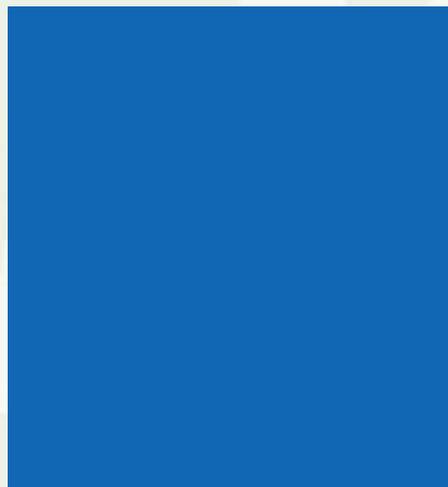


# BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht des Netzwerks Ökonomie  
des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV)*

## ***Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung***

*Forschungsbericht Nr. 22/03*



**BSV / /  
OFAS / /  
UFAS / /**

*Bundesamt für Sozialversicherung  
Office fédéral des assurances sociales  
Ufficio federale delle assicurazioni sociali  
Ufficio federal da las aseguranzas sociales*

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten und Forschungsbereiche zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiten Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

**Autoren:** Mitglieder des Netzwerks Ökonomie:  
Bruno Fuhrer  
Olivier Brunner-Patthey  
Anna Jost  
Till Bandi  
Peter Eberhard

**Auskünfte:** Olivier Brunner-Patthey, Fachstelle Ökonomie  
Bundesamt für Sozialversicherung  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern  
Tel. 031 324 06 99  
E-mail: [olivier.brunner@bsv.admin.ch](mailto:olivier.brunner@bsv.admin.ch)

**ISBN:** 3-905340-91-7

**Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherung  
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

**Vertrieb:** BBL, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern  
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

**Bestellnummer:** 318.010.22/03 d 12.03 300

# **Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung**

Bericht des Netzwerks Ökonomie des Bundesamts für  
Sozialversicherung (BSV)

Bruno Fuhrer

Olivier Brunner-Patthey

Anna Jost

Till Bandi

Peter Eberhard

Oktober 2003

## Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Allenfalls ein alter Gotthelf-Film in schwarz und weiss gewährt uns noch einen Blick auf die Idylle von gestern: Wenn die harte Arbeit für den Ätti und das Grosi zu schwer werden, räumen sie das Bauernhaus für die nächste Generation. Und ziehen mit den Gebresten eines harten Lebens in Haus und Hof nebenan ins Stöckli. – im Wissen, bis ins hohe Alter versorgt und gepflegt zu werden.

Die farbige Welt der Moderne sieht anders aus. Zwar fühlen sich die Betagten dank den Fortschritten am Arbeitsplatz oder bei der Ernährung immer besser – fast drei Viertel der unter 80-jährigen Pensionierten bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut. Wenn der Pflegefall dann aber doch eintritt, ist die Familie kaum mehr zur Stelle. Viele Töchter und Söhne arbeiten auswärts – oder sie wollen und können die Betreuung ihrer Eltern nicht übernehmen. Damit ist die Pflege der Betagten zur Aufgabe der ganzen Gesellschaft geworden. Mit den entsprechenden Ausgaben für die Betroffenen, die Steuerzahler und die Sozialwerke: Rund 6 Milliarden Franken kostete die Heim- und Spitex-Pflege im Jahr 2000.

Der hier vorliegende Bericht „Pflegefiananzierung und Pflegebedarf“ zeigt erstmals, auf welche Pflegekosten wir uns bis ins Jahr 2040 mit der Zunahme alter Menschen gefasst machen müssen: Fast 11 Milliarden Franken pro Jahr. Es braucht mehr Geld, mehr Personal und mehr Pflegeplätze.

Bereits hat die Politik auf diese Aussicht reagiert. In den eidgenössischen Räten ist im Rahmen der zweiten KVG-Revision die Frage aufgetaucht, wie weit die obligatorische Krankenpflegeversicherung in Zukunft noch für die Kosten der Pflege aufkommen soll und kann. Experten sagen voraus\*, dass die Prämien allein aufgrund der demographischen Entwicklung während drei Jahrzehnten jedes Jahr um ein halbes Prozent steigen werden. Vor diesem Hintergrund ist in der Tat prüfenswert, die „Langzeitpflege“ von der „Krankheitspflege“ konzeptionell zu trennen und allenfalls anders zu finanzieren.

