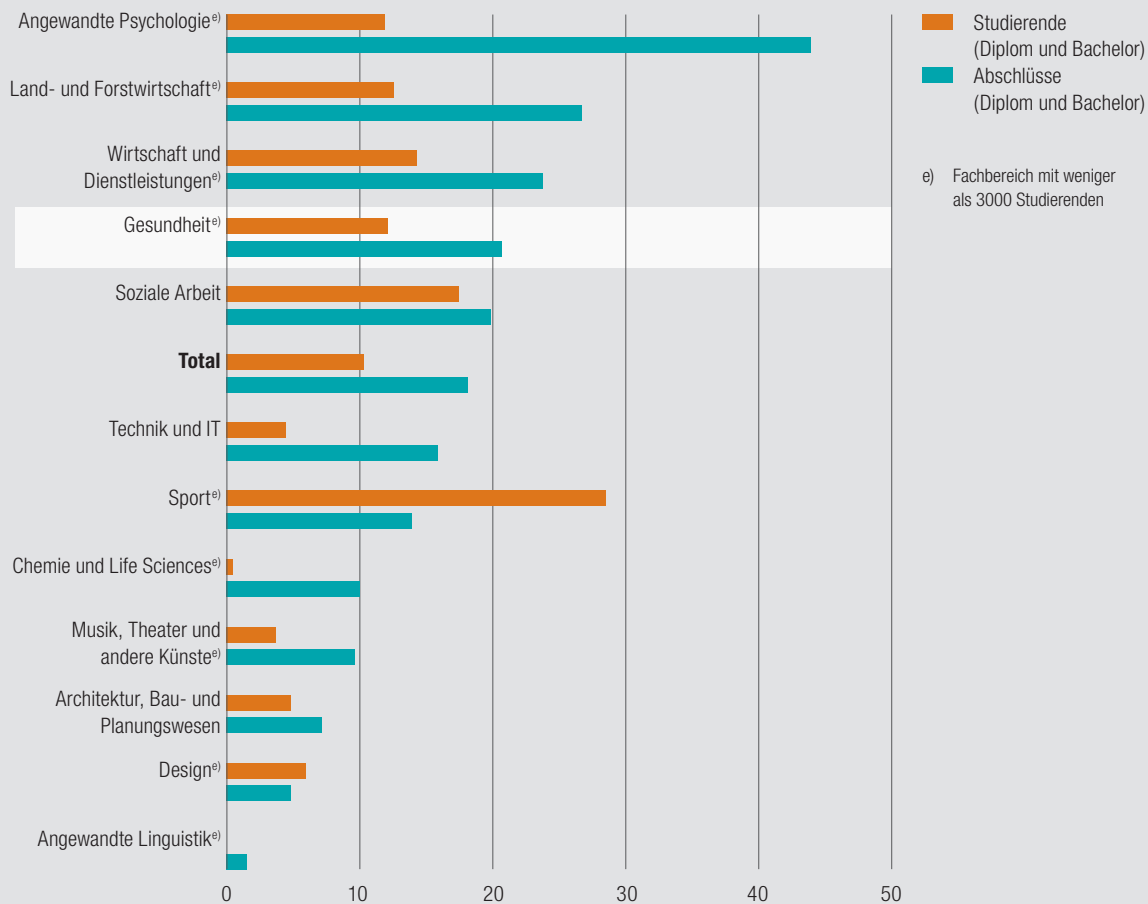
- Die Ausbildung zur Assistentin/zum Assistenten Gesundheit und Soziales EBA bildet einen niederschweligen Einstieg.
- Auf Stufe EFZ steht die Ausbildung zur Fachfrau/zum Fachmann Gesundheit zur Verfügung. Erwachsenen mit Berufs- und Lebenserfahrung steht die Möglichkeit einer auf zwei Jahre verkürzten Ausbildung offen. Verschiedene Kantone bieten spezifische, auf die Zielgruppe Erwachsene zugeschnittene Ausbildungsgänge FaGe EFZ an.
- Für Berufspersonen, die sich beruflich neu orientieren wollen, bieten Höhere Fachschulen in einigen Kantonen Teilzeitausbildungen an. Diese Studiengänge erfolgen in der Regel im Lehrortsprinzip. Sie zeichnen sich durch einen modulartigen Aufbau und eine flexible zeitliche Gestaltung aus, sodass neben der theoretischen und praktischen Ausbildung zu einem gewissen Prozentsatz der Tätigkeit im angestammten Beruf oder der Familienarbeit nachgegangen werden kann. Die Aufnahmezahlen bei diesen Ausbildungen sind begrenzt; Bewerberinnen und Bewerber müssen ein Eignungsverfahren durchlaufen.

Die gute Beschäftigungslage in der Schweiz begrenzt das wirtschaftlich bedingte Potenzial an inländischen Berufsumsteigenden. Mit den grossen Flüchtlingsströmen sind auch zahlreiche gut qualifizierte Menschen zugewandert. Sprachbarrieren erschweren ihnen allerdings den Zugang zu einer Ausbildung in Gesundheitsberufen und den Umgang mit Patientinnen, Klienten und Bewohnerinnen.

Erwachsene müssen in der Regel für ihren Lebensunterhalt selber aufkommen, die finanziellen Rahmenbedingungen während einer Ausbildung (tiefer Studierendenlohn, geringe Praktikumsentschädigung) reichen dazu aber nicht aus. Dies dürfte vielen Interessentinnen einen qualifizierten Umstieg in die Gesundheitsberufe verunmöglichen. Die Massnahmen für eine verstärkte Ausschöpfung dieses Potenzials sind im Kapitel 5.2.3 dargestellt.

3.5.2 Wiedereinsteigende

Das Potenzial der Wiedereingliederung von Pflegefachpersonen, die aus dem Beruf ausgestiegen sind, ist hoch. Wie eine Studie des Obsan zu den Berufsaustritten von Gesundheitspersonal zeigt (Obsan Bulletin 7/2016), ist gut ein Drittel des Pflegefachpersonals unter 35 Jahren nicht mehr im Beruf tätig. Bei den über 50-jährigen Pflegefachpersonen sind es gar 56%.

Abb. 33 Szenarien 2015–2024 Fachhochschulen: Entwicklung nach Fachbereich

Quelle: BFS – Bildungsperspektiven

Alle Angaben in %

Ein Wiedereinstieg bringt nicht nur zusätzliches Einkommen; erhöhte Selbstständigkeit, erhöhtes Selbstvertrauen und breitere Integration sind gemäss den vorliegenden Evaluationsberichten weitere positive Aspekte. Die Erfahrungen zeigen aber, dass die Hemmschwelle für den Wiedereintritt recht hoch liegt. Gründe dafür sind vorab der rasche Wandel der Berufsfelder im Gesundheitswesen, die zeitlichen Arbeitsbedingungen mit Spät- und Wochenenddiensten und mit dem Beruf verbundene belastende Situationen.

Die Massnahmen für eine verstärkte Ausschöpfung des Potenzials an Wiedereinsteigerinnen sind im Kapitel 5.4.4 dargestellt.

3.5.3 Berufliche Weiterentwicklung

Die Bildungssystematik öffnet mit ihrem Grundsatz «kein Abschluss ohne Anschluss» allen Berufsfachleuten den Weg in

eine nächste Qualifikationsstufe. Die nächste Qualifikationsstufe ist in der Regel in erleichterter Form zu erreichen:

- Personen, die Berufserfahrung im Gesundheitswesen vorweisen können, aber noch keinen Berufsabschluss erworben haben, steht in verschiedenen Kantonen eine modularisierte Nachholbildung nach Art. 34. Abs. 2 BBG zur Fachfrau/zum Fachmann Gesundheit EFZ offen. Die Nachholbildung wird berufsbegleitend absolviert.
- Personen mit Berufserfahrung und Kenntnissen im Bereich Pflege und Betreuung steht auch der Weg über die Validierung von Bildungsleistungen oder die direkte Zulassung zur Abschlussprüfung gemäss Art. 32 BBV offen. Bei der Validierung von Bildungsleistungen weisen Kandidierende anhand eines Dossiers und eines Gesprächs nach, über welche beruflichen Handlungskompetenzen für einen bestimmten Abschluss der beruflichen Grundbildung sie verfügen. Fehlende berufliche Handlungskompetenzen und

fehlende Kompetenzen in der Allgemeinbildung können durch ergänzende Bildung oder weitere Praxiserfahrung erworben werden. Validierungsverfahren werden individuell durchgeführt und können daher relativ aufwendig sein.

- Inhaberinnen eines Attests Gesundheit-Soziales steht die FaGe-Ausbildung offen. Gemäss den Grundsätzen des SBFJ zu den Attestausbildungen werden keine Automatismen für einen erleichterten Zugang zur EFZ-Stufe geschaffen, individuelle verkürzte Ausbildungen sind aber gemäss den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes möglich.
- FaGe mit EFZ steht eine verkürzte Ausbildung zur diplomierten Pflegefachperson HF offen. Die Verkürzung beträgt in der Regel ein Jahr, somit dauert die Ausbildung zwei Jahre.

Durch den Besuch weiterführender Ausbildungen wird die Qualifikationsstruktur des Personals verbessert, die Zahl der Mitarbeitenden wird dagegen nicht erhöht.

TEIL II



EINSCHÄTZUNG DER BEDARFSENTWICKLUNG

4 PROJEKTIONEN ZUM PERSONALBEDARF 2025 UND JÄHRLICHER NACHWUCHSBEDARF

4.1 PERSONAL IN PFLEGE UND BETREUUNG

4.1.1 Grundlagen der Projektionen

Das Obsan hat in seinem Bericht «Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030» Projektionen für die Bedarfsentwicklung in den Pflege- und Betreuungsberufen und für die Hebammen erarbeitet. Für diese Berufe stützt sich der Versorgungsbericht auf die Projektionen des Obsan-Berichts. Die Methodik für die Herleitung der Projektionen in diesen Berufen ist im Kapitel 2 des Obsan-Berichts dokumentiert. In Kurzform lassen sich die Szenarien wie folgt beschreiben:

- Den Berechnungen werden die Bevölkerungsprojektionen des BFS zugrunde gelegt. Diese weisen ein tiefes, ein mittleres und ein hohes Szenario auf. Die Projektionen für die Bedarfsentwicklung nach Mitarbeitenden in nicht-universitären Gesundheitsberufen werden für alle drei Bevölkerungsszenarien ausgewiesen.¹¹
- Für die Akutspitäler wird als weiteres Differenzierungskriterium die Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer berücksichtigt. Das Szenario «Benchmark» geht davon aus, dass diese im Jahr 2030 dem Wert entspricht, den heute die 25% der Spitäler mit den kürzesten Aufenthaltsdauern aufweisen. Das Szenario «Konstant» geht von einer gleichbleibenden durchschnittlichen Aufenthaltsdauer aus. Für die Projektionen werden die drei Szenarien
 - tiefes Bevölkerungswachstum/Benchmark (Szenario «tief»),
 - mittleres Bevölkerungswachstum/Benchmark (Szenario «Referenz») und
 - hohes Bevölkerungswachstum/konstant (Szenario «hoch»)
 zugrunde gelegt.

- Für die Psychiatrie und die Rehabilitations- und Geriatriekliniken wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer konstant gesetzt.
- Die Projektionen für die Pflegeheime gehen davon aus, dass die durch die höhere Lebenserwartung dazugewonnenen Jahre gesunde Jahre sind. Somit bleibt die Dauer des abhängigen Alters unverändert; relativ zur Lebensdauer betrachtet, verkürzt sie sich jedoch. Es werden keine Substitutionseffekte stationär zu ambulant eingerechnet. Auch hier werden den Projektionen die drei Szenarien des BFS für die Bevölkerungsentwicklung zugrunde gelegt.
- Auch die Projektionen für die Spitex gehen davon aus, dass die durch die höhere Lebenserwartung dazugewonnenen Jahre gesunde Jahre sind und somit die Dauer des abhängigen Alters unverändert bleibt. Auch hier werden keine Substitutionseffekte stationär zu ambulant eingerechnet. Den Projektionen werden wiederum die drei Szenarien des BFS für die Bevölkerungsentwicklung zugrunde gelegt.
- Die folgenden Grössen werden konstant gesetzt: Skill- und Grademix, mittlerer Beschäftigungsgrad, Produktivität und Leistungsanteile der verschiedenen Institutionstypen innerhalb des Versorgungsnetzwerks.
- Die Projektionen werden in Vollzeitäquivalenten pro Berufsgruppe beziehungsweise pro Beruf ausgewiesen. Im vorliegenden Bericht werden sie in Personen ausgedrückt. Die Umrechnung erfolgt mit Hilfe der mittleren Beschäftigungsgrade der einzelnen Berufe im Jahr 2014. Bei der Berechnung des Nachwuchsbedarfs bis zum Jahr 2025 werden die möglichen Entwicklungen des mittleren Beschäftigungsgrades diskutiert.

Für detaillierte Informationen und Begründungen zur Berechnung der Projektionen werden die interessierten Leserinnen und Leser auf den Bericht des Obsan verwiesen.

¹¹ Zum Vergleich: Die Prognosen des Obsan zum Personalbedarf im Jahr 2020 (Jaccard Ruedin, Weaver et al., 2009) erweisen sich im Vergleich zur aktuellen Entwicklung der Personalbestände als zu tief (Merçay, Burla et al., 2016, Abschnitte 3.1, 4.1 und 5.1). Der Hauptgrund für die Abweichung liegt in der zu tiefen Einschätzung des Bevölkerungswachstums in der Schweiz.

In seinem Bericht stellt das Obsan die Projektionen für das Jahr 2030 vor. Dem vorliegenden Bericht wird der Zeithorizont 2025 zugrunde gelegt, auf den auch die Wirkungen der im Kapitel 5 entwickelten Massnahmen ausgerichtet sind.

4.1.2 Personalbedarf Pflege und Betreuung im Jahr 2025

In Abbildung 34 sind die Projektionen dargestellt, die sich aufgrund der Annahmen und Berechnungen des Obsan für das Personal in Pflege- und Betreuungsberufen in Spitälern (je eigene Projektionen für die verschiedenen Spitaltypen), Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen ergeben.

Die Bedarfsberechnungen in diesem Bericht basieren auf dem Referenzszenario. Gemäss diesem Szenario dürfte der Bedarf an personellen Ressourcen in Pflege- und Betreuungsberufen bis 2025 um gut 20% zunehmen. Abbildung 35 zeigt die Verteilung dieses Bedarfszuwachses auf die einzelnen Versorgungsbereiche.

Den höchsten Bedarfszuwachs zeigt wie erwartet die Spitex mit knapp 35%, ihr Anteil am gesamten Pflege- und Betreuungspersonal steigt von heute 18.2% auf 20.2% im Jahr 2025. Auch die Rehabilitationskliniken und die Pflegeheime zeigen ein starkes Wachstum von 28.1% beziehungsweise von 25.7%. Die Pflegeheime werden zum grössten Arbeitgeber für Mitarbeitende in Pflege- und Betreuungsberufen. Der Zuwachs in den Akutspitälern wird mit 12.5% angenommen, am geringsten wird der Zuwachs mit 9.9% in der Psychiatrie eingeschätzt.

Da der Skill- und Grademix in den Projektionen des Obsan konstant gesetzt wird, erübrigt sich eine Analyse der Bedarfsentwicklung nach Qualifikationsstufen.

4.2 HEBAMMEN, MTT-BERUFE UND RETTUNGSWESEN

4.2.1 Grundlagen der Projektionen

Für die in den Spitälern tätigen Hebammen hat das Obsan in gleicher Weise Projektionen berechnet wie für die Berufe in Pflege und Betreuung. Die Berechnungen des Nachwuchsbedarfs stützen auf diese Projektionen ab und werden mit der Entwicklung der Bestandeszahlen für die ausserhalb der Spitäler tätigen Hebammen gemäss der Studie der ZHAW erweitert.

Für die MTT-Berufe liegen für die Physiotherapie, die Ergotherapie, die medizinisch technische Radiologie und für die Operationstechnik (weitgehend) datenbasierte Aussagen zum Bestand vor.

Abb. 34 Prognosen zum Personalbedarf in Pflege- und Betreuungsberufen für das Jahr 2025 (in Personen)

	Bestand	Szenario 2025		
	2014	Tief	Referenz	Hoch
Akutspitäler				
Tertiärstufe	46 279	50 855	52 039	57 230
Sekundarstufe II EFZ	6 277	6 898	7 058	7 762
Sekundarstufe II EBA	5 029	5 526	5 655	6 219
Ungelernte	6 925	7 610	7 787	8 564
Total	64 510	70 889	72 540	79 774
Psychiatrie				
Tertiärstufe	7 243	7 747	7 958	8 166
Sekundarstufe II EFZ	1 161	1 242	1 276	1 309
Sekundarstufe II EBA	420	449	461	474
Ungelernte	663	709	728	748
Total	9 487	10 147	10 423	10 697
Rehabilitation und Geriatrie				
Tertiärstufe	4 372	5 515	5 601	5 684
Sekundarstufe II EFZ	1 113	1 404	1 426	1 447
Sekundarstufe II EBA	1 382	1 743	1 770	1 797
Ungelernte	1 134	1 430	1 453	1 474
Total	8 001	10 092	10 250	10 402
Pflegeheime				
Tertiärstufe	19 476	24 069	24 488	24 883
Sekundarstufe II EFZ	11 814	14 600	14 854	15 094
Sekundarstufe II EBA	14 157	17 495	17 800	18 087
Ungelernte	18 700	23 110	23 512	23 891
Total	64 147	79 273	80 654	81 955
Spitex				
Tertiärstufe	13 546	18 039	18 280	18 506
Sekundarstufe II EFZ	7 060	9 402	9 527	9 645
Sekundarstufe II EBA	2 383	3 173	3 216	3 255
Ungelernte	9 673	12 881	13 053	13 215
Total	32 662	43 495	44 076	44 621
Alle Institutionen				
Tertiärstufe	90 916	106 225	108 365	114 469
Sekundarstufe II EFZ	27 425	33 545	34 141	35 257
Sekundarstufe II EBA	23 371	28 387	28 903	29 832
Ungelernte	37 095	45 740	46 534	47 892
Total	178 807	213 897	217 943	227 449

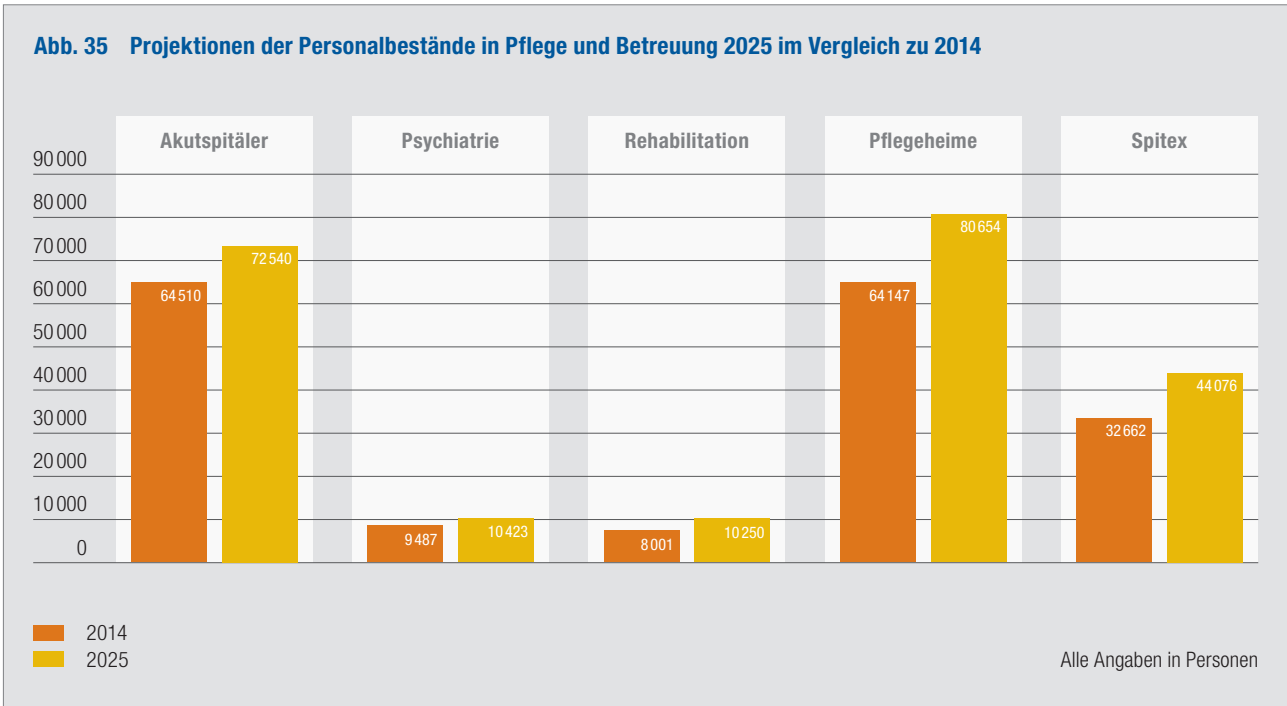


Abb. 36 Prognosen zum Personalbedarf für Hebammen und MTT-Berufe für das Jahr 2025 (in Anzahl Personen)

	Bestand	Szenario 2025		
	2014	Tief	Referenz	Hoch
Hebamme	3 676	3 516	3 693	4 069
Techn. Operationsfachperson	2 576	2 862	2 929	3 168
Fachperson MTR	3 986	4 428	4 532	4 903
Physiotherapie	10 614	12 694	12 941	13 548
Ergotherapie	2 438	2 942	3 000	3 140
Ernährungsberatung	1 014	1 201	1 224	1 281
Aktivierung	1 338	1 584	1 615	1 691
Podologie, Tertiärstufe/HF	582	689	703	735
Orthoptistik	450	500	512	554
Dentalhygiene	2 460	2 733	2 797	3 026

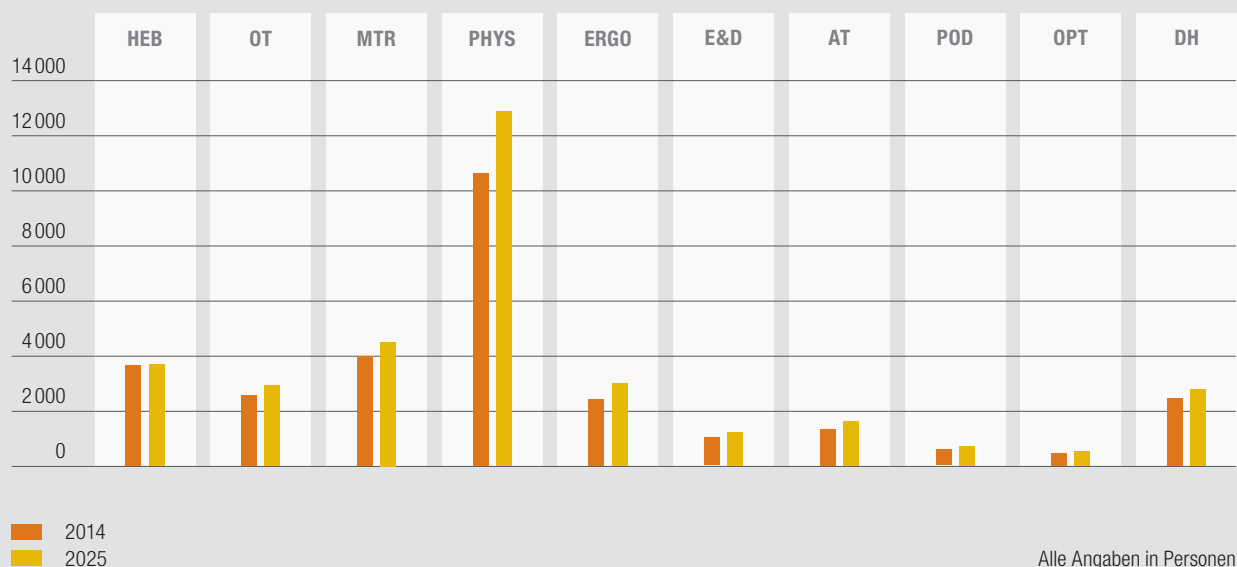
die medizinisch-therapeutischen Berufe von einer vergleichbaren Entwicklungsdynamik wie in der Gesamtheit aller Versorgungsbereiche ausgegangen. Diese belaufen sich auf

- + 11.1% (technische Berufe) bzw. + 18.7% (therapeutische Berufe) im tiefen Szenario,
- + 13.7% (technische Berufe) bzw. + 20.7% (therapeutische Berufe) im Referenzszenario,
- + 23.0% (technische Berufe) bzw. + 26.4% (therapeutische Berufe) im hohen Szenario.

Für die technischen Operationsfachpersonen liegt der statistische Bestand am Stichtag 31.12. vermutlich tiefer als im Mittel des Jahres (vgl. 1.3.2). In der Praxis bestehen zudem überdurchschnittliche Rekrutierungsprobleme für diese Berufsgruppe; der Ist-Bestand kann den Bedarf offensichtlich nicht decken. Personalerhaltungsmassnahmen erscheinen für diese Berufsgruppe besonders wichtig. Um die Unterbestände am Jahresende und die in ambulanten Settings tätigen technischen Operationsfachpersonen zu berücksichtigen, wird bei den Bedarfsberechnungen für diese Berufsgruppe von einem um 20% erhöhten Bestand im Jahr 2014 ausgegangen.

Auf dieser Basis lassen sich Annahmen zur Entwicklung des Nachwuchsbedarfs ermitteln, allerdings nur unter Inkaufnahme von Vereinfachungen. So ist namentlich die Entwicklung des Bedarfs, der Produktivität und der Inanspruchnahme nicht ausreichend geklärt. Der Einfachheit halber wird deshalb für die medizinisch-technischen Berufe von einer vergleichbaren Entwicklungsdynamik wie im gesamten Spitalbereich und für

Für die weiteren MTT-Berufe sowie die Rettungs- und die Transportsanität liegen keine oder nur spekulative Angaben zum Gesamtbestand vor. Für diese Berufe wird auf Prognosen zur Entwicklung des Nachwuchsbedarfs verzichtet.

Abb. 37 Projektionen der Personalbestände im Jahr 2025 im Vergleich zu 2014

4.2.2 Personalbedarf Hebammen und MTT-Berufe

Für die in Abbildung 36 aufgeführten Berufe lässt sich ein Bild für den aktuellen Gesamtbestand zeichnen (vgl. 1.3.6). Unter den oben gezeigten Grundlagen und Annahmen ergeben sich die folgenden Projektionen für den Personalbedarf in diesen Berufen:

Für die biomedizinische Analytik, die Rettungssanität und die Transportsanität können keine Schätzungen der Gesamtbestände gemacht werden, weshalb auf eine Schätzung des Nachwuchsbedarfs verzichtet wird.

Für die Hebammen und die MTT-Berufe wird für die Ermittlung des Nachwuchsbedarfs auch auf das Referenzszenario abgestützt. Abbildung 37 veranschaulicht die erwartete Entwicklung in diesen Berufen.

4.3 INTERVENIERENDE VARIABLEN FÜR DEN JÄHRLICHEN NACHWUCHSBEDARF

4.3.1 Berufsverweildauer des Personals in Pflege und Betreuung

Der jährliche Nachwuchsbedarf setzt sich aus dem erwarteten Zusatzbedarf an Personal gemäss den Projektionen des Obsan und dem Bedarf für den Ersatz von ausscheidenden Berufspersonen zusammen. Die Schätzung der durchschnittlichen Berufsverweildauer ist ein mächtiger Hebel bei der Festlegung des Nachwuchsbedarfs.

Zur durchschnittlichen Berufsverweildauer der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen liegen keine statistischen Daten vor. Der nationale Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 hat aufgrund der Ergebnisse einer flächendeckenden Erhebung der mittleren Berufserfahrung des Personals in Pflege und Betreuung im Kanton Bern aus dem Jahr 2001 Szenarien für die Berufsverweildauer entwickelt.

In der Zwischenzeit liegen verschiedene Studien zur beruflichen Situation des Personals in Pflege und Betreuung vor: Die SHURP-Studie hat sich mit der Arbeitssituation der Mitarbeitenden in Pflegeheimen über alle Qualifikationsstufen auseinandergesetzt. Gemäss dieser Studie hatten 28% des Pflege- und Betreuungspersonals eine Berufserfahrung von mehr als 20 Jahren, 13.5% eine solche von 15 bis 20 Jahren und weitere knapp 18% eine solche von 10 bis 15 Jahren, die restlichen gut 40% hatten eine Berufserfahrung von null bis zehn Jahren. Die Befragung ergab, dass die Mehrheit der Mitarbeitenden mit den Arbeitsbedingungen und der Qualität von Pflege und Betreuung zufrieden bis sehr zufrieden waren, negativ fallen die körperliche und die emotionale Überlastung ins Gewicht. Insgesamt dachte jede achte Pflege- und Betreuungsperson daran, die Arbeit im Heim aufzugeben.

Die Studie RN4CAST befasst sich mit der Situation des Pflegefachpersonals (tertiäre Stufe) in Spitälern in der Schweiz und vergleicht sie mit jener im Ausland. Auch hier fallen die Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit – insbesondere im Vergleich zum Ausland – gut bis sehr gut aus. In den Spitälern

Abb. 38 Szenarien zur Berufsverweildauer des Pflege- und Betreuungspersonals

Bildungsstufe	Szenario lange Berufsverweildauer	Szenario moderate Berufsverweildauer
Tertiäre Berufe (FH und HF)	22,5 Jahre	17,5 Jahre
Berufe auf Sekundarstufe II (EFZ und EBA)	17,5 Jahre	15,0 Jahre
Kurse in Pflege und Betreuung sowie Ungelernte	12,5 Jahre	12,5 Jahre

berichten 15% der diplomierten Pflegenden von einer hohen emotionalen Erschöpfung. 6% der befragten Pflegefachpersonen planen einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf.

Eine auf den Daten der Strukturhebung basierende Studie des Obsan von 2016 untersucht die Berufstätigkeit von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe, darunter auch Pflegefachpersonal. Die Analyse zeigt, dass ein Drittel der unter 35-jährigen Pflegenden nicht mehr im Beruf tätig ist, bei den über 50-Jährigen sind es 56%. Über alle Altersklassen betrachtet, hat fast jede vierte Pflegefachperson ihren Beruf gewechselt und jede sechste ist nicht mehr erwerbstätig. Allerdings kann mit der Studie des Obsan nicht ermittelt werden, wie viele der ausgetretenen Personen wieder einsteigen, weshalb Rückschlüsse auf die Berufsverweildauer nur in begrenztem Mass möglich sind.

Die Studien bestätigen das Bild, das im Nationalen Versorgungsbericht Gesundheitsberufe 2009 gezeichnet wurde: Gesundheitsberufe sind ausgeprägte Frauenberufe. Unregelmässige Arbeitszeiten sowie Nacht- und Wochenenddienste erschweren die Verbindung von Familien- und Berufsleben.

Verkürzend auf die Berufsverweildauer wirken sich auch temporäre Ausstiege aus dem Berufsleben während der Familienphase aus. Andere passen ihren Pensionierungszeitpunkt demjenigen ihres Partners an. Schliesslich übernehmen nicht wenige Betreuungs- und Pflegeaufgaben für ihre betagten Angehörigen und geben ihre Berufstätigkeit aus diesem Grund ganz oder teilweise auf.

Aus den aktuellen Studien gehen zwar auch keine Werte zur durchschnittlichen Berufsverweildauer hervor, sie lassen aber vermuten, dass die dem Versorgungsbericht 2009 zugrunde gelegten Verweildauern eher knapp eingeschätzt waren. Im aktuellen Bericht wird die damalige Schätzung darum um je 2,5 Jahre erhöht, und somit wird von den Szenarien gemäss Abbildung 38 zur Berufsverweildauer des Pflege- und Betreuungspersonals ausgegangen.

Die Berufsverweildauer hat einen grossen Einfluss auf den jährlichen Ersatzbedarf. Kann die mittlere Berufsverweildauer beispielsweise um 5% erhöht werden, so verringert sich der Ersatzbedarf um 5%.

4.3.2 Berufsverweildauer von Hebammen und Personal in MTT-Berufen

Zur Berufsverweildauer in diesen Berufen liegen keine Analysen vor. Mangels Alternativen wird für diese Berufe von der gleichen mittleren Berufsverweildauer wie in den tertiären Pflegeberufen ausgegangen.

4.3.3 Beschäftigungsgrad der Mitarbeitenden

Entwicklungen im Beschäftigungsgrad beeinflussen den Personalbedarf. Es gibt wenig Anhaltspunkte, die zuverlässige Prognosen zur Entwicklung des Beschäftigungsgrades erlauben. Die Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades in den Jahren 2010 bis 2014 zeigt nur leichte Verschiebungen. Angesichts des hohen Frauenanteils mit häufiger Doppelbelastung Familie/Beruf liegt er heute vergleichsweise hoch. Konjunkturelle Entwicklungen, veränderte Konzepte der Lebensgestaltung und weitere Faktoren werden auch in Zukunft Einfluss auf die Entwicklung haben. Angesichts der Komplexität dieser Faktoren und der damit verbundenen Unsicherheiten wird auf die Bildung von Szenarien verzichtet.

Der mittlere Beschäftigungsgrad hat einen grossen Einfluss auf den Nachwuchsbedarf. Sinkt der mittlere Beschäftigungsgrad beispielsweise von bisher 80% um 5% auf neu 75%, so steigt der Nachwuchsbedarf um 6.7%.

4.3.4 Skill- und Grademix

Die Frage nach der Entwicklung des intraprofessionellen Skill- und Grademix stellt sich nur für die Gruppe der Pflege- und Betreuungsberufe. Hinsichtlich der künftigen Entwicklung gibt es keine schlüssigen Analysen; die Zusammensetzung der Qualifikationsniveaus im Bereich Pflege und Betreuung wird von verschiedenen Ebenen gesteuert und unterscheidet sich je nach Versorgungsbereich und nach Landesregion. Die Entwicklung der Jahre 2010 bis 2014 zeigt, dass in diesen Jahren

- der Anteil der tertiären Pflege am Total der Pflege- und Betreuungsberufe in den Spitälern und Pflegeheimen rückläufig war, während er in der Spitex angestiegen ist,
- der Anteil der Pflege- und Betreuungsberufe auf Sekundarstufe II EFZ in allen Versorgungsbereichen zugenommen hat und
- der Anteil der Pflege- und Betreuungsberufe auf Sekundarstufe II EBA in allen Versorgungsbereichen ausser der Spitex rückläufig war.

Die Gründe für diese Verschiebungen sind vielfältiger Natur. Teilweise dürften sie bewusst gestaltet, zum grösseren Teil durch äussere Faktoren beeinflusst worden sein. Dazu gehören vorab die Knappheit an diplomiertem Pflegepersonal und die Ausbildungslücke im Bereich der Assistenzberufe.