Hinzu kommt, dass die vielen in den Pflegesektor abgezweigten Franken auch ihr Ziel erreichen müssen. Und hier gibt es noch einiges zu tun. Eine Studie aus dem Jahr 2001 zur Effizienz in den Pflegeheimen\*\* kommt zum Schluss, dass rund die Hälfte der Betriebe in der Schweiz nicht die optimale Grösse von 70 bis 80 Plätzen haben. Sie sind entweder zu klein (hohe Fixkosten) oder zu gross (weniger menschliche Kontakte und damit weniger wirksame Pflege). Und bei der Kosteneffizienz der einzelnen Pflegeheime spricht der Bericht von einem „signifikanten Ersparnispotential“.

Der Ruf nach Effizienz ist wichtig und richtig. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass sich die pflegebedürftigen Männer und Frauen wünschen, die gleiche persönliche und fürsorgliche Betreuung zu erhalten wie einst die alten Bauersleute im Stöckli.

Fritz Britt, Leiter des Geschäftsfeldes Krankheit und Unfall

---

\* Abrahamsen Y., B. Schips (2002)

\*\* Crivelli L., M. Filippini, D. Lunati (2001)

## **Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales**

Hier, c'était peut-être l'âge d'or qu'évoquent les photos couleur sépia. On y voit un couple de paysans au seuil de la vieillesse. Ils quittent la ferme reprise par les enfants et se retirent dans le Stöckli où ils vivront jusqu'à leur mort, entourés des soins de leurs enfants.

Les couleurs du monde actuel sont plus crues que celles des images d'Epinal. Bien sûr, l'état de santé des personnes très âgées ne cesse de s'améliorer grâce notamment aux progrès de la sécurité sur le lieu de travail et à une alimentation de qualité : presque trois rentiers de moins de 80 ans sur quatre qualifient leur état de santé de bon, voire excellent. Mais lorsqu'une personne devient finalement dépendante de soins, la différence avec hier, c'est que la famille ne répond plus guère présent. Nombre de fils et de filles se sont éloignés pour des motifs professionnels, ou alors ils ne peuvent ou ne veulent pas se charger de leurs parents. Il s'ensuit que la responsabilité des soins à donner aux aînés est aujourd'hui une tâche qui incombe à la société toute entière. Et cette tâche a un coût assumé par les personnes concernées, par les contribuables et par les assurances sociales : en 2000, le coût des soins en EMS et à domicile s'est élevé à quelque 6 milliards de francs.

Le présent rapport chiffre pour la première fois les coûts auxquels le vieillissement de la population nous contraindra à faire face jusqu'en 2040, soit presque 11 milliards de francs par an. Il faut plus d'argent, de personnel et de places dans les établissements de soins.

Le monde de la politique a déjà réagi à cette éventualité. A l'occasion des débats sur la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, les Chambres ont abordé la question du financement des soins de longue durée, se demandant s'il était adéquat qu'ils continuent à être assumés par l'assurance obligatoire des soins. Des experts\* prédisent que l'évolution démographique à elle seule occasionnera durant trois décennies une hausse des primes d'un demi-pourcent par an. Face à cette perspective, il vaut la peine d'examiner s'il est possible de distinguer entre soins pour maladie et soins de longue durée et, le cas échéant, de prévoir un autre mode de financement.

A cela s'ajoute que l'argent investi dans le secteur des soins doit atteindre sa cible. Or, dans ce domaine, on peut encore progresser. Une étude datant de 2001 sur l'efficacité dans les établissements médico-sociaux (EMS)\*\* conclut que la moitié de ces établissements n'ont pas en Suisse la taille optimale de 70 à 80 places. Trop petits, ils affichent des coûts fixes trop importants ; trop grands, ils pèchent par absence de contact humain et donc par des soins moins performants. S'agissant de l'efficacité des ressources investies dans chaque EMS, le rapport parle d' « un important potentiel d'économies ».

L'efficacité est certes importante et nécessaire. Mais l'appeler de ses vœux ne doit pas nous faire oublier que les hommes et les femmes qui sont tributaires de soins aimeraient être traités avec une bienveillance aussi chaleureuse que celle suggérée par les photos couleur sépia.