Das Erreichen der Versorgungsziele im tertiären Bereich wird durch die ungenügende Rekrutierung von Studierenden und die vermutlichen Auswirkungen der Masseneinwanderungsinitiative stark in Frage gestellt. Erfolge im Bereich der Personalerhaltung sind zwingend. Weiter ist davon auszugehen, dass die bedarfsgerechte Entwicklung der Leistungsprofile in den Spitex-Organisationen kaum ohne Verstärkung des Anteils diplomierter Pflegefachpersonen möglich sein wird.

Die Entwicklung des Skill- und Grademix dürfte sich somit im Spannungsfeld zwischen Idealvorstellung und verschiedenen limitierenden Faktoren bewegen, wobei der erreichbare Zielwert offen bleibt. Aufgrund dieser Unsicherheiten übernimmt der vorliegende Bericht auch in diesem Punkt die Grundlagen des Obsan und setzt den Skill- und Grademix konstant.

4.3.5 Demografie, Epidemiologie und Inanspruchnahme von Leistungen

Für diese Faktoren wird auf eigene Einschätzungen verzichtet, da sie bereits in die Projektionen des Obsan eingeflossen sind.

4.3.6 Produktivität und Wirksamkeit

Produktivität und Wirksamkeit sind in den Prognosen des Obsan konstant gesetzt. Auch im vorliegenden Bericht wird auf Einschätzungen auf der Systemebene verzichtet.

Dagegen können Massnahmen zur Steigerung von Produktivität und Wirksamkeit auf der betrieblichen Ebene zu Optimierungen und Ressourceneinsparungen führen. Das Thema Produktivität und Wirksamkeit wird deshalb im Kapitel 5 des Berichts vertieft bearbeitet.

4.3.7 Soziodemografische Perspektiven

Die soziodemografischen Perspektiven haben sich gegenüber dem Versorgungsbericht 2009 kaum verändert, sie lassen eine weitere Zunahme der Einpersonenhaushalte und weite-

re Einschränkungen der Tragfähigkeit der sozialen Netze und Hilfssysteme erwarten. Diese Aussichten weisen auf eine Erhöhung des Hilfebedarfs hin.

Durch wirksamere Anreizsysteme zur Förderung der Angehörigen- und Nachbarschaftshilfe kann der Zuwachs an Mehrarbeit für Professionelle reduziert werden, professionelle Pflege und Betreuung kann aber nicht durch Laienarbeit substituiert werden.

Ein neuer, für die Zukunft noch nicht gedeuteter und auch noch nicht zu deutender soziodemografischer Faktor ist der aktuelle Zustrom von Flüchtlingen nach Europa und auch in die Schweiz.

Schliesslich können soziodemografische Veränderungen zu veränderten psychosozialen Problemen führen, die den Bedarf an Leistungen und damit auch an Personal verändern. Zu solchen Veränderungen können aber lediglich Spekulationen angestellt werden, Quantifizierungen sind nicht möglich.

4.3.8 Berufsentwicklung

Die Berufsprofile der nicht-universitären Berufe haben sich in den letzten zehn Jahren weiterentwickelt und ausdifferenziert; diese Entwicklung wird sich auch in den kommenden zehn Jahren fortsetzen. Wichtige Themen sind unter anderem die Integration der Nationalen Strategien Demenz, Palliative Care und E-Health in die Berufsprofile sowie die Umsetzung der erhöhten Anforderungen an die verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit.

Die veränderten Anforderungen müssen bei Berufsreformen und/oder bei der Neuentwicklung von Bildungsgängen einfließen. OdASanté hat sich als Branchenorganisation und Kompetenzzentrum für die Berufsentwicklung in Gesundheitsberufen im Rahmen der Erarbeitung ihrer Strategie 2025 intensiv mit den absehbaren Entwicklungen und Herausforderungen auseinandergesetzt und diese aufgenommen.

4.3.9 Fazit

Die Einschätzung des Bedarfs an Personal in Gesundheitsberufen ist mit zahlreichen Einflussfaktoren verbunden, deren Entwicklung nicht verlässlich prognostiziert und quantifiziert werden kann. Die folgende Einschätzung des Bedarfs an beruflichem Nachwuchs ist mit entsprechenden Unsicherheiten belastet.

Unabhängig von diesen Unsicherheiten wird aus der Analyse aber klar, dass die Sicherstellung einer genügenden Anzahl genügend qualifizierter Mitarbeitender in Berufen des Gesundheitswesens eine grosse Herausforderung darstellt, die nur dann bestanden werden kann, wenn die im Massnahmen-

kapitel dieses Berichts gezeigten Optimierungsmöglichkeiten konsequent genutzt werden.

Schliesslich beleuchtet der vorliegende Bericht die gesamtschweizerische Situation. In den einzelnen Kantonen werden sich Differenzierungen zeigen, dies nicht zuletzt aus Gründen der kantonalen Autonomie und der damit verbundenen unterschiedlichen Versorgungsstrategien. Es bleibt deshalb Sache der Kantone, die Erkenntnisse aus diesem Bericht auf ihre Situation zu übertragen.

4.4 JÄHRLICHER NACHWUCHSBEDARF IN PFLEGE UND BETREUUNG

4.4.1 Berechnungsszenarien

Für die Bildung von Berechnungsszenarien stehen zwei Variablenebenen zur Verfügung, die Szenarien der Projektionen (tief – Referenz – hoch) und die Szenarien zur mittleren Berufsverweildauer (tief und hoch).

Bei den Szenarien zu den Projektionen wird auf das Referenzszenario abgestützt. Dieses ist hinsichtlich des aktuellen Erfüllungsgrades bereits herausfordernd genug und entfaltet bereits einen hohen Druck, wirksame Massnahmen zu ergreifen. Das hohe Szenario wird deshalb nicht einbezogen. In der Konsequenz wird auch das tiefe Szenario ausgeblendet, das im Übrigen nur zu geringfügig kleineren Projektionen führt (zum Nachwuchsbedarf in allen drei Entwicklungsszenarien vgl. Anhang 2). Somit werden die beiden folgenden Szenarien weiterverfolgt:

Minimalszenario → Referenzszenario mit hoher Berufsverweildauer

Maximalszenario → Referenzszenario mit tiefer Berufsverweildauer

4.4.2 Zubringerfunktion der Sekundarstufe II

Aufgrund einer Umfrage bei den Höheren Fachschulen Gesundheit kann davon ausgegangen werden, dass rund 65% der Studierenden im Bildungsgang Pflege über ein EFZ Fachfrau/Fachmann Gesundheit verfügen. Der Zugang zur Pflegeausbildung auf Stufe Fachhochschule für Personen mit einem Abschluss der beruflichen Grundbildung ist nur mit Berufsmatur möglich. Hier liegen keine Daten zur Herkunft der Studierenden vor, es kann aber davon ausgegangen werden, dass hier der Anteil der FaGe erheblich tiefer liegt. Insgesamt basieren die Berechnungen auf der Annahme, dass rund 55% der Studierenden in tertiären Pflegeberufen den Zugang über ein EFZ FaGe beziehungsweise ein EFZ FaGe mit Berufsmatur finden.

Gemäss der gleichen Umfrage verfügen rund 10% der Studierenden in den übrigen Studiengängen Gesundheit HF über ein EFZ Fachfrau/Fachmann Gesundheit, wobei die Anteile unter den Studiengängen stark variieren. Es wird von einer Zubringerfunktion von weiteren 200 Inhaberinnen eines EFZ FaGe ausgegangen.

Diese Fachpersonen müssen zusätzlich zu den berufsverbleibenden Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit EFZ ausgebildet werden.

4.4.3 Nachwuchsbedarf in den drei Versorgungsbereichen

Der Nachwuchsbedarf ist nach Versorgungsbereichen gegliedert; der Bedarf im Spitalbereich ist in Abbildung 39, der Bedarf im stationären Langzeitbereich in Abbildung 40 und der Bedarf im Spitex-Bereich in Abbildung 41 dargestellt.

Abb. 39 Bedarf im Spitalbereich

	Jährlicher Nachwuchsbedarf im Minimalszenario	Jährlicher Nachwuchsbedarf im Maximalszenario	Jährlicher Nachwuchsbedarf im Mittelwert
Tertiärstufe	3 274	3 843	3 559
Sekundarstufe II EFZ			
Berufsverbleibend	599	680	639
Zubringerfunktion	1 916	2 231	2 074
Total	2 515	2 911	2 713
Sekundarstufe II EBA	486	551	519
Total	6 275	7 305	6 791

Abb. 40 Bedarf im stationären Langzeitbereich

	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Minimalszenario	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Maximalszenario	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Mittelwert
Tertiärstufe	1 321	1 513	1 417
Sekundarstufe II EFZ			
Berufsverbleibend	951	1 064	1 008
Zubringerfunktion	774	879	826
Total	1 725	1 943	1 834
Sekundarstufe II EBA	1 140	1 275	1 208
Total	4 186	4 731	4 459

Abb. 41 Bedarf in der Hilfe und Pflege zu Hause

	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Minimalszenario	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Maximalszenario	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Mittelwert
Tertiärstufe	1 032	1 166	1 099
Sekundarstufe II EFZ			
Berufsverbleibend	628	695	661
Zubringerfunktion	605	677	641
Total	1 233	1 372	1 302
Sekundarstufe II EBA	212	235	223
Total	2 477	2 773	2 624

**Abb. 42 Bedarfsentwicklung insgesamt in Spitälern, Pflegeheimen und der Spitex
Minimal- und Maximalszenario des jährlichen Nachwuchsbedarfs
in Pflege- und Betreuungsberufen bis 2025**

	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Minimalszenario	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Maximalszenario	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Mittelwert
Tertiärstufe	5 627	6 522	6 075
Sekundarstufe II EFZ			
Berufsverbleibend	2 178	2 439	2 308
Zubringerfunktion	3 295	3 787	3 541
Total	5 473	6 226	5 849
Sekundarstufe II EBA	1 838	2 061	1 950
Total	12 938	14 809	13 874

Abb. 43 Minimal- und Maximalszenario des jährlichen Nachwuchsbedarfs an Hebammen und in MTT-Berufen bis 2025

	Jährlicher Nachwuchsbedarf im Minimalszenario	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Maximalszenario	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Mittelwert
Hebamme	165	212	188
Techn. OP-Fachperson	147	179	163
Fachperson MTR	227	277	252
Physiotherapie	678	814	746
Ergotherapie	157	189	173
Ernährungsberatung	64	77	71
Aktivierung	85	102	93
Podologie HF	37	44	41
Orthoptik	26	31	28
Dentalhygiene	140	171	156

Abb. 44 Gegenüberstellung der Abschlüsse 2014 mit dem jährlichen Nachwuchsbedarf bis 2025

	Jährlicher Nachwuchs- bedarf im Mittelwert	Abschlüsse im Jahr 2014	Erfüllungsgrad
Diplompflege	6 075	2 620	43.1%
Pflege und Betreuung Sek. II EFZ			
Berufsverbleibend	2 308	–	–
Zubringerfunktion	3 541	–	–
Pflege und Betreuung Sek. II EFZ	5 849	4 397	75.2%
Pflege und Betreuung Sek. II EBA	1 950	758	38.9%
Pflege und Betreuung total	13 874	7 775	56.0%
Hebamme	188	155	82.3%
Techn. OP-Fachperson	163	110	67.5%
Fachperson MTR	252	150	59.5%
Physiotherapie	746	350	46.9%
Ergotherapie	173	124	71.7%
Ernährungsberatung	71	64	90.7%
Aktivierung	93	40	42.9%
Podologie HF	41	10	24.7%
Dentalhygiene	156	70	45.0%

4.5 JÄHRLICHER NACHWUCHSBEDARF HEBAMMEN UND MTT-BERUFE

Die Berechnungsszenarien sind grundsätzlich die gleichen wie unter Ziffer 4.1.1 beschrieben.

In Abbildung 43 wird der Nachwuchsbedarf insgesamt dargestellt (inklusive der ausserhalb der Spitäler, Pflegeheime und Spitex tätigen Berufsangehörigen).

4.6 DECKUNG DES NACHWUCHSBEDARFS DURCH DIE AKTUELLEN AUSBILDUNGS- LEISTUNGEN

Die Gegenüberstellung des Nachwuchsbedarfs mit den Abschlüssen im Jahr 2014 ist in Abbildung 44 dargestellt.¹²

4.7 GESAMTBILD

Die Entwicklung der Eintritts- und Abschlusszahlen in Gesundheitsberufen zeigt, dass im Bereich der Ausbildungsförderung seit dem Nationalen Versorgungsbericht von 2009 viel getan und auch viel erreicht wurde. Es ist davon auszugehen, dass auch im Bereich der Personalerhaltung einiges getan und erreicht wurde. Im gleichen Zeitraum haben jedoch die Personalbestände in den Institutionen des Gesundheitswesens erheblich zugenommen, sodass sich die Gesamtsituation trotz der erzielten Erfolge nur wenig verbessert hat. Sie muss nach wie vor als besorgniserregend bezeichnet werden.

In den Pflege- und Betreuungsberufen beträgt der Erfüllungsgrad des Bedarfs durch eigene Ausbildungsleistungen insgesamt lediglich 56%. Besonders prekär ist die Situation auf dem Tertiärniveau, das einen Erfüllungsgrad von nur 43.1% erreicht. Zwar ist das Rekrutierungs- und Ausbildungspotenzial im Inland noch nicht ausgeschöpft und die Perspektiven (vgl. Kapitel 2 und 3) sind günstig, aber die Vorgabe des WHO-Kodex auf Verzicht auf Auslandsrekrutierung dürfte auch bei grossen Anstrengungen mittelfristig nicht erreicht werden. Vor dem Hintergrund der möglichen Auswirkungen der Zuwanderungsinitiative auf die Personalrekrutierung im Ausland wirkt die Situation alarmierend.

Die Rekrutierungsperspektiven auf Sekundarstufe II EFZ sind mittelfristig günstig, sodass bei entsprechenden Massnahmen eine konsolidierte Situation erreicht werden könnte. Es darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass die vorliegen-

den Berechnungen davon ausgehen, dass sich nur 55% der Studierenden der Diplompflege aus Abgängerinnen einschlägiger EFZ-Ausbildungen rekrutieren. Erfüllen die Mittelschulen die gewünschte Funktion nicht, steigt der Druck auf die Ausbildungstätigkeit in einschlägigen EFZ-Berufen stark.

Bei der Ausbildungstätigkeit im Bereich Pflege und Betreuung auf Sekundarstufe II EBA ist der tiefe Erfüllungsgrad damit zu erklären, dass die Pflegeassistenten-Ausbildung 2011 ausgelaufen ist und sich die neu eingeführte Ausbildung «Assistentin Gesundheit und Soziales EBA» noch im Aufbau befindet. Die Abschlusszahlen zeigen jedoch eine erfreuliche Tendenz und weitere Entwicklungsmöglichkeiten sind gegeben. Nach Einschätzung der Branche besteht auf dieser Stufe kein Nachwuchsproblem.

Die Berechnungen für die Hebammen und die MTT-Berufe beruhen auf einer Kombination unterschiedlicher Datenquellen und sind dadurch mit Unsicherheiten belastet. Der Bericht beschränkt sich deshalb auf die Feststellung, dass die Ausbildungstätigkeit für keine dieser Ausbildungen bedarfsdeckend ist. Eine nähere Interpretation würde eine vertiefte Analyse voraussetzen, die im Rahmen dieses Berichts nicht geleistet werden kann.

Es ist unumgänglich, die Massnahmen zur Förderung des eigenen beruflichen Nachwuchses und insbesondere zur Erhaltung des berufstätigen Personals zu intensivieren. Die möglichen Handlungsebenen und Massnahmen bilden den Schwerpunkt des folgenden Kapitels. Alle Akteure sind angesprochen, bei der Umsetzung der Massnahmen engagiert mitzuarbeiten.

¹² Die Deckung des Nachwuchsbedarfs in der Orthoptik wird nicht ausgewiesen, da es sich um einen jungen und zahlenmässig kleinen Beruf handelt.

TEIL III



HANDLUNGSFELDER UND MASSNAHMEN

5 HANDLUNGSFELDER UND MASSNAHMEN

5.1 ÜBERBLICK ÜBER DIE HANDLUNGSFELDER, MASSNAHMEN UND AKTEURE

Im Nationalen Versorgungsbericht von 2009 wurden die Handlungsebenen Personalgewinnung, Ausbildung, Personalerhaltung und Personaleinsatz definiert und entsprechende Massnahmen dargestellt. Diese vier Handlungsebenen haben ihre Gültigkeit nicht verloren und bilden den unveränderten Orientierungsrahmen für die Massnahmen. Abbildung 45 gibt einen Überblick über die Ziele in den einzelnen Handlungsfeldern, über die wichtigsten Massnahmen und die hauptverantwort-

lichen Akteure. Die «Massnahmen-Matrix» erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und absolute Präzision bei der Zuordnung der Massnahmen. Sie verdeutlicht vielmehr, dass die Massnahmen selten einen Akteur allein betreffen, sondern von mehreren getragen und meist in Zusammenarbeit umgesetzt werden müssen.

Im vorliegenden Kapitel werden die verschiedenen Massnahmen ausgeführt und es werden einige konkrete Beispiele vorgestellt. Damit soll einerseits ersichtlich werden, welche Massnahmen umgesetzt wurden. Andererseits sollen funktio-

Abb. 45 Massnahmen-Matrix

Handlungsfeld	Personalgewinnung	Personalausbildung	Personalerhaltung	Personaleinsatz
Ziel	Genügend Nachwuchs und Interessierte	Genügend Ausbildungsplätze	Verlängerung der Berufsverweildauer	Optimieren des Personalbedarfs
Akteure				
Berufsverbände	Imagepflege 5.2.1			
Berufsangehörige			Flexible Arbeitszeitmodelle 5.4.2	Skill-Grade-Mix; kompetenzgerechter Einsatz 5.5.1
Betriebe/Arbeitgeber	Informationsveranstaltungen (Schnuppertage, Berufswahlpraktika) 5.2.2	Ausbildungsmarketing (Lehrstellen/Praktikumsplätze) 5.3.4	Werte, Kultur, Partizipation, MA-Strategie 5.4.1/2	Förderung Wiedereinstieg 5.4.4
Dachverbände Arbeitgeber		Lernort-Kooperation 5.3.5	Unterstützung, Beratung Ausbildung der Kader 5.4.3	Überbetriebliche Zusammenarbeit, Versorgungsnetzwerke 5.5.2
Kantonale OdA	Berufsmarketing/Imagepflege 5.2.1			Weiterentwicklung der Berufsprofile 5.3.8
Nationale OdA				
Bildungsanbieter	Förderung von Berufsumsteigern (berufsbegleitende Ausbildung; Programmfinanzierung) 5.2.3	Berufsbegleitende Ausbildung auf Tertiärstufe 5.3.6		
Kantonale Behörden Bildung/SBBK				
Bund Bildung SBFI				
Kantonale Behörden Gesundheit/GDK		Personalbedarfsplanung 6.2.5		
Bund Gesundheit BAG		Ausbildungsverpflicht. 5.3.1/5.3.3		

nierende Projekte und Modelle mit der Idee zur Übernahme durch weitere Akteure bekannt gemacht werden. Schliesslich wird auch auf Lücken und Verbesserungspotenziale hingewiesen. Eine Würdigung der Ergebnisse aus den vorangehenden Kapiteln sowie eine Gewichtung und Priorisierung der Massnahmen wird im Kapitel 6 vorgenommen.

5.2 HANDLUNGSFELD PERSONALGEWINNUNG

Die Massnahmen im Bereich der Personalgewinnung haben zum Ziel, das Rekrutierungspotenzial für Gesundheitsberufe auszuschöpfen. Es geht zum einen um Massnahmen der Berufskommunikation, zum andern um die Ausschöpfung von spezifischen Rekrutierungspotenzialen.

5.2.1 Berufskommunikation und -marketing Gesundheitsberufe

Mit der Berufskommunikation sollen potenzielle Lernende beziehungsweise Studierende angesprochen und für eine Ausbildung im Gesundheitswesen gewonnen werden. Zu den Zielgruppen gehören einerseits Jugendliche im Berufswahlalter (Berufseinsteiger/innen), andererseits auch Erwachsene, die sich beruflich neu orientieren wollen (Berufsumsteiger/innen). Angesprochen sind auch Personen, die bereits im Gesundheitsbereich arbeiten und sich höher qualifizieren wollen.

Informationsportal gesundheitsberufe.ch

Mit der dreisprachigen Dachmarke gesundheitsberufe.ch verfügt OdASanté seit 2009 über ein effizientes Instrument für die Berufsinformation. Dieses setzt sich aus Flyern, Broschüren sowie einem Internetportal zu den Bildungsinhalten und -bedingungen in den verschiedenen Gesundheitsberufen zusammen. Mit der Dachmarke soll eine einheitliche Identität für alle nicht-universitären Gesundheitsberufe erreicht werden; diese sollen sich von anderen Berufsgruppen abheben. Das einheitliche Design fördert die Wiedererkennbarkeit.

Die Printprodukte werden insbesondere von Berufsinformationszentren und von kantonalen OdA bezogen und direkt eingesetzt, oder sie dienen als Vorlage für eigene, regional angepasste Kommunikationsmittel. Viele Kantone unterstützen Massnahmen zur Berufsinformation auf kantonomer oder regionaler Ebene durch finanzielle Beiträge.

www.gesundheitsberufe.ch

Eine zielgerichtete und schlagkräftige Kommunikation setzt eine einheitliche Identität der Gesundheitsberufe voraus. Diese Identität wurde mit der Dachmarke «gesundheitsberufe.ch» von OdASanté definiert (siehe Box).

Die Massnahmen im Bereich der Berufskommunikation beinhalten einerseits Printprodukte, elektronische Kommunikationsmittel von Websites bis hin zur Präsenz in den Social Media sowie Werbespots. Abnehmer dieser Produkte sind unter anderem die Berufsinformationszentren (BIZ). Einige Kantone verfügen über Informations- und Laufbahnberatungsangebote, die spezifisch auf die Gesundheitsberufe ausgerichtet sind. Auch die Betriebe und die Bildungsanbieter bewerben ihre jeweiligen Angebote bei den Zielgruppen.

Auch die Imagepflege gehört im weitesten Sinn zum Berufsmarketing. Das Image lässt sich nur bedingt mit Kampagnen und Massnahmen von aussen beeinflussen. Viel entscheidender ist das Bild, das die Berufsangehörigen und die Betriebe selber von ihrem Beruf beziehungsweise von der Branche vermitteln. Potenzielle Lernende haben vielfältige Berührungspunkte mit Gesundheitspersonal: als Patientinnen und Patienten, als Angehörige von Patienten, als Verwandte oder Bekannte von Gesundheitsfachpersonen. Positive Rollenmodelle von Dozierenden, Ausbildungsverantwortlichen, Vorgesetzten und Berufskolleginnen beeinflussen auch während der Ausbildung und schliesslich im Berufsalltag die Wahrnehmung des jeweiligen Berufs.

Die Versorgungsbereiche geniessen in Bezug auf die Ausbildungsattraktivität unterschiedliche Images. Übergeordnete Massnahmen im Bereich der Imagepflege müssen versuchen, diese Unterschiede auszugleichen und nicht weiter zu verstärken.

Schliesslich dient auch die Durchführung von Berufsmeisterschaften der Bekanntmachung und der Wahrnehmung eines Berufs. OdASanté führt im Zweijahresrhythmus Berufsschweizer-Meisterschaften für angehende Fachmänner/Fachfrauen Gesundheit FaGe durch. Die jungen Berufsleute stellen dabei in nachgestellten Patientensituationen vor dem Publikum ihr Können unter Beweis. Wer an den nationalen Wettkämpfen teilnehmen will, muss sich zuvor an den regionalen/kantonalen Berufsmeisterschaften qualifizieren. Zuständig für die Organisation und Durchführung der kantonalen Berufsmeisterschaften sind die kantonalen OdA, welche ihrerseits auf die Unterstützung der Betriebe angewiesen sind.

13 Darunter die Kantone Waadt (www.cips.ch) und Zürich (www.puls-berufe.ch/Laufbahnberatung).

5.2.2 Einblick in die Welt der Gesundheitsberufe

Über die blossen Kommunikationsmittel hinaus, die primär dazu dienen, Interesse für die Gesundheitsberufe zu wecken und über die verschiedenen Ausbildungen zu informieren, müssen Interessentinnen für Gesundheitsberufe die Möglichkeit haben, Einblicke in die Welt dieser Berufe zu gewinnen. Dazu gehören Schnupperangebote, Berufswahlpraktika, Tage der offenen Tür und der Auftritt der Gesundheitsberufe an Ausbildungsmessen. Solche Angebote bestehen in den meisten Kantonen und werden von den kantonalen Behörden via kantonale OdA auch finanziell unterstützt.

5.2.3 Gewinnen von Berufsumsteigern

Unter Berufsumsteigern werden Personen verstanden, die sich beruflich neu orientieren wollen. Sie bringen keine Berufserfahrung im Gesundheitswesen mit, verfügen aber über anderweitige Berufs- sowie Schul- und Lebenserfahrung. Berufsumsteigende können und sollen grundsätzlich auf allen Bildungsstufen gewonnen werden. Dies setzt entsprechende Bildungsangebote mit zeitlich flexibler Gestaltung voraus. Die Rahmenerlasse der Ausbildungen lassen diese Flexibilität zu; entsprechend bieten beispielsweise die Höheren Fachschulen für Pflege nebst den Vollzeitausbildungen auch solche in Teilzeit an.

Damit potenzielle Berufsumsteiger überhaupt angesprochen werden, müssen die Angebote, die auf diese Zielgruppe zu-

geschnitten sind, über die entsprechenden Kanäle bekannt gemacht werden.¹⁴

Als die wohl wichtigste Voraussetzung des Berufsumstiegs muss das wirtschaftliche Fortkommen der Auszubildenden gewährleistet sein. Berufsumsteiger müssen einen dem Alter und der Lebenssituation angepassten, ordentlichen Lebensstandard weiterführen können. Sie sind deshalb entweder auf die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung im angestammten Beruf oder auf eine berufsbegleitende Ausbildung mit Anstellung durch einen Gesundheitsbetrieb und auf einen erhöhten Ausbildungslohn angewiesen.

In wenigen Kantonen werden auf Stufe HF Pflege entsprechende Modelle für Berufsumsteiger – zum Teil mit finanzieller Unterstützung durch die Kantone – angeboten. Weiter verbreitet sind berufsbegleitende Ausbildungsgänge Pflege HF und FH für Personen mit einer einschlägigen Vorbildung, das heisst in der Regel für Fachmänner/Fachfrauen Gesundheit FaGe (vgl. 5.3.6).

5.2.4 Niederschwellige Einstiege ins Gesundheitswesen

Nebst den Angeboten für Berufsumsteiger und für Wiedereinsteigende sollen auch Eingangsmöglichkeiten in das Gesundheitswesen für Personen bestehen, die auf einfachem Weg ohne formalisierte Bildung (wieder) in das Erwerbsleben eintreten möchten. Der Lehrgang Pflegehelfer/in des Schweizerischen Roten Kreuzes SRK stellt das am meisten verbreitete Angebot mit einem nationalen Standard dar. Pflegehelferinnen SRK übernehmen Tätigkeiten im Bereich der Grundpflege wie Waschen, Kleiden und Mobilisieren. Der Kurs zur Pflegehelferin SRK umfasst theoretischen Unterricht von 120 Stunden und 12 bis 15 Tage Praktikum (mit Praktikumsqualifikation).

Ist der Berufseinstieg in das Gesundheitswesen einmal erfolgt, stehen verschiedene Möglichkeiten zur Erlangung eines Abschlusses im Rahmen der Bildungssystematik offen (vgl. 3.5.3).

5.2.5 Rekrutierungspotenzial von Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen

Unter den heute in der Schweiz lebenden anerkannten Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen sind rund 50% zwischen 18 und 39 Jahre alt. Erhebungen und Stichproben zeigen, dass rund ein Fünftel der Personen über 18 Jahre einen Hoch- oder Mittelschulabschluss erreicht hat und etwa die Hälfte mehrjährige Berufserfahrungen aufweist. In den Jahren

myoda.ch – eine Online-Plattform für Interessierte und Anbieter von Einblickstagen und Praktika

Die OdA Gesundheit Bern hat mit der Online-Plattform myoda.ch ein Angebot geschaffen, das Interessierte und Anbieter von Praktika und Einblickstagen zur Berufswahlvorbereitung zusammenführt. Die Betriebe geben ihre Angebote nach Beruf und Angebotstyp auf der Plattform ein. Die Interessierten suchen das passende Angebot über eine Eingabemaske, bei der der Praktikumstyp, der Beruf und die Region eingegrenzt werden können. Die Bewerbung und Kontaktaufnahme erfolgt auch direkt über die Plattform. Die Interessierten finden dort auch weitere Informationen zum Anbieter sowie zur Kontaktperson. Die Bündelung der Angebote auf einer einzigen Plattform erleichtert die Inanspruchnahme von Einblicksmöglichkeiten in die Welt der Gesundheitsberufe und dürfte damit die Nachwuchsrekrutierung fördern. Die Plattform myoda.ch steht für Betriebe aus dem Kanton Bern und aus anderen Kantonen zur Verfügung.

www.myoda.ch

¹⁴ Zum Beispiel mit einer Dokumentation für Berufs- und Laufbahnberatungsstellen wie dieser: http://edudoc.ch/record/104871/files/Hoehere_Fachschulen_Pflege.pdf (28.6.2016).

ZIGG Jobs AG – eine regionale Personaldienstleisterin für die Branche

Das Bedürfnis vieler Zentralschweizer Betriebe nach einer regionalen Stellenplattform für Pflegepersonal hat 2015 zur Gründung der ZIGG Jobs AG geführt. Die ZIGG Jobs AG ist eine Personaldienstleisterin, welche auf die Suche, Selektion und Vermittlung von nicht-universitärem Gesundheitspersonal spezialisiert ist. Träger sind Betriebe aus den Versorgungsbereichen Akut, Langzeit und Spitex mit Standort in den sechs Zentralschweizer Kantonen.

Die Nachfrage nach den angebotenen Dienstleistungen ist gross und nimmt mit der zunehmenden Bekanntheit weiter zu. Eine Stärke der ZIGG Jobs AG liegt neben der Kenntnis der Gesundheitsbranche in der regionalen Verankerung.

www.zigg-jobs.ch

2014 und 2015 wurden je rund 7000 Personen im erwerbsfähigen Alter in der Schweiz vorläufig oder als anerkannte Flüchtlinge aufgenommen.

Diese Potenziale sind zu nutzen, indem die Menschen, die in die Schweiz geflüchtet sind und mit grosser Wahrscheinlichkeit auch hier bleiben werden, möglichst über den Berufsbildungsweg einen Eingang in die Arbeitswelt finden. Der Bundesrat hat deshalb ein Pilotprogramm der Vorlehren für Flüchtlinge lanciert. In einer einjährigen Integrationsvorlehre sollen

diese auf eine Berufsausbildung vorbereitet werden, indem sie eine Landessprache erlernen, die Schweizer Arbeitskultur praktisch kennenlernen und sich grundlegende berufliche Kompetenzen in einer Branche aneignen.

Für den Gesundheitsbereich ist zu prüfen, inwiefern anerkannte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene für diejenigen Berufsausbildungen rekrutiert werden können, bei denen ein Mangel an Lernenden beziehungsweise Studierenden besteht. Auf der Stufe des Hilfs- und Assistenzpersonals sind heute in der Regel mehr Interessierte als Ausbildungsplätze vorhanden. Deshalb konkurrenzieren zusätzliche Kurse in diesem Bereich eher das bestehende Angebot und erschweren die Suche nach geeigneten Praktikums- und Ausbildungsplätzen. Keine dokumentierten Erfahrungen gibt es mit tertiären Ausbildungsprogrammen für anerkannte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene auf Stufe Höhere Fachschule oder Fachhochschule. Hier sind kantonale wie nationale Akteure gefordert, die Rahmenbedingungen für diese Zielgruppe abzuklären und mit Pilotprojekten erste Erfahrungen zu machen.

5.3 HANDLUNGSFELD AUS- UND WEITERBILDUNG

5.3.1 Ausbildungsverpflichtungen durch die Kantone

Im Jahr 2012 trat die neue Spitalfinanzierung in Kraft. Sie hat zu einer neuen Ausgangslage für die Ausbildungstätigkeit der Spitäler geführt. Gemäss dem revidierten KVG gehören die Kosten der nicht-universitären Ausbildung neu zu den anrechenbaren Kosten, das heisst, sie werden im Rahmen der Fallpauschalen abgegolten. Die Finanzierung mittels Fallpauschalen soll zu mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern führen, indem diese für gleiche medizinische Leistungen die gleiche Abgeltung erhalten. Spitäler, die sich stärker in der Ausbildung engagieren und dadurch höhere Kosten ausweisen, geraten unter diesen Bedingungen in einen Wettbewerbsnachteil. Dieser Fehlanreiz ist aus Versorgungssicht unerwünscht und muss korrigiert werden, indem in Bezug auf die Ausbildungskosten für alle Leistungserbringer die gleichen Rahmenbedingungen geschaffen werden und das Ausbildungspotenzial der Betriebe möglichst ausgeschöpft wird. Aus diesem Grund haben die Kantone in den letzten Jahren Ausbildungsverpflichtungen für die Institutionen auf der jeweiligen kantonalen Spitalliste eingeführt.¹⁵

Der Vorstand der GDK hatte 2010 im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung vier Grundsätze zur Sicherstellung der praktischen Ausbildung verabschiedet, die weiterhin Gültigkeit haben:

Förderprogramm HF Pflege für Studierende 25 plus – das Beispiel des Kantons Thurgau

Der Kanton Thurgau und die Ausbildungsbetriebe bieten die Pflegeausbildung HF 25 plus mit angepasstem Ausbildungslohn an. Das Förderprogramm steht Personen offen, die über 25-jährig, im Kanton Thurgau wohnhaft sind und über einen Abschluss auf Sekundarstufe II verfügen. Die Interessierten müssen die Eignungsklä rung bestehen und selber einen Ausbildungsplatz finden. Personen, die nachweisen können, dass sie die Kosten für den Lebensunterhalt während der Ausbildung nicht decken können, erhalten individuell bemessene Förderbeiträge, wobei ein oberes Limit besteht. Der Kanton und die Betriebe beteiligen sich je hälftig am Förderbeitrag, der zusätzlich zur regulären Ausbildungsentschädigung ausgerichtet wird.