Fritz Britt, chef du domaine Maladie et Accident

---

\* Abrahamsen Y., B. Schips (2002)

\*\* Crivelli L., M. Filippini, D. Lunati (2001)

## **Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

Ormai non restano che vecchie pellicole in bianco e nero a ricordarci l'idillio agreste che fu: vinti dall'età e dagli acciacchi della dura vita contadina, i nonni passavano le consegne alla generazione successiva, sicuri che sarebbero stati accuditi e curati fino alla fine dei loro giorni.

Il film a colori della realtà moderna è molto diverso. Grazie al netto miglioramento delle condizioni di lavoro e dell'alimentazione gli anziani si sentono sempre meglio e quasi tre quarti dei pensionati al disotto degli ottant'anni definiscono il proprio stato di salute da buono a ottimo. In caso di bisogno però la famiglia latita. I figli spesso lavorano altrove o non possono né vogliono accudire i genitori. La cura degli anziani è stata demandata alla società con i relativi costi: nel 2000 case di cura e servizi spitex sono costati ad interessati, contribuenti e assicurazioni sociali circa 6 miliardi di franchi.

Il presente rapporto è il primo studio che ci dà un quadro dei costi cui il settore delle cure dovrà presumibilmente far fronte da oggi al 2040 visto l'aumento del numero di anziani. Saranno necessari quasi 11 miliardi di franchi all'anno. Servono più soldi, più personale e più posti nelle case di cura.

Il mondo politico ha già reagito. Nel quadro della seconda revisione LAMal il Parlamento si è chiesto in che misura l'assicurazione obbligatoria dovrà e potrà ancora coprire in futuro i costi delle cure medico-sanitarie. Esperti\* prevedono che nel prossimo trentennio l'evoluzione demografica provocherà di per sé un aumento di mezzo punto percentuale all'anno dei premi delle casse malati. Viste queste premesse la scissione delle cure in due categorie distinte („cure di lunga durata“ e „cure in caso di malattia“), eventualmente separate anche nel finanziamento, è una possibilità da prendere seriamente in considerazione.

Inoltre le ingenti somme destinate al settore delle cure devono essere impiegate in maniera appropriata e raggiungere il loro scopo. E qui c'è ancora molto da fare. Secondo uno studio sull'efficienza delle case di cura pubblicato\*\* nel 2001 le dimensioni di circa la metà degli istituti svizzeri non sarebbero quelle ottimali (70-80 posti). Questi istituti sarebbero o troppo piccoli (costi fissi elevati) o troppo grandi (contatti umani meno intensi e di conseguenza minore efficacia delle cure). Quanto all'efficienza della gestione dei costi delle singole case di cura il rapporto parla di „significativo potenziale di risparmio“.

Una maggiore efficienza è senza dubbio auspicabile. Tuttavia i nostri anziani hanno il comprensibile desiderio di essere assistiti con la stessa premura e attenzione rivolte un tempo ai loro nonni contadini. Anche questo non va dimenticato.

Fritz Britt, capo Ambito Malattia e infortunio

---

\* Abrahamsen Y., B. Schips (2002)

\*\* Crivelli L., M. Filippini, D. Lunati (2001)

## Foreword by the Swiss Office of Social Insurance

Nowadays it takes one of those old Swiss black and white films, based on a homely story by Swiss author Jeremias Gotthelf, to afford us a look at the idyll of yesteryear. When work became too hard for Grandma and Grandpa, they moved out of their farmhouse to make way for the next generation. Crippled from a lifetime of hard toil, they set up home in the “Stöckli” (granny flat), safe in the knowledge that they would be well looked after in their golden years.

The complex world of today looks quite different. In fact, the elderly are feeling ever better thanks to improved working conditions and nutrition; almost three quarters of pensioners under 80 describe their health as good to very good. When they do need care, the family no longer steps in. Many children work outside the home, or they do not want or cannot become carers for their parents. This is why caring for the elderly has become a job for society as a whole. The elderly themselves, taxpayers and the welfare state paid out approximately CHF 6 billion on care for the elderly in nursing homes and through Spitex (home help service).

For the first time, the present study “Pflegetfinanzierung und Pflegebedarf” (Care: Demand and Funding) sets out the anticipated costs of care as a result of the growing elderly population up to the year 2040: almost CHF 11 billion per year. More money, more staff and more places in nursing homes are needed.