Das Angebot stösst mittlerweile auf grosses Interesse und soll bis 2020 verlängert werden. Im Durchschnitt werden 10–25% der HF-Studierenden des Kantons Thurgau durch Förderbeiträge während der Ausbildung unterstützt.

www.odags-thurgau.ch/ausbildung/dipl-pflegefachfrau-mann-hf.html

¹⁵ Dies entspricht den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung von 2009, vgl. www.gdk-cds.ch > Themen > Spitalplanung (29.7.2016).

- **Ausbildungsverpflichtung:** Die Betriebe sind verpflichtet, Ausbildungsleistungen zu erbringen. Damit ist Trittbrettfahren nicht mehr möglich.
- **Festlegung von Normbeträgen:** Die Abgeltung («Preis») wird pro Berufsgruppe/Ausbildungsstufe auf der Grundlage der Nettonormkosten mit Pauschalbeiträgen einheitlich festgelegt.
- **Zweckgebundenheit:** Die Entschädigung erfolgt leistungsbezogen und zweckgebunden.
- **Gesamtsicht:** Aus kantonomer Versorgungsoptik ist sicherzustellen, dass ausreichend und bedarfsgerecht qualifiziertes Personal für das gesamte Gesundheitssystem ausgebildet wird. Das Modell, das für den Spitalbereich vorgeschlagen wird, muss sich von der Funktionsweise her auch auf die anderen Versorgungsbereiche übertragen lassen.

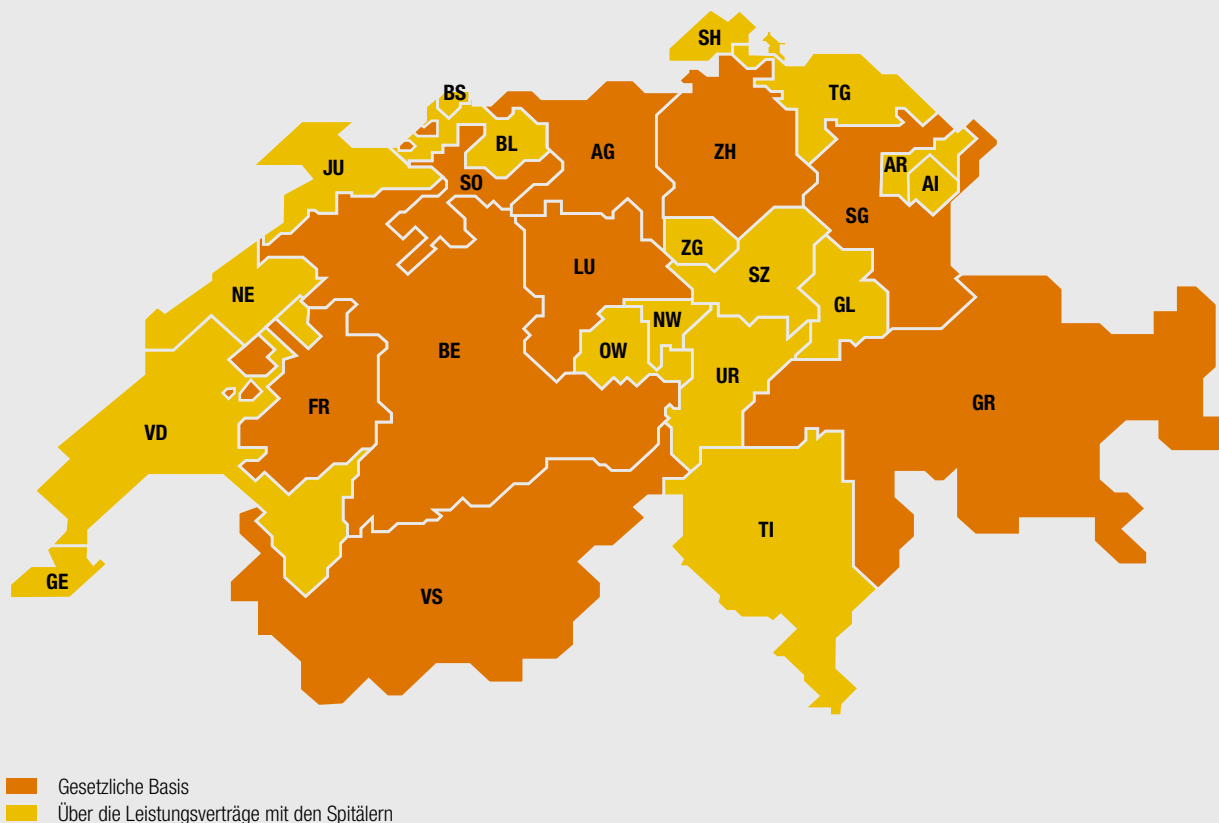
Einige Kantone haben explizite gesetzliche Grundlagen für die Ausbildungsverpflichtung oder für die Möglichkeit von finanziellen Beiträgen an die Ausbildung von Gesundheitspersonal geschaffen (vgl. Abbildung 46). Einige Kantone schliessen auch die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen in die

Ausbildungsverpflichtung ein. Die einzelnen kantonalen Modelle unterscheiden sich bezüglich des Verpflichtungs- und Detaillierungsgrades zum Teil beträchtlich.

Das übergeordnete Ziel besteht stets darin, dass die Betriebe ihr Ausbildungspotenzial ausschöpfen, um damit den kantonalen Bedarf an Gesundheitspersonal möglichst zu erfüllen. Die Betriebe liefern dem Kanton nach Jahresabschluss den Nachweis über ihre Ausbildungstätigkeit. Kantone, die mit den Betrieben klare Vorgabewerte vereinbaren, fordern meist eine Ersatzabgabe bei Nicht-Erreichen dieser Werte oder wenden ein Sanktionssystem bei dauerhafter Nicht-Erfüllung der Vorgabewerte an.

Die Voraussetzung, um Ausbildungsleistungen in Abhängigkeit des kantonalen Bedarfs sicherzustellen, besteht in der Kenntnis des kantonalen Personalbedarfs. Dieser kann entweder aus den kantonalen Versorgungsplanungen abgeleitet oder aus den Bedarfsberechnungen des vorliegenden Berichts von der nationalen auf die kantonale Ebene heruntergebrochen werden.

Abb. 46 Übersicht über die Anwendung von Ausbildungsverpflichtungen (Stand 2015)



5.3.2 Abgeltung der Ausbildungsleistungen

Gemäss den von der GDK verabschiedeten Grundsätzen (vgl. 5.3.1) soll der «Preis» einer Ausbildungsleistung auf der Grundlage der Nettonormkosten einheitlich festgelegt werden.

Deshalb liess die GDK 2012 ein Modell zuhanden der Kantone entwickeln, das die Nettokosten der praktischen Ausbildung der Betriebe auf Basis einer einheitlichen Berechnungsweise ermitteln sollte (Nettonormkosten). Die Ergebnisse aus den Modellberechnungen haben vor allem gezeigt, wie schwierig es ist, die Nettokosten realitätsnah und doch standardisiert abzubilden. Zudem müssen Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen berücksichtigt werden: So ist davon auszugehen, dass die Nettonormkosten bei den Spitex-Organisationen aufgrund der strukturellen Gegebenheiten höher liegen als im Spitalbereich. Die Ergebnisse aus dem Berechnungsmodell haben für gewisse Berufe und Ausbildungsstufen jedoch auch die bisher angewandten Werte bestätigt. Unter Berücksichtigung all dieser Arbeiten und Erkenntnisse verabschiedete der Vorstand der GDK im Juni 2015 Empfehlungen zu den Normbeträgen für die Abgeltung der praktischen Ausbildungsleistungen. Die Normbeträge sind im Sinne von Mindestansätzen in den Abgeltungssystemen und allfälligen Ausgleichsgefässen für Ausbildungskosten zu verstehen.

5.3.3 Steuerung der praktischen Ausbildung im Gesamtsystem

Die Branche Gesundheitswesen bildet in Bezug auf die Nachwuchssicherung eine Schicksalsgemeinschaft: Kann ein Glied der Versorgungskette seine Rolle aufgrund fehlenden Personals nicht mehr wahrnehmen, so hat dies Auswirkungen auf die ganze Branche. Die praktische Ausbildung in Spitälern, Pflegeheimen und Spitex-Organisationen sollte deshalb gleichermassen gefördert und abgegolten werden. Dies gilt umso mehr, als der Personalbedarf im stationären und ambulanten Langzeitbereich stärker als im Akutbereich zunehmen wird.

In vielen Kantonen kommt die Ausbildungsverpflichtung heute nur für den Spitalbereich zur Anwendung. Ein Grund für die Begrenzung der Ausbildungsverpflichtung auf den Spitalbereich dürfte unter anderem in der Regelung der Zuständigkeit für die Alters- und Pflegeheime sowie die Spitex-Organisationen liegen. Diese liegt häufig nicht bei ein und derselben Dienststelle beziehungsweise bei den Gemeinden. Diesem Umstand könnte mit der Schaffung geeigneter Rechtsgrundlagen begegnet werden.

Zur Anerkennung der Ausbildungstätigkeit als einer Leistung wie jede andere gehört eine leistungsbezogene und zweckgebundene Abgeltung. Heute werden die Ausbildungsleistungen von Pflegeheimen und Spitex-Organisationen jedoch in der Regel nicht zweckgebunden, sondern im Rahmen der Restfinanzierung indirekt finanziert.

Das Berner Modell: «Wir bilden aus, wen wir brauchen»

Mit seinem Modell zur Aus- und Weiterbildung in nicht-universitären Gesundheitsberufen nimmt der Kanton Bern seit einigen Jahren eine Vorreiterrolle ein. Das Modell, welches seit dem 1. Januar 2012 umgesetzt wird, verpflichtet die Betriebe des Gesundheitswesens, praktische Ausbildung in nicht-universitären Gesundheitsberufen zu leisten. Der Kanton Bern hat dafür entsprechende gesetzliche Grundlagen geschaffen. Die Verpflichtung gilt für Spitäler und Kliniken, Rettungsdienste, Geburtshäuser, Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Organisationen. Private medizinische Labors, radiologische Institute und therapeutische Praxen werden nicht zur Ausbildung verpflichtet, hingegen kann der Kanton Beiträge leisten, wenn ein Betrieb Ausbildungsleistungen erbringen will.

Hinter dem Berner Modell steht der Leitgedanke, dass alle Betriebe, die Personal in den Gesundheitsberufen beschäftigen, mit ihrer Aus- und Weiterbildung zur Sicherung des Nachwuchses beitragen sollen. Mit der Regelung des Kantons Bern werden finanzielle Benachteiligungen von Betrieben aufgrund unterschiedlich starker Ausbildungstätigkeit vermieden – für alle Betriebe gelten in Bezug auf die Ausbildung von nicht-universitärem Gesundheitspersonal die gleichen Rahmenbedingungen. Das Berner Modell zeichnet sich durch folgende Grundsätze aus:

- Jeder Betrieb bildet gemäss seinem Ausbildungspotenzial aus.
- Aus- und Weiterbildung ist eine Leistung des Betriebs wie jede andere Leistung und wird mit Pauschalen abgegolten. Für die Listenspitäler werden die Ausbildungsleistungen gemäss den Vorgaben des KVG finanziert. Die übrigen Leistungserbringer erhalten vom Kanton eine zweckgebundene Entschädigung ihrer Ausbildungsleistung.
- Der Betrieb berechnet sein Ausbildungspotenzial anhand der Vorgaben des Kantons selber. Massgebend für die Berechnung des Ausbildungspotenzials ist der Stellenplan beziehungsweise KLV-Leistungsstunden bei der Spitex.
- Betrieb und Kanton vereinbaren die Gesamt-Ausbildungsleistung in Form einer Punktzahl. Der Betrieb ist frei in der Entscheidung, mit welchen Aus- und Weiterbildungen er diese Punktzahl erreichen will.
- Hat ein Betrieb mehr oder weniger ausgebildet als vereinbart, sorgt der Kanton für den finanziellen Ausgleich: Der Betrieb erhält entweder mehr Geld oder muss Geld zurückzahlen.
- Liegt die Ausbildungsleistung des Betriebs unter dem vom Kanton festgelegten Toleranzwert, muss er eine Ersatzzahlung leisten (Malus-System).
- Der Kanton finanziert auch Angebote im Rahmen der Berufswahlvorbereitung wie Besuchstage oder Schnupperpraktika.

Die Erfahrungen des Kantons Bern mit dem Ausbildungsmodell sind durchwegs positiv. Die Zahl der Ausbildungsplätze in den Betrieben ist seit 2012 massiv gestiegen. Die Betriebe sind in der Lage, das berechnete Ausbildungspotenzial auszuschöpfen. Entsprechend haben einige Kantone (darunter die Kantone AG, SG und ZH) das Berner Modell übernommen und an ihre Bedürfnisse angepasst.

5.3.4 Förderung der Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung

Die betriebliche Ausbildungstätigkeit wird durch die Schaffung guter Rahmenbedingungen wesentlich erleichtert und auf qualitativ gutem Stand gehalten. Eine wirksame Fördermassnahme ist die bereits oben erwähnte Vergütung der ungedeckten Kosten der praktischen Ausbildung, daneben gibt es auch nicht-monetäre Fördermassnahmen.

Überbetriebliche Zusammenarbeit – das Beispiel von Alterswohnen STS AG und Spital STS AG

In unmittelbarer Nachbarschaft betreiben Alterswohnen STS AG und Spital STS AG in Zweisimmen ein Pflegeheim und ein Spital. Am internen Lehrlingstag mit der Ausbildungsverantwortlichen und der Geschäftsleitung äusserten die Lernenden FaGe von Alterswohnen den Wunsch, auch Einblick in das Spital zu erhalten. In den folgenden Gesprächen mit dem Spital wurden gegenseitige Einblickspraktika vereinbart, welche für alle Beteiligten zum Erfolg wurden. Die Zusammenarbeit wird ausgebaut, ab 2017 werden die Lernenden gemeinsam rekrutiert und die praktische Ausbildung wird zur Hälfte im Pflegeheim und zur Hälfte im Spital stattfinden.

Lernortkooperation – das Beispiel der OdA Gesundheit und der Berufsfachschule beider Basel

Im Rahmen der Lernortkooperation beider Basel haben die kantonale OdA Gesundheit beider Basel und die Berufsfachschule Gesundheit Baselland Gefässe geschaffen, um die beruflichen Grundbildungen FaGe EFZ und AGS EBA zu implementieren. Das Ziel der Zusammenarbeit der drei Lernorte Schule, ÜK und Praxis besteht darin, die jeweiligen Ausbildungspläne möglichst aufeinander abzustimmen und gemeinsame Haltungen zur Umsetzung der Berufsbildung zu entwickeln. Kernstück bildete die Erarbeitung eines berufspädagogischen Konzepts in Zusammenarbeit mit dem EHB, welches in 13 Grundsätzen für eine kompetenzorientierte berufliche Grundbildung mündete. Die Lernortkooperation wird seither kontinuierlich weitergeführt und gepflegt. Dazu gehören verschiedene Gefässe wie Tagungen, die den Austausch zwischen den Lernorten – auch unter Einbezug der Lernenden – fördern und eine gemeinsame Basis schaffen. Im Rahmen der Lernortkooperation werden auch regelmässig Befragungen bei Lernenden, Berufsbildnerinnen und Lehrpersonen durchgeführt, die zur Evaluation dienen und Optimierungsmöglichkeiten aufdecken.

www.nbbg.bl.ch

www.oda-gesundheit.ch/aktuell/lok-tagung/lok-tagung-2016

Bessere Rahmenbedingungen können beispielsweise durch die Förderung der überbetrieblichen Zusammenarbeit geschaffen werden. Die Handlungsebenen sind vielfältig, denkbar sind

- Vermitteln und Implementierung von Modellen guter Praxis, Lernen von den Besten;
- gemeinsame Bearbeitung von Qualitätsfragen wie beispielsweise Rekrutierung und Selektion oder Gestalten von Kompetenznachweisen;
- gemeinsame Weiterentwicklung von Konzepten;
- gemeinsame Anstellung von Bildungsverantwortlichen zur Optimierung der Ressourcennutzung und zur Förderung des überbetrieblichen Transfers von Know-how;
- Austausch von Lernenden und Studierenden zur verstärkten Ausbildung von Generalistinnen.

Geeignete Plattformen der Branche wie beispielsweise regionale Netzwerktreffen oder Informatikbörsen schaffen Übersicht, ermöglichen den Erfahrungsaustausch und erleichtern das Finden geeigneter Partner.

Die Gesundheitsbranche hat einen guten Ruf als Ausbildungsbranche, dieser muss erhalten bleiben. Fördermassnahmen tragen dazu bei, dass Betriebe, die erstmals ausbilden, einen leichteren Start haben. Fördermassnahmen leisten damit auch einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung der betrieblichen Ausbildung in Gesundheitsberufen.

Innerbetriebliche Förderung der praktischen Ausbildung schliesslich wird dadurch erreicht, dass diese zur Chefsache und auf der strategischen Ebene angesiedelt wird.

5.3.5 Lernortkooperation

Praktische Ausbildung wird auch durch eine gute Zusammenarbeit der drei Lernorte Betrieb, Schule und überbetriebliche Kurse (ÜK) erleichtert und wirksam gefördert. Sie ist zwar in den Bildungserlassen vorgeschrieben, wird aber oft zu wenig gelebt. Wie bei der überbetrieblichen Zusammenarbeit stehen auch bei der Lernortkooperation vielfältige Handlungsebenen zur Verfügung, wie beispielsweise

- Verankern eines gemeinsamen berufspädagogischen Konzepts;
- Entwicklung einer gemeinsamen, lernortübergreifenden Lernkultur;
- Organisation und Koordination der Ausbildungsziele, -inhalte und -mittel;
- lernortübergreifende Qualitätsentwicklung;
- Zusammenarbeit bei Lernenden und Studierenden in schwierigen Situationen;
- Informationsaustausch.

5.3.6 Berufsbegleitende Ausbildungsmodelle für Personen mit einschlägiger Vorbildung

Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit FaGe, die sich höher qualifizieren wollen, stehen verkürzte und/oder berufsbegleitende Ausbildungsgänge in Pflege auf Tertiärstufe offen. Wie bei den Berufsumsteigern handelt es sich bei den FaGe um erwachsene Personen, die bei Ausbildungseintritt auf Tertiärstufe häufig bereits einige Jahre in ihrem Beruf gearbeitet haben. Eine massgebliche Rolle bei der Entscheidung für eine weiterführende Ausbildung dürfte spielen, ob die Berufsleute Aussicht haben auf Erweiterung ihres Verantwortungsbereichs und auf eine Entlohnung, die nicht nur dem Abschluss, sondern auch der erworbenen Berufserfahrung Rechnung trägt.

Die Studierenden müssen ihren Lebensunterhalt während der Ausbildung sicherstellen können. Deshalb werden in vielen Kantonen berufsbegleitende oder flexibilisierte Ausbildungen auf der Tertiärstufe Pflege angeboten. Die Studierenden arbeiten zu einem gewissen Prozentsatz im Betrieb und erhalten einen angepassten Ausbildungslohn. Einige Programme werden von den kantonalen Gesundheitsbehörden finanziell unterstützt, so zum Beispiel im Kanton Waadt (siehe Box).

5.3.7 Praktika in privaten Praxen und ausser-klinischen Settings

Eine besondere Herausforderung stellt sich bei den Fachhochschul-Studiengängen Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme sowie Ernährung und Diätetik. Weil sich die Berufsfelder in diesen Disziplinen immer stärker in den ambulanten Bereich verschieben, haben die Fachhochschulen Mühe, genügend Praktikumsplätze zu finden. Die Situation ist aber auch in Bezug auf die Ausbildungsqualität unbefriedigend: Den Studienabgängerinnen fehlen bei Berufseintritt wichtige Kompetenzen, weil sie diese während der Ausbildung nicht oder nicht in aus-

reichendem Mass in der Praxis erwerben können. Therapiepraxen und andere private Leistungserbringer im ausser-klinischen Bereich bieten zurzeit keine Praktika an, weil die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen nicht gegeben sind. Heute können sie weder die produktiven Leistungen der Studierenden in Rechnung stellen, noch sind ihre Ausbildungsleistungen in den Tarifen abgebildet. Damit sind sie gegenüber dem Spitalbereich in zweifacher Weise benachteiligt.

Die GDK hat zusammen mit den Fachhochschulen Gesundheit und mit den betroffenen Berufsverbänden einen Lösungsvorschlag über das KVG erarbeitet und ins eidgenössische Parlament eingebracht. Das KVG ist dahingehend anzupassen, dass die im Rahmen von Praktika erbrachten produktiven Leistungen von Studierenden über das KVG abgerechnet werden können. In Analogie zur Abgeltung im Spitalbereich wäre in der Tariffkalkulation auch der Betreuungsaufwand des Ausbildners zu berücksichtigen. Das Anliegen wurde im April 2016 als Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) dem Bundesrat überwiesen und befand sich bei Redaktionsschluss in der parlamentarischen Beratung.

5.3.8 Weiterentwicklung und Schaffung von neuen Berufsprofilen

Die Weiterentwicklung des Angebots an Aus- und Weiterbildungs-gängen hat zwar keinen direkten Einfluss auf den quantitativen Bedarf an Fachpersonen. Berufsprofile, welche den fachlichen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und technologischen Entwicklungen Rechnung tragen und auf den aktuellen Bedarf abgestimmt sind, sind aber die Voraussetzung dafür, dass die ausgebildeten Fachpersonen möglichst zielgerichtet eingesetzt werden können.

OdASanté hat zusammen mit den betroffenen Branchen- und Berufsverbänden neue Weiterbildungsangebote geschaffen. Dazu gehört die Eidgenössische Berufsprüfung Fachfrau/Fachmann Langzeitpflege und -betreuung, die eine Zusatzqualifikation für FaGe und FaBe im Bereich Langzeitpflege und -betreuung bietet. Diese Fachpersonen können das diplomierte Pflegefachpersonal unterstützen und entlasten. Somit kann sich die diplomierte Pflegefachperson stärker auf die Aufgaben konzentrieren, die ihr im Rahmen der Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess zukommen. Die ersten Prüfungen finden im Herbst 2016 statt.

Im Projekt «Eidgenössische Prüfungen im Pflegebereich» werden unter der Leitung von OdASanté zurzeit die Qualifikationsprofile für sechs höhere Fachprüfungen und eine Berufsprüfung als Spezialisierungen im Bereich Pflege erarbeitet.

Berufsbegleitende Ausbildung zum Bachelor en Soins infirmiers – das Beispiel der HESAV

Die Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV) bietet seit dem Herbst 2015 eine berufsbegleitende Ausbildung zum Bachelor in Pflege an. Das Angebot richtet sich an FaGe mit einer Berufsmatur, die über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung verfügen und eine Anstellung in einem Betrieb vorweisen können. Die Studierenden sind zu 50% im Betrieb angestellt und gehen während der restlichen Zeit ihrer Ausbildung nach. Sie erhalten einen Lohn, der einem 80%-Pensum entspricht, wobei sich der Betrieb zu 50% und der Kanton zu 30% an den Lohnkosten beteiligen. Die Ausbildungsdauer erhöht sich auf vier Jahre. Das Programm steht jährlich rund 25 Studierenden offen.

www.hesav.ch/formation/soins-infirmiers/bachelor/bachelor-en-emploi

Ein Beispiel für ein erweitertes Berufsprofil sind die Advanced Practice Nurses (APN) oder Pflegeexpertinnen. APN sind hoch qualifizierte Pflegefachpersonen, welche über Expertenwissen und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis verfügen. Ein Master-Abschluss in Nursing Science gilt als Voraussetzung. APN sind dazu prädestiniert, in der künftigen medizinischen Grundversorgung erweiterte Aufgaben zu übernehmen und einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu leisten. Solche Pflegeexpertinnen kommen heute in verschiedenen Pilotprojekten der integrierten Versorgung zum Einsatz. Sobald sich ein klares Berufsprofil der APN herausgebildet hat, wird die Ausbildung und Berufsausübung dieser Fachpersonen mit erweiterten Kompetenzen einheitlich zu regeln sein.

5.4 HANDLUNGSFELD PERSONALERHALTUNG

5.4.1 Einflussfaktoren auf die Personalerhaltung

Ausgebildetes Personal im Beruf halten zu können, ist für alle Branchen ein entscheidendes Ziel in der Auseinandersetzung mit dem Fachkräftemangel. Die vom Obsan 2016 publizierte Studie «Berufsaustritte von Gesundheitspersonal» zeigt, dass diese Herausforderung für das Gesundheitswesen besonders gross ist.

Die auf den Daten der Strukturhebung basierende Studie des Obsan untersucht die Berufstätigkeit von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe, darunter auch die Pflegeberufe. Die Analyse zeigt, dass ein Drittel der unter 35-jährigen Pflegenden nicht mehr im Beruf tätig ist, bei den über 50-Jährigen sind es 56%. In der Schweiz geht somit jedes Jahr ein bedeutendes Potenzial an Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen verloren.

Zahlreiche Studien haben sich mit der Situation der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen auseinandergesetzt, unter anderem die Studie der ZHAW (2015) «Berufslaufbahnen und Berufsrollen in der Pflege», die SHURP-Studie (2013), der Bericht von OdASanté und H+ zum OP-Fachpersonal (2015), die oben erwähnte Obsan-Publikation zu Berufsaustritten, die Studien «Nurses at work» und RN4CAST und andere mehr. Daneben gibt es eine Vielzahl von branchenunabhängigen Studien, die sich mit Arbeitszufriedenheit und Personalerhaltung befassen.

Der vorliegende Bericht bietet nicht genug Raum, sich mit den zahlreichen Studien im Einzelnen auseinanderzusetzen, er versucht aber, eine Gesamtschau der wichtigsten Ergebnisse zu machen. Dabei wird auch berücksichtigt, dass die Ergebnisse der Studien nicht durchwegs kongruent sind, was nicht verwundern darf, da sie von unterschiedlichen Fragestellun-

gen ausgegangen sind und unterschiedliche Blickwinkel eingenommen haben. Unabhängig davon zeichnet sich ab, dass die grössten Belastungen durch die unregelmässigen Arbeitszeiten und die körperliche und emotionale Belastung, die mit den Gesundheitsberufen verbunden sind, verursacht werden.

Im Überblick scheinen die folgenden Faktoren für einen Verbleib im oder ein Ausscheiden aus dem Beruf massgebend zu sein, wobei die Gewichtung dieser Faktoren für jeden einzelnen Mitarbeitenden wieder anders ausfällt (die Reihenfolge ist nicht als Gewichtung zu verstehen):

- die Identifikation mit dem Betrieb und die Zufriedenheit mit der Führung;
- die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbelastung;
- die Sinnhaftigkeit der konkreten Arbeit;
- der betriebliche Umgang mit physischen und emotionalen Belastungen der Mitarbeitenden;
- die Betriebskultur im Umgang mit den Klientinnen und Klienten, mit den Mitarbeitenden und das Klima der Mitarbeitenden untereinander;
- die Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit;
- die betriebliche Personalentwicklung;
- die Anstellungsbedingungen wie Lohn, Ferienregelung oder Urlaubsregelungen.

5.4.2 Massnahmen auf Ebene Betrieb

Die Palette von Massnahmen, die auf der betrieblichen Ebene getroffen werden können, ist gross. Die folgende Aufzählung ist exemplarisch und nicht abschliessend zu verstehen:

- Ansiedlung von Personal- und Ausbildungsfragen auf der strategischen Unternehmensebene. Genügend und genügend gut qualifiziertes Personal ist ein Erfolgsfaktor erster Ordnung.
- Die passenden Gefässe zum Austausch mit den Mitarbeitenden schaffen, um Positives weiter fördern und Negatives erkennen und verbessern zu können. Auch wenn es Austritte nie ganz verhindern wird, können durch ein Austrittsgespräch die individuellen Gründe erhoben und – sofern auf Ebene Betrieb angesiedelt – anschliessend verbessert werden.
- Strategien der Personalentwicklung erarbeiten und umsetzen.
- Gewährleisten von attraktiven Arbeitsplätzen. Dieses Thema wird im Kapitel 5.5 diskutiert.
- Pflege und Betreuung findet in Teams statt. Spannungen in Teams unmittelbar angehen und die Möglichkeiten der Teamentwicklung nutzen.
- Gefässe zur Auseinandersetzung mit Überbelastung einrichten, Coaching oder temporäre Entlastungsangebote für betroffene Mitarbeitende anbieten.
- Partizipation der Mitarbeitenden an der Organisationsentwicklung gewährleisten, Raum bieten zur Auseinander-

setzung mit dem betrieblichen Alltag und den kommenden Entwicklungen.

- Die Möglichkeiten zur Schaffung attraktiver Anstellungsbedingungen ausschöpfen. Dazu gehören auch Rahmenbedingungen für eine möglichst gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- Klare Lohnstrukturen schaffen, welche sowohl die Vorbildung wie auch die Berufserfahrung angemessen berücksichtigen. FaGe beispielsweise haben nur dann einen Anreiz, die Ausbildung zur HF Pflege zu absolvieren, wenn ihnen bei der Lohnfestsetzung als frisch diplomierte Pflegenden auch ihre Berufserfahrung in Pflege und Betreuung als FaGe angerechnet wird.

5.4.3 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. Unter den Angeboten finden sich beispielsweise

- Vorstellen von Modellen der Best Practice auf allen Ebenen des betrieblichen Handelns (vgl. 5.4.2),
- Schulungsangebote für Kadermitarbeitende,
- Beratungsangebote für Betriebe,
- Auseinandersetzung mit den kommenden Herausforderungen im Berufsalltag und Konzepte,
- Auseinandersetzung mit der Berufsentwicklung und Angebot treffender Fort- und Weiterbildungen.

5.4.4 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. Massnahmen zur Förderung des Wiedereinstiegs beinhalten daher einerseits praxisnahe Kurse, welche die Wiedereinsteigenden auf den aktuellen Pflegealltag vorbereiten. Die Kurse sollen die Teilnehmenden dazu befähigen, ihre Kompetenzen und Berufskennnisse in die heutige Arbeitssituation zu transferieren. Sie sollten deshalb neben einem Theorieteil auch einen Praxiseinblick ermöglichen und Gelegenheit für praktisches Üben bieten. 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.

Andererseits ist auch die Bereitschaft der Betriebe erforderlich, Wiedereinsteigende während der Einführungsphase eng zu begleiten. Die Betriebe müssen ihre Mitarbeitenden dabei unterstützen, berufliche Kenntnisse aufzufrischen oder sich neue anzueignen und dadurch die Sicherheit im Berufsalltag zurückzugewinnen.

Die Top 10 von CURAVIVA – Zentrale Handlungsfelder der Personalpolitik für Langzeitinstitutionen

Der Branchenverband CURAVIVA Schweiz stellt den Heimen und Institutionen auf seiner Website eine Themenliste und weiterführendes Material zu den zehn wichtigsten Kernthemen der Personalpolitik im Bereich Pflege und Betreuung zur Verfügung.

Anhand einer Checkliste können Personalverantwortliche herausfinden, bei welchen Themen in ihrem Betrieb Handlungsbedarf besteht, und eine erste Priorisierung vornehmen. Zu jedem Handlungsfeld kann eine Übersicht abgerufen werden, die relevante Themendossiers, Vorlagen und Merkblätter enthält. Das Tool soll es den Verantwortlichen erlauben, auf einfache und zielgerichtete Weise einen Überblick und Hilfestellungen zu spezifischen Themen zu erhalten und realistische Massnahmen für den jeweiligen Arbeitsalltag abzuleiten.

Das Tool wird als sinnvoll eingeschätzt, weil es die einzelnen Betriebe von der Informationsbeschaffung zu spezifischen Themen entlastet und sie bei der Identifizierung, Priorisierung und Umsetzung von betriebsspezifischen Massnahmen unterstützt.

www.curaviva.ch/Bildung/CURAVIVA-Berufsbildung/Arbeitsplatz-Heim/HR-Box

Wiedereinstieg und Berufsumstieg in die Pflege – das Beispiel des CiPS, Centre d'information des professions santé-social

Das CiPS ist eine vom Kanton Waadt unterstützte Organisation, welche zum Ziel hat, junge Erwachsene für eine Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe zu rekrutieren. Mit seinem Programm zur Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs richtet sich das CiPS an diplomierte Pflegefachpersonen, welche die Berufstätigkeit für mehrere Jahre aufgegeben haben und wieder in den Arbeitsmarkt Gesundheit eintreten möchten.

Das Programm besteht aus mehreren Elementen: Nach einem ersten Orientierungsgespräch stellen die Wiedereinsteigenden ein persönliches Portfolio zusammen, das die vorhandenen Kompetenzen und allfällige Lücken aufzeigt und helfen soll, den Wiedereinstieg auf ein realistisches Tätigkeitsfeld auszurichten. In einem modularen Kurs, der über sechs Monate verteilt ist, wird das theoretische Wissen zu den aktuellen Pflegekonzepten vermittelt. In einem Praktikum, das je nach Bedarf zwischen 30 und 60 Tagen dauert, werden die Wiedereinsteigenden in enger Begleitung wieder in den aktuellen Pflegealltag eingeführt.

Das Wiedereinstiegsprogramm wird finanziell von der Gesundheitsdirektion des Kantons Waadt unterstützt. Die Massnahmen haben zum Ziel, den Personalmangel bei den Pflegefachpersonen mittel- und langfristig in den Griff zu bekommen. Zwischen 2004 und 2014 sind rund 500 Pflegefachpersonen über dieses Angebot wieder in den Beruf zurückgekehrt.

www.cips.ch

5.5 HANDLUNGSFELD PERSONALEINSATZ

5.5.1 Betriebskonzepte, Prozessorganisation und kompetenzgerechter Einsatz

Die Optimierung des Personaleinsatzes hatte bereits im Versorgungsbericht 2009 einen hohen Stellenwert; dies hat sich bis heute nicht geändert. Die Versorgungsaufgaben der Institutionen und die Versorgungskonzepte befinden sich in einer stetigen Veränderung und Weiterentwicklung. Im Rahmen der Berufsentwicklung werden Qualifikationsprofile der Gesundheitsberufe periodisch an diese Entwicklungen angepasst und aktualisiert.

Diese rollenden Veränderungen erfordern eine periodische Überprüfung der Aufbau- und Ablauforganisation und der Einsatzkonzepte für die Mitarbeitenden. Durch die Überprüfung der betrieblichen Konzepte und der Prozesse in Verbindung mit einer Aktualisierung des Skill- und Grademix können eine optimierte Ausschöpfung der Handlungskompetenzen des bestehenden Personals und eine wirksamere Aufgabenwahrnehmung erreicht werden.

Die Betriebe bewegen sich beim Personaleinsatz im Rahmen der kantonalen Vorgaben zur Personaldotation. In der stationären Langzeitpflege macht die Mehrzahl der Kantone Normvorgaben zur Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Qualifikationsstufen (sogenannte Richt- und Mindeststellenpläne). Diese Vorgaben sind gesundheitspolizeilicher Natur und gelten als eine Voraussetzung zur Gewährleistung der Patientensicherheit. Angesichts dieser übergeordneten Zielsetzung ist eine Abstimmung der verschiedenen kantonalen Vorgaben untereinander zu prüfen, dies nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Integration neuer Qualifikationsprofile, wie der Fachfrau/dem Fachmann Langzeitpflege und -betreuung.