The political world has already reacted to this prospect. During the second revision of the Federal Law on Sickness Insurance (KVG/LaMal), the question was brought up in the federal parliament as to what extent the statutory health care insurance system should and could cover the costs of care in the future. Based on demographic trends of the last thirty years alone, experts forecast that premiums would have to rise each year by a half percent\*. Therefore, it may be worth examining whether “long-term care” and “health care” should be treated separately and funded differently.

Furthermore, the substantial sums of money earmarked for care must be used precisely for this purpose. A great deal of work remains to be done in this respect. A study from 2001 on efficiency in nursing homes\*\* concludes that around half of such establishments in Switzerland do not meet the optimal size of 70 to 80 places. They are either too small (high fixed costs) or too large (too little human contact and thus less effective care). In relation to the cost effectiveness of individual nursing homes, the report states that there is a “significant savings potential”.

The call for greater efficiency is important and correct. However, it should not be forgotten that men and women who require care wish to receive the same personal care and attention as yesteryear’s retired farmers once received in the “Stöckli”.

Fritz Britt, Head of the Sickness and Accident Section

---

\* Abrahamsen Y., B. Schips (2002)

\*\* Crivelli L., M. Filippini, D. Lunati (2001)

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	I
Verzeichnis der Tabellen .....	III
Verzeichnis der Abbildungen .....	V
Zusammenfassung .....	VI
Résumé.....	VIII
Riassunto.....	X
Summary.....	XII
<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
1.1    AUSGANGSLAGE .....	1
1.2    ZIEL DES BERICHTES .....	1
1.3    BEGRIFFE UND METHODIK .....	2
1.3.1    Begriff der Pflege .....	2
1.3.2    Datengrundlagen und methodische Aspekte .....	2
<b>2 ANALYSE DES IST-ZUSTANDES.....</b>	<b>3</b>
2.1    FINANZIERUNG DER PFLEGE AUS SICHT DER DIREKTZAHLER.....	3
2.2    FINANZIERUNG DER PFLEGE AUS DER SICHT DER SOZIALVERSICHERUNGEN.....	4
2.3    KOSTENENTWICKLUNG DER PFLEGE IN DER VERGANGENHEIT.....	8
<b>3 PROJEKTION DES ZUKÜNFTIGEN PFLEGE- UND FINANZIERUNGSBEDARFS .....</b>	<b>13</b>
3.1    EINFLUSSFAKTOREN DER PFLEGEKOSTENENTWICKLUNG.....	13
3.2    ENTWICKLUNG DER PFLEGEKOSTEN AUFGRUND DER DEMOGRAFISCHEN ENTWICKLUNG.....	14
3.2.1    Berücksichtigung anderer Demografieszenarien.....	15
3.2.2    Vergleich mit Resultaten aus anderen Studien.....	16
3.3    MÖGLICHER TREND FÜR DIE NICHT DEMOGRAFIEBEDINGTE KOSTENENTWICKLUNG .....	17
3.4    PFLEGEKOSTENENTWICKLUNG AUFGRUND DEMOGRAFIE UND DER ANDEREN FAKTOREN .....	18
3.5    DIE PFLEGEKOSTEN IN MWST-PROZENTPUNKTEN.....	19
3.5.1    Finanzieller Mehrbedarf der Sozialversicherungen.....	19
3.5.2    Finanzieller Mehrbedarf der Pflege in MWST-Prozentpunkten .....	20
<b>4 WIRTSCHAFTSWACHSTUM UND PFLEGEFINANZIERUNG .....</b>	<b>23</b>
<b>5 ZUKÜNFTIGER PFLEGEBEDARF UND MÖGLICHE KONSEQUENZEN.....</b>	<b>25</b>
5.1    ZUSÄTZLICHER PERSONALBEDARF FÜR DIE HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE (SPITEX).....	25

5.2	ENTWICKLUNG DES LANGFRISTIGEN PFLEGEBEDARFES IM PFLEGEHEIM UND MÖGLICHE KONSEQUENZEN .....	26
<b>6</b>	<b>INTERNATIONALE VERGLEICHE .....</b>	<b>28</b>
6.1	EUROPÄISCHE UNION.....	28
6.2	OECD.....	30
<b>7</b>	<b>NEUER FINANZAUSGLEICH (NFA).....</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>SCHLUSSBEMERKUNGEN.....</b>	<b>34</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>35</b>
	<b>ANHANG : TABELLEN .....</b>	<b>37</b>