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. Erfolgreiche Organisationsentwicklung wirkt sich damit auch auf das Ziel der Personalerhaltung positiv aus.

Das elektronische Patientendossier bringt insbesondere für die Behandlung multimorbider Patienten sowie Patienten mit längerer Krankengeschichte einen Mehrwert. Es unterstützt den Trend zur Intensivierung der Zusammenarbeit und der Vernetzung der Gesundheitsfachpersonen. Dadurch, dass die relevanten Informationen über Diagnosen, medizinische Be-

handlungen und Medikationen allen Beteiligten schnell und unbürokratisch zu Verfügung stehen, wird die Zusammenarbeit entlang der Behandlungskette im Sinne der integrierten Versorgung erleichtert. Behandlungsabläufe können verbessert werden.

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

TEIL IV



WÜRDIGUNG UND FOLGERUNGEN

6 WÜRDIGUNG UND FOLGERUNGEN

6.1 WÜRDIGUNG VON GDK UND ODASANTÉ

Vergleicht man den Deckungsgrad des jährlichen Nachwuchsbedarfs durch die Abschlusszahlen im Versorgungsbericht von 2009 mit den Werten des vorliegenden Berichts, so scheint sich die Situation auf den ersten Blick kaum verändert zu haben. Betrachtet man die verschiedenen Faktoren im Einzelnen, sind jedoch sehr wohl Entwicklungen festzustellen. Diese werden im Folgenden kurz zusammengefasst und kommentiert.

6.1.1 Markante Steigerung der Ausbildungstätigkeit

Die Ausbildungsabschlüsse haben sich zwischen 2010 und 2014 insgesamt sehr positiv entwickelt, wie Abbildung 47 zeigt.

Hinter den beeindruckenden Entwicklungen in der Ausbildung stehen grosse Anstrengungen der Betriebe, welche Ausbildungsplätze anbieten und damit den praktischen Teil der Ausbildung gewährleisten. Waren bis anhin vor allem die Spitäler in der Ausbildung des Gesundheitspersonals aktiv, so beteiligen sich seit einigen Jahren auch die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen stärker an der Ausbildung des Pflegepersonals. Die kantonalen Gesundheitsbehörden haben diese

Entwicklung mit der Einführung von Ausbildungsverpflichtungen bewusst gesteuert und gefördert.

Während die Nachfrage das Angebot bei den beruflichen Grundbildungen deutlich übersteigt, ist die Situation auf Stufe HF tendenziell eher umgekehrt. Insbesondere Institutionen der Langzeitpflege bekunden oftmals Mühe, ihre Ausbildungsplätze zum Pflegediplom HF zu besetzen.

6.1.2 Entwicklung der Personalbestände und künftiger Personalbedarf

Angesichts der oben beschriebenen Entwicklungen bei der Ausbildung mag es erstaunen, dass der Erfüllungsgrad des jährlichen Nachwuchsbedarfs im Durchschnitt nur zwischen 45% und 70% liegt. Der Grund dafür liegt einerseits im Personalzuwachs der vergangenen fünf Jahre, der in Abbildung 48 für das gesamte nicht-universitäre Gesundheitspersonal (Pflege und Betreuung, MTT-Berufe, Hebammen und Rettungssanität) dargestellt wird. In Abbildung 48 nicht eingerechnet sind MTT-Berufspersonen, Hebammen und Rettungssanitäter, die ausserhalb der Spitäler, Pflegeheime und der Spitex tätig sind, da für diese Personalgruppen nur Schätzungen vorliegen.

Abb. 47 Entwicklung der Ausbildungsabschlüsse 2010–2014

	Abschlüsse 2010	Abschlüsse 2014	Steigerung in %
Pflege und Betreuung			
Sekundarstufe II EBA	639	758	18.6%
Sekundarstufe II EFZ	3 151	4 397	39.5%
Tertiärstufe HF (inkl. NDS HF AIN)	1 801	2 096	16.4%
Tertiärstufe FH (inkl. Master-Abschlüsse)	624	910	45.8%
Total Pflege und Betreuung	6 215	8 161	31.3%
Total MTT, Hebammen und Rettungssanität	944	1 398	48.1%

Abb. 48 Personalzuwachs in den nicht-universitären Gesundheitsberufen 2010–2014

Versorgungsbereich	Personalbestand in Personen 2010	Personalbestand in Personen 2014	Zuwachs in %
Spitäler	91 922	101 807	10.8%
Pflegeheime	59 849	67 302	12.5%
Spitex	27 275	32 880	20.5%
Total	179 046	201 989	12.8%

Die Zunahme bei den Ausbildungsabschlüssen wurde somit durch den Personalzuwachs zu einem grossen Teil kompensiert. Ohne die Anstrengungen der vergangenen Jahre wäre die Differenz zwischen dem jährlichen Bedarf und den Abschlüssen jedoch noch grösser. Es ist deshalb unabdingbar, das Ausbildungspotenzial in den Betrieben und das Rekrutierungspotenzial an Lernenden und Studierenden möglichst vollständig auszuschöpfen.

Der in diesem Bericht berechnete Nachwuchsbedarf setzt sich aus der Summe des erwarteten Zusatzbedarfs bis 2025 und des angenommenen Ersatzbedarfs zusammen, welche auf einzelne Jahre heruntergebrochen wird (vgl. 4.4 und 4.5). Die Berechnung des Zusatzbedarfs stützt sich auf das Referenzszenario des Obsan ab, das von einem mittleren Bevölkerungswachstum, von einer Verkürzung der Spitalaufenthalte und von einer relativen Komprimierung der pflegebedürftigen Jahre ausgeht (vgl. 4.1.1). Diese Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme der Leistungen, was sich wiederum auf den Bedarf an Personal auswirkt. Das Referenzszenario stellt ein mittleres Szenario dar. Es ist natürlich legitim, die Annahmen und Prognosen, welche den hier vorgenommenen Berechnungen zum jährlichen Nachwuchsbedarf zugrunde liegen, zu hinterfragen. Die in diesem Bericht beschriebenen Annahmen wurden jedoch durch Studien und durch die Begleitgruppe plausibilisiert. Die Prognosen des Obsan wiederum stützen sich auf eine validierte Methodik ab und sind als zuverlässig einzuschätzen.

6.1.3 Einflussfaktor Berufsverweildauer

Der hohe Nachwuchsbedarf ergibt sich nicht nur aufgrund einer steigenden Inanspruchnahme von Leistungen, sondern auch aus den angenommenen Werten der Berufsverweildauer. Die Berufsverweildauer hat eine direkte Auswirkung auf den Ersatzbedarf an Personal und wirkt sich damit indirekt auch auf den Nachwuchsbedarf aus (vgl. 4.3.1). Die Anstrengungen bei der Ausbildung werden erst dann vollumfänglich belohnt,

wenn es gelingt, das ausgebildete Personal im Beruf zu halten. Es ist deshalb unerlässlich, die im Kapitel 5.4 beschriebenen Massnahmen der Personalerhaltung zu verstärken und den Wiedereinstieg zu fördern.

6.1.4 Abhängigkeit von Gesundheitspersonal mit ausländischem Diplom

Der vorliegende Bericht zeigt, dass die Abhängigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens von Mitarbeitenden mit einem im Ausland erworbenen Diplom auch in Zukunft hoch bleiben wird. In den Jahren 2010 bis 2014 kamen auf drei Personen mit inländischem Pflegediplom im Durchschnitt zwei aus dem Ausland rekrutierte Pflegefachpersonen. Da beim Pflege- und Betreuungspersonal auf Sekundarstufe II der Anteil der inländischen Abschlüsse bei erfreulich hohen 95% liegt, muss versucht werden, die Übertrittsquote von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit in die Pflegeausbildung HF in den nächsten Jahren deutlich zu steigern.

Selbst wenn es gelingt, die Abhängigkeit von Pflegepersonal mit ausländischem Diplom in Zukunft zu verringern, werden die zugewanderten Pflegefachpersonen weiterhin eine wichtige Rolle in der Versorgung wahrnehmen. Diesen Punkt gilt es bei der Umsetzung der Zuwanderungsinitiative unbedingt zu beachten.

6.1.5 Fazit

Die Lücke bei der Deckung des Nachwuchsbedarfs ist für die Betriebe so lange nicht spürbar, als das benötigte Fachpersonal in genügender Anzahl aus dem nahen Ausland rekrutiert werden kann. Für einzelne Berufe und Regionen ist die Rekrutierung des Fachpersonals auf der tertiären Stufe aber bereits heute schwierig. Können Ausbildungsleistung und Berufsverweildauer nicht erhöht werden, und sollte parallel dazu die Auslandsrekrutierung abnehmen, dann dürften Betriebe in ländlichen oder peripheren Gebieten dies mittelfristig noch stärker zu spüren bekommen.

Wie die Zahlen zeigen, gelingt es trotz einer markanten Steigerung der Ausbildungsleistungen nicht, den prognostizierten Personalbedarf auf diese Weise zu decken. Angesichts der beschriebenen Entwicklungen stellt sich die Frage, welchen Teil die Ausbildung zur Deckung des Nachwuchsbedarfs langfristig beitragen wird. Sicherlich ist das Ausbildungspotenzial in den Kantonen und in den verschiedenen Versorgungsbereichen noch nicht vollständig ausgeschöpft. Es ist aber nicht realistisch anzunehmen, dass die Gesundheitsbranche die Ausbildungsleistungen in den kommenden Jahren derart steigern können wird, dass der Mehr- und Ersatzbedarf damit gedeckt werden kann. Dies nicht zuletzt deshalb, weil die Gesundheitsbranche bei der Ausbildung in Konkurrenz zu anderen Berufsbranchen steht, die ebenfalls um Nachwuchs

werben. Es ist deshalb unerlässlich, die Anstrengungen bei der Personalerhaltung und bei der Optimierung des Personaleinsatzes zu verstärken.

6.2 PRIORITÄRE MASSNAHMEN

Wie in der Einleitung zum Kapitel 5 dargelegt, müssen die Massnahmen in allen Bereichen und mit der Beteiligung aller Akteure fortgesetzt und wo möglich verstärkt werden. Aus Sicht von GDK und OdASanté muss der Schwerpunkt auf den folgenden Massnahmen liegen:

6.2.1 Förderung der Personalerhaltung

Bei den Massnahmen zur Personalerhaltung liegt ein grosses Potenzial. Gefordert sind primär die Betriebe mit dem Fokus auf die Betriebs- und Führungskultur, auf den Umgang mit physischen und emotionalen Belastungen der Mitarbeitenden und auf Arbeitszeitmodelle, welche die Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit gewährleisten. Unter diesem Gesichtspunkt sind auch Anliegen wie die Reduktion des Beschäftigungsgrades zu beurteilen, die zwar kurzfristig einen höheren Bedarf an Mitarbeitenden und mehr Organisationsaufwand mit sich bringen, sich aber längerfristig positiv auf die Personalerhaltung auswirken können. Eine Möglichkeit, diese Themen verstärkt anzugehen und von den Erfahrungen anderer zu lernen, sehen GDK und OdASanté in der Durchführung einer Fachveranstaltung mit Good-Practice-Beispielen.

Auch die Kantone als versorgungsverantwortliche Behörden sollten sich vermehrt über griffige betriebliche Fördermassnahmen zur Personalerhaltung austauschen. Dabei gilt es, gemeinsam mit den massgebenden Verbänden die nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Betriebe in ihren Bemühungen zur Personalerhaltung unterstützen.

6.2.2 Ausbildungsförderung im Langzeitbereich

Wie im vorliegenden Bericht aufgezeigt, verschiebt sich das Arbeitsfeld für die Pflege und Betreuung zunehmend in den Langzeitbereich. Dennoch streben viele Studierende auf der Tertiärstufe an, ihre Ausbildung möglichst im Akutbereich zu absolvieren. Hierzu gilt es die Ursachen für dieses Verhalten besser zu verstehen und mittels Imagekampagnen eine Trendwende einzuleiten. Dies bedingt auch den Einbezug der Bildungsanbieter, die die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen gegenüber den Studierenden ebenfalls als geeignete und attraktive Ausbildungsorte für die Pflegeausbildung positionieren sollen.

Die Kantone sind gefordert, für die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen vergleichbare Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung wie für die Spitäler und Kliniken zu

schaffen. Dazu gehören die Verpflichtung aller Betriebe zur Ausbildung und die Anerkennung der Ausbildungsleistungen über eine leistungsbezogene Abgeltung.

6.2.3 Rekrutierung von Berufsumsteigern und berufsbegleitende Ausbildungen

Wenn es gelingen soll, die Übertrittsquote von FaGe EFZ in die Pflegeausbildung HF und in andere Ausbildungsgänge auf Tertiärstufe deutlich zu erhöhen, müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden. Zum einen ist das Angebot an berufsbegleitenden Studiengängen, die eine flexible zeitliche Gestaltung zulassen, weiter auszubauen. Ausserdem muss es für die Studierenden möglich sein, einen ihrem Alter und ihrer Lebenssituation angepassten Lebensstandard auch während der Ausbildung zu finanzieren. Dies kann zum Beispiel über eine Teilzeitanstellung in einem Betrieb mit einem angepassten Lohn geschehen.

Dasselbe gilt auch im Hinblick auf die Rekrutierung von Berufsumsteigern (vgl. 5.2.3). Im Gegensatz zu Personen mit einer einschlägigen Vorbildung können diese während ihrer Ausbildung jedoch erst begrenzt als Fachkräfte in den Gesundheitsinstitutionen eingesetzt werden. Sie sind deshalb auf die Möglichkeit eines Teilzeiterwerbs im angestammten Beruf oder auf finanzielle Unterstützung im Falle einer Vollzeitausbildung angewiesen. Die Kantone haben die Möglichkeit, solche Programme mit finanziellen Förderbeiträgen gezielt zu unterstützen.

6.2.4 Optimieren des Personaleinsatzes

Ein nicht zu unterschätzendes Potenzial zur Optimierung des Personalbedarfs liegt auch im Einsatz des bestehenden Personals. Nebst einer effizienten Arbeitsorganisation muss es vor allem das Ziel sein, die Mitarbeitenden so einzusetzen, dass diese ihre Handlungskompetenzen optimal zur Geltung bringen können. Die Qualifikationsprofile der Gesundheitsberufe werden periodisch an die Entwicklung der Gesundheitsversorgung angepasst und es entstehen neue Profile. Diese müssen in die bestehenden betrieblichen Personalstrukturen eingegliedert werden. Massnahmen zur Optimierung des Personaleinsatzes und zur Ausschöpfung der Kompetenzen gehören zu den ständigen Führungsaufgaben der Betriebe. Wie Studien zeigen, führt eine möglichst patienten- und prozessorientierte Organisation in der Regel auch zu einer Attraktivierung der täglichen Arbeit und zu einer höheren Arbeitszufriedenheit, was sich wiederum positiv auf die Personalerhaltung auswirkt.

Auf übergeordneter Ebene sind auch die Kantone angesprochen, indem diese die Rahmenbedingungen für eine bessere Abstimmung der Leistungserbringer aufeinander schaffen (Integrierte Versorgungsmodelle). In Bezug auf die Entstehung

neuer Kompetenzprofile sind die Kantone gefordert, die Normvorgaben zu den Stellenplänen zu überprüfen und gegebenenfalls an die Entwicklungen anzupassen.

6.2.5 Massnahmen auf Steuerungs- und Planungsebene

Die Kantone sind für die Planung und Steuerung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen gegenüber ihrer Bevölkerung verantwortlich. Aus der kantonalen Versorgungsplanung lässt sich der kantonale Personalbedarf zur Erbringung der verschiedenen Gesundheitsleistungen ableiten.

Dies setzt aber voraus, dass die dafür benötigten Daten vorliegen und regelmässig aktualisiert werden. Der vorliegende Bericht gibt den kantonalen Behörden ein Bild der Entwicklungen der Personalbestände und der Ausbildungsabschlüsse zwischen 2010 und 2014 und macht Aussagen zum jährlichen Nachwuchsbedarf auf nationaler Ebene. Für ein Monitoring müssen die Personal- und Ausbildungsdaten in regelmässigen Abständen erhoben und pro Kanton ausgewiesen werden (vgl. hierzu das Datenkonzept für ein Monitoring Gesundheitspersonal der GDK von 2014). Es ist noch nicht geklärt, ob ein solches Monitoring der Personalbestände und der Ausbildungsabschlüsse auf nationaler Ebene angesiedelt werden soll oder auf Kantonsebene erfolgen soll. Für die letztere Variante spricht, dass die im Kapitel 1 dieses Berichts erwähnten Inkompatibilitäten der nationalen Personalstatistiken auf Stufe Kanton im Rahmen der Leistungsverträge durch ergänzende Datenlieferungen der Betriebe korrigiert werden können.

Die Steuerung des tertiären Bildungsangebots der Höheren Fachschulen und Fachhochschulen obliegt den kantonalen Bildungsdirektionen. Diese Bildungsangebote haben in der Regel einen kantonsübergreifenden Charakter. Die Bildungsanbieter sind insbesondere auf die Rekrutierung von ausserkantonalen Praktikumsplätzen angewiesen. Es sollten deshalb Wege gefunden werden, wie die Steuerung dieser Bildungsangebote interkantonal koordiniert und wie dabei auf die kantonalen Bedarfsentwicklungen abgestützt werden kann.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AGS	Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales	KVG	Krankenversicherungsgesetz
AIN	Anästhesie, Intensiv- und Notfallpflege	LCH	Lateinische Schweiz (Westschweiz und Tessin)
APN/ANP	Advanced Practice Nurse / Advanced Nursing Practice	MAS	Master of Advanced Studies
AT	Aktivierung	MTRA	Medizinisch technische Radiologie
BAG	Bundesamt für Gesundheit	MTT	Medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Berufe
BBG	Berufsbildungsgesetz	NAREG	Nationales Register der Gesundheitsberufe
BBV	Berufsbildungsverordnung	NDS HF	Nachdiplomstudiengang Höhere Fachschule
BFS	Bundesamt für Statistik	NPO	Non-Profit-Organisation
BG	Beschäftigungsgrad	Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
BGS	Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales	OdA	Kantonale Organisation der Arbeitswelt
BM	Berufsmaturität	OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit
BMA	Biomedizinische Analytik	OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BP	Eidgenössische Berufsprüfung	OPT	Orthoptik
CAS	Certificate of Advanced Studies	OT	Operationstechnik
DAS	Diploma of Advanced Studies	PA SRK	Pflegeassistent/in SRK
DCH	Deutschschweiz	PhD	Doktoratstitel
DH	Dentalhygiene	PHYS	Physiotherapie
E&D	Ernährung & Diätetik/Ernährungsberatung	POD	Podologie
EBA	Eidgenössisches Berufsattest	RS	Rettungssanität
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis	SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
EHB	Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung	SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
ERGO	Ergotherapie	SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
FaBe	Fachfrau / Fachmann Betreuung EFZ	Spitex	Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause
FaGe	Fachfrau / Fachmann Gesundheit EFZ	SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
FH	Fachhochschule	SVMTRA	Schweizerische Vereinigung der Fachleute für medizinisch technische Radiologie
FMS	Fachmittelschule	ÜK	Überbetriebliche Kurse
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren	VZÄ	Vollzeitäquivalente
HF	Höhere Fachschule	WCH	Westschweiz
HFP	Eidgenössische Höhere Fachprüfung	WHO	World Health Organization
ISCED	International Standard Classification of Education	ZEMIS	Zentrales Migrationsinformationssystem
KHS	Krankenhausstatistik		

LITERATURVERZEICHNIS

Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D. & Paignon, A. (2016). «Nurses at work – Studie zu den Laufbahnen im Pflegeberuf über die letzten 40 Jahre in der Schweiz» (Obsan Bulletin 8/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Babel, J., Gaillard, L. & Strübi, P. (2015). «Szenarien 2015–2024 für das Bildungssystem. Bildungsperspektiven». Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2013). «Bericht der Themengruppe Interprofessionalität». Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.

Cosandey, J., Kienast, K. (2016). «Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe» (Kantonsmonitoring 7). Zürich: Avenir Suisse.

Dolder, P. (2014). «Monitoring Personalentwicklung und Nachwuchsbedarf für Mitarbeitende in nicht universitären Gesundheitsberufen. Datenkonzept für die Planung und Steuerung der Versorgung mit Personal in nicht universitären Gesundheitsberufen». Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Dolder, P., Grünig, A. (2009). «Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene». Bern: GDK und OdASanté.

GDK-Vorstand (2015). «Nettonormkosten der praktischen Ausbildung bei den nicht-universitären Gesundheitsberufen. Informationsnotiz». Veröffentlicht auf www.gdk-cds.ch >Themen>Gesundheitsberufe>Nicht-universitäre Gesundheitsberufe.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2010). «Aus- und Weiterbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen. Berner Modell für die Steuerung und Finanzierung ab 2012». Kann bezogen werden beim Spitalamt der GEF, Dienststelle Berufsbildung. www.fachkraefte-schweiz.ch/de/qualifizierung/beispiele (10.6.2016).

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2014). «Manual Ausbildungsverpflichtung». www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/gesundheitsberufe/ausbildungsverpflichtung.html (10.6.2016).

Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. & Widmer, M. (2009). «Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020» (Arbeitsdokument 35). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Lehmann, P., Richli Meystre, N. & Mamboury, N. (2012). «Arbeitsmarktanalyse Fachleute für medizinisch technische Radiologie (MTRA) in der Schweiz 2011». Lausanne: Haute école de santé Vaud.

Lobsiger, M., Kägi, W. & Burla, L. (2016). «Berufsaustritte von Gesundheitspersonal» (Obsan Bulletin 7/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Ludivine Soguel, A. (2010). «Berufsstatistik über die Mitglieder des Schweizerischen Verbands diplomierter Ernährungberater/innen HF/FH. Resultate 2010». Carouge: Haute école de santé Genève, Filière Nutrition et diététique.

Mahrer Imhof, R., Eicher, M., Frauenfelder, F., Oulevey Bachmann, A. & Ulrich, A. (2012). «Expertenbericht APN». Basel: Expertengruppe Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VfP).

Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). **«Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030»** (Obsan Bericht 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Rüesch, P., Bänziger, A., Dutoit, L., et al. (2014). **«Prognose Gesundheitsberufe Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie 2025»** (ZHAW Reihe Gesundheit Nr. 3). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.

Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). **«Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit»** (Obsan Dossier 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schaffert, R., Robin, D., Mahrer Imhof, R. & Rüesch, P. (2015). **«Berufslaufbahnen und Berufsrollen in der Pflege aus der Sicht von Berufseinsteigenden»** (ZHAW Reihe Gesundheit Nr. 4). Winterthur: ZHAW Gesundheit.

Schubert, M. (2009). **«Planung des Pflegepersonalbedarfs in Europa durch präzise Vorhersagemodelle. RN4CAST»**. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 22(4). Seiten 251–253.

Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI (2016). **«Schlussbericht Masterplan Bildung Pflegeberufe»**. Bern: Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF.

Trede, I., Schweri, J. (2014). **«Übertrittsquote FaGe – HF Pflege»**. Zollikofen: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB.

Trede, I., Schweri, J. (2013). **«Laufbahnentscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit. Resultate der zweiten Befragung ein Jahr nach Abschluss des EFZ»**. Zollikofen: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB.

Wittwer-Bernhard, P., Winkler, J. (2015). **«Bedarfserhebung. OP Fachpersonal und Bildungsplätze. Auswertungsbericht»**. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz und OdASanté, unveröffentlichtes Dokument.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, C., Bassal, C., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2013). **«Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP). Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz»**. Basel: Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel.

ANHANG



ANHANG 1.1 BILDUNGSABSCHLÜSSE

	2010	2011	2012	2013	2014
Abschlüsse auf Sekundarstufe II (Zeugnisse)					
AGS EBA	0	0	58	306	758
PA SRK	639	580	0	0	0
FaGe EFZ	2561	2919	3387	3672	3710
FaBe EFZ Bet.	224	264	285	259	254
FaBe EFZ Gen.	331	334	321	360	433
Hauspflege	13	14	0	0	0
Total: Abschlüsse auf Sekundarstufe II	3768	4111	4051	4597	5155
Abschlüsse auf Tertiärstufe B (Diplome)					
Pflege HF	1 676	1 340	1 109	1 447	1 710
Podologie HF	7	22	33	12	10
BMA HF	122	124	116	141	132
DH HF	44	80	73	68	70
MTR HF	50	66	66	79	80
RS HF	93	109	111	116	121
OT HF	82	78	89	101	110
Aktivierung HF	36	35	24	54	40
Orthoptik HF	4	3	8	1	1
Transports.	44	41	43	48	43
Total: Abschlüsse auf Tertiärstufe B	2 158	1 898	1 672	2 067	2 317
Abschlüsse NDS HF (Diplome)					
NDS HF Anästhesiepflege	40	145	60	101	87
NDS HF Intensivpflege	61	281	101	178	195
NDS HF Notfallpflege	24	71	46	65	104
Total: Abschlüsse NDS HF	125	497	207	344	386
Abschlüsse auf Tertiärstufe A					
BSc Pflege	614	681	704	755	843
MScN Pflege	0	11	37	41	47
MSN Pflege	10	11	25	18	20
BSc HEB	38	63	146	150	155
BSc PHYS	253	310	326	328	349
MSc PHYS	0	0	0	22	29
BSc ERGO	116	120	115	106	124
BSc E&D	16	67	61	51	64
BSc MRAD	39	44	44	46	70
Total: Abschlüsse auf Tertiärstufe A	1 086	1 307	1 458	1 517	1 701

ANHANG 1.2 BILDUNGSANBIETER HF-BILDUNGSGÄNGE (STAND FRÜHJAHR 2016)

Kanton	Bildungsanbieter	Pflege	BMA	MTR	OT	AT	RS	DH	OPT	POD
AG	Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales Aarau	■			■					
AG	Emergency Schulungszentrum AG Zofingen						■			
AG	Berufs- und Weiterbildung Zofingen									■
BE	Medi Zentrum für medizinische Bildung Bern		■	■	■	■	■	■		
BE	Berner Bildungszentrum Pflege Bern	■								
BE	Ceff Santé-Social St-Imier	■								
BS/BL	BZG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt Münchenstein	■	■	■						
GE	Centre de formation professionnelle santé-social Genève		■				■	■		■
GL	Pflegeschule Glarus	■								
GR	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Chur	■								
LU	Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz Luzern	■	■							
LU	SIRMED Nottwil						■			
SG	BZGS Berufs- und Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe St. Gallen	■	■	■	■					
SG	BZSL Berufs- und Weiterbildungszentrum für das Sarganserland Sargans	■								
SH	Schule für Pflegeberufe BBZ Schaffhausen	■								
SO	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Olten	■								
TG	Bildungszentrum für Gesundheit Weinfelden	■								
TI	Centro professionale Locarno		■	■						
TI	Scuola cantonale in cure infermieristiche Bellinzona	■					■			
TI	Scuola superiore medico-tecnica Lugano				■	■				■
VD	Ecole supérieure de la santé Lausanne		■		■					
VD	Ecole supérieure de soins ambulanciers Bois-Cerf Lausanne						■			
VD	Ecole d'orthoptique de Lausanne								■	
ZH	Careum Bildungszentrum Zürich	■	■	■	■			■		
ZH	Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Winterthur	■				■			■	
ZH	Prophylaxe Zentrum Zürich							■		
ZH	Höhere Fachschule für Rettungsberufe Zürich						■			
Pflege	Diplompflege HF									
BMA	Biomedizinische Analytik									
MTR	Medizinisch technische Radiologie									
OT	Operationstechnik									
AT	Aktivierung									
RS	Rettungssanität									
DH	Dentalhygiene									
OPT	Orthoptik									
POD	Podologie									

ANHANG 1.3 BILDUNGSANBIETER UND STANDORTE FH-STUDIENGÄNGE (STAND FRÜHJAHR 2016)

FH	Bildungsanbieter/Standorte	Studiengänge							
		Pflege	MTR	PHYS	ERGO	HEB	ERB	Ostéo- pathie	GF + P
BFH Bern	Berner Fachhochschule Gesundheit Bern	■		■		■	■		
FHS St. Gallen	FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Gesundheit	■							
HES-SO	Fachhochschule Gesundheit Freiburg/Haute école de santé Fribourg	■						■	
	Haute école de santé, Genève	■	■	■		■	■		
	Haute école Arc Santé, Delémont	■							
	Haute école de travail social et de la santé, Lausanne				■				
	Haute école vaudoise de la santé, Lausanne	■	■	■		■			
	Haute école de santé – La Source, Lausanne	■							
	Hochschule Wallis Gesundheit/Haute école Valais Santé Sitten/Sion und/et Leukerbad/Loèche-les-Bains	■		■					
Kalaidos	Kalaidos Fachhochschule, Departement Gesundheit	■							
SUPSI	Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno	■		■	■				
ZHAW Winterthur	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit	■		■	■	■			■
FFHS	Fernfachhochschule Schweiz in Kooperation mit der SUPSI						■		
Pflege	Bachelor of Science in Pflege Master of Science in Pflege/Master conjoint UNIL-HES-SO: Master ès Sciences en Sciences infirmières								
MTR	Bachelor of Science in Medizinisch technischer Radiologie (nur Westschweiz)								
PHYS	Bachelor of Science in Physiotherapie Master of Science in Physiotherapie								
ERGO	Bachelor of Science in Ergotherapie European Master of Science in Ergotherapie								
HEB	Bachelor of Science Hebamme European Master of Science in Midwifery (Joint Award) (nur Westschweiz)								
ERB	Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik Master of Science in Life Sciences – Food, Nutrition and Health								
GF + P	Bachelor of Science in Gesundheitsförderung und Prävention								
OST	Bachelor of Science en Ostéopathie/Bachelor of Science in Osteopathie								

ANHANG 2 NACHWUCHSBEDARF IN ALLEN SZENARIEN DES OBSAN

Der vorliegende Bericht stützt für die Berechnung des Nachwuchsbedarfs auf das Referenzszenario des Obsan zum Personalbedarf bis 2030 ab. Die folgende Tabelle zeigt, wie hoch der Nachwuchsbedarf (Mittelwert des Minimal- und Maximal-

szenarios) in allen drei Entwicklungsszenarien des Obsan ausfallen würde. Die Streuung gegenüber dem tiefen Szenario ist gering. Im hohen Szenario liegt dagegen der Nachwuchsbedarf sichtbar höher.

	Mittlerer jährlicher Nachwuchsbedarf im tiefen Szenario	Mittlerer jährlicher Nachwuchsbedarf im Referenzszenario	Mittlerer jährlicher Nachwuchsbedarf im hohen Szenario
Pflege und Betreuung			
Tertiärstufe	5 937	6 075	6 687
Sekundarstufe II EFZ			
Berufsverbleibend	2 244	2 308	2 400
Zubringerfunktion	3 565	3 541	3 878
Total	5 709	5 849	6 278
Sekundarstufe II EBA	1 894	1 950	2 025
Total: Pflege und Betreuung	13 540	13 874	14 990
	Jährlicher Nachwuchsbedarf im Minimalszenario	Jährlicher Nachwuchsbedarf im Maximalszenario	Jährlicher Nachwuchsbedarf im Mittelwert
Hebammen und MTT-Berufe			
Hebamme	169	188	219
Techn. OP-Fachperson	154	163	183
Fachperson MTR	239	252	282
Physiotherapie	715	746	793
Ergotherapie	166	173	184
Ernährung & Diätetik	67	71	74
Aktivierung	89	93	99
Podologie HF	39	41	43
Orthoptik	27	28	32
Dentalhygiene	147	156	174
Total: HEB und MTT	1 812	1 911	2 083

IMPRESSUM

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté)

Projektleitung

Annette Grünig, Zentralsekretariat GDK

Autoren

Peter Dolder, Dolder Beratungen GmbH, Hünibach und Annette Grünig, GDK

Begleitgruppe

Der Bericht entstand unter Mitwirkung einer Begleitgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der folgenden Organisationen:

- Bildungszentren Gesundheit und Soziales BGS
- Bundesamt für Gesundheit BAG
- CURAVIVA
- Fachhochschulen Gesundheit
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- Kantonale Gesundheitsdirektionen
- OrTra Latine
- Schweizerische Berufsbildungsämter-Konferenz SBBK
- Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG
- Schweizerischer Verband der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe SVMTT
- Spitex Verband Schweiz
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI
- Verein Kantonale OdAs Gesundheit und Soziales KOGS

Mitglieder der Begleitgruppe

Grosser Dank geht an die folgenden Personen:

- Peter Berger, Bildungszentrum medi, Bern (BGS)
- Sandra Bernasconi, Associazione per la formazione nelle strutture sanitarie e negli istituti sociali del Cantone Ticino (OrTra Latine)
- Marco Borsotti, Betagtenzentrum Eichhof, Luzern (KOGS)
- Dorothee Eichenberger zur Bonsen, Berner Fachhochschule (Fachhochschulen Gesundheit)
- Katrin Frei, Ressort Grundsatzfragen und Politik, SBFI
- Barbara Hedinger, Spitex Stadt Luzern (Spitex Verband Schweiz)
- Danny Heilbronn, Leiter Abteilung Gesundheitsberufe, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF
- Brigitte Hofer, Abteilung Gesundheitsberufe, BAG
- Yves Jaermann, Hôpital Riviera Chablais (SVMTT)
- Roswitha Koch, Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (SVBG)
- Kathrin Müller-Coray, Abteilung Gesundheitsberufe & Bewilligungen, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
- Marco Petruzzi, Alters- und Pflegeheim Haus zur Heimat, Olten (CURAVIVA Schweiz)
- Christina Pletscher, Kantonsspital Baselland, Liestal (H+ Die Spitäler der Schweiz)
- Urs Sieber, Geschäftsführer OdASanté
- Nicola Snozzi, Berufsbildungszentrum Gesundheit, Sursee (SBBK)

Dank

Clémence Merçay, Obsan

Laila Burla, Obsan

Marcel Widmer, Obsan

Gestaltung/Layout

HÜLLE & FÜLLE – Atelier für Inhalt und Gestalt, Bern

www.huelleundfuelle.ch

Bilder Zwischenseiten

ZVG OdASanté, Reto Klink

Übersetzung

Geneviève Kissling, Mimetis

Korrektorat

Rubmedia, Bern

Druck

Wälti Druck, Ostermundigen, www.waeltidruck.ch

Diese Publikation steht als PDF in deutscher und französischer Sprache unter www.gdk-cds.ch und www.odasante.ch zur Verfügung.

© Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) 2016



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantionali della sanità

OdASanté