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 2.1:	Finanzierung der Pflege nach Direktzahler im Jahre 2000.....	4
Tabelle 2.2:	Finanzierung der Pflege im Jahr 2000 aus Sicht der Sozialversicherungen.....	5
Tabelle 2.3:	Finanzierung der Pflege im Jahr 2000 aus der Sicht der Finanzierungslastträger .....	8
Tabelle 2.4:	Entwicklung der Pflegekosten nach Direktzahler 1995 – 2000, in Millionen Franken.....	10
Tabelle 2.5:	Entwicklung der Pflegekosten nach Direktzahler 1995 – 2000, in % der Gesamtkosten.....	11
Tabelle 2.6:	Kosten und Mengenentwicklung 1997 - 2000.....	12
Tabelle 3.1:	Demografiebedingte Entwicklung der Pflegekosten, in Mio. Fr. (Bevölkerungsszenario Trend).....	15
Tabelle 3.2:	Auswirkung verschiedener Bevölkerungsszenarien auf die Pflegekosten im Jahre 2040.....	16
Tabelle 3.3:	Trendfortschreibung der nicht-demografiebedingten Faktoren.....	18
Tabelle 3.4:	Schätzung der Entwicklung der Pflegekosten insgesamt bis 2040, in Mio. Fr.....	18
Tabelle 3.5:	Finanzierungsbedarf und finanzieller Mehrbedarf der Sozial-versicherungen in Milliarden Franken, zu Preisen von 2002 .....	19
Tabelle 3.6:	Finanzierungsbedarf und finanzieller Mehrbedarf der Sozialversicherungen in MWST-Prozentpunkten.....	20
Tabelle 3.7:	Finanzierungsbedarf und finanzieller Mehrbedarf für die Pflege in MWST-Prozentpunkten .....	21
Tabelle 5.1:	Demografische Auswirkungen auf die Anzahl Stellen in Vollzeitäquivalenten bei der Spitex, prozentualer Anstieg im Vergleich zum Jahr 2000 .....	25
Tabelle 5.2:	Schätzung der Anzahl Pflegebedürftigen in Heimen Demografiebedingte Extrapolation .....	26
Tabelle 5.3:	Schätzung des Bedarfs an Pflegepersonal in Heimen Demografiebedingte Extrapolation .....	27
Tabelle 6.1:	Anstieg des BIP-Anteils für die öffentlichen Ausgaben der Langzeitpflege in den Jahren 2000 bis 2020 und 2000 bis 2040 in verschiedenen EU-Ländern.....	30
Tabelle A1:	Finanzierung der Pflege nach Direktzahler 1995 - 2000, in Mio. Franken .....	38
Tabelle A2:	Finanzierung der Pflege im Jahre 2000 aus Sicht der Sozialversicherungen.....	39
Tabelle A3:	Finanzierung der Pflege im Jahre 2000 aus Sicht der Finanzierungslastträger .....	40
Tabelle A4.1:	Faktoren zur Extrapolation von Leistungen gemäss der demografischen Entwicklung Szenario A „Trend“ .....	41

Tabelle A4.2:	Faktoren zur Extrapolation von Leistungen gemäss der demografischen Entwicklung Szenario D „verstärkte Alterung“ .....	42
Tabelle A4.3:	Faktoren zur Extrapolation von Leistungen gemäss der demografischen Entwicklung Szenario E „abgeschwächte Alterung“ .....	43
Tabelle A5.1:	Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken) Pflege zu Hause und im Heim, Frauen und Männer .....	44
Tabelle A5.2:	Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken) Pflege zu Hause, Frauen .....	45
Tabelle A5.3:	Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken) Pflege im Heim, Frauen .....	46
Tabelle A5.4:	Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken) Pflege zu Hause, Männer .....	47
Tabelle A5.5:	Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken) Pflege im Heim, Männer.....	48
Tabelle A6.1:	Demografiebedingte Entwicklung der Pflegekosten, Sicht Sozialversicherung Bevölkerungsszenario A (Trend) .....	49
Tabelle A6.2:	Demografiebedingte Entwicklung der Pflegekosten, Sicht Sozialversicherung Bevölkerungsszenario D (Verstärkte Alterung) .....	50
Tabelle A6.3:	Demografiebedingte Entwicklung der Pflegekosten, Sicht Sozialversicherung Bevölkerungsszenario E (Abgeschwächte Alterung).....	51
Tabelle A7:	Analyse der Kostenentwicklung im Pflegebereich 1995 – 2000 und Ableitung eines Trends .....	52
Tabelle A8:	Faktoren zur Retropolation von Leistungen gemäss der demografischen Entwicklung.....	53

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 2.1: Finanzierung der Pflege heute .....	3
Abbildung 2.2: Finanzierung der Pflege insgesamt im Jahre 2000 .....	6
Abbildung 2.3: Finanzierung der Pflegeheime im Jahr 2000 .....	6
Abbildung 2.4: Finanzierung der Pflege zu Hause im Jahr 2000 .....	7
Abbildung 2.5: Indexierte Entwicklung von Gesundheitskosten, Demographie und makroökonomischen Grössen .....	9
Abbildung 3.1: Schematische Übersicht über wichtige Einflussfaktoren der zukünftigen Pflegekostenentwicklung .....	13
Abbildung 3.1: Geschätzte Kostenzunahme bis 2020, in MWST-Prozenten .....	22
Abbildung 6.1: Schätzungen der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege in Prozenten des BIP in den Jahren 2000, 2020 und 2040 in verschiedenen europäischen Ländern.....	29
Abbildung 6.2: Öffentliche Ausgaben im Jahr 2020 für die Langzeitpflege in Prozenten des BIP gemäss einer statischen und einer dynamischen Schätzung für verschiedene Länder der OECD .....	31

## Zusammenfassung

### Ist-Zustand

Die Gesamtkosten des Pflegesektors<sup>1</sup> inkl. Infrastruktur betragen im Jahre 2000 rund 6 Milliarden Franken (5,2 Mrd. in Pflegeheimen, 0,9 Mrd. für Spitex), was 1,5% des BIP entspricht. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass seit 1995 die Kosten real um 3,6 % (nominal um 4,4%) pro Jahr zugenommen haben, wobei diese Entwicklung deutlich über derjenigen der volkswirtschaftlichen Indikatoren (Löhne, BIP) und auch über derjenigen der gesamten Gesundheitskosten liegt.

Beinahe die Hälfte der Pflegekosten wird durch die Sozialversicherungen finanziert, insbesondere durch die Krankenversicherung, die Ergänzungsleistungen und die Hilflosenentschädigungen zur AHV. Ein weiterer grosser Teil der Kosten (42%) wird durch die Haushalte selber finanziert, wobei dies vorwiegend die Aufenthaltskosten in den Pflegeheimen betrifft. Da über die Hälfte der Leistungen über Kopfprämien, Lohnbeiträge oder Steuern finanziert wird, bestehen Umverteilungselemente zu Gunsten der Pflegebedürftigen.

### Schätzung der langfristigen Kostenentwicklung und des Finanzierungsbedarfes

Die demografische Alterung wird als ein zentraler Bestimmungsfaktor der zukünftigen Kostenentwicklung angesehen. Die Modellrechnung ergibt, dass allein durch die demografiebedingte Entwicklung die Kosten für die Pflege bis zum Jahr 2020 um 31% und bis 2040 um 77% zunehmen werden. Dies entspricht einer realen jährlichen Zunahme von 1,4%. Diese Schätzung der demografiebedingten Entwicklung geht von konstanten Pro-Kopf-Kosten pro Altersgruppe aus. Durch die Zunahme der Anzahl Personen in den höheren Altersgruppen steigen die Gesamtkosten für die Pflege. Neben der Demografie gibt es aber noch andere Einflussfaktoren wie die Zunahme des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit, der medizinische Fortschritt, das Angebot an Leistungen oder das Ausmass der unentgeltlichen Pflegeleistungen. Aus diesem Grund wurde auch eine einfache Schätzung für die nicht-demografiebedingten Faktoren (mittels Trendfortschreibung der Entwicklung 1995-2000) erstellt. Um den Effekt des Wirtschaftswachstums indirekt zu berücksichtigen, wird der geschätzte Finanzierungsbedarf letztlich via Mehrwertsteuer (MWST-Prozente) ausgedrückt:

- für die rein demografisch bedingten Mehrkosten sind bis ins Jahr 2020 0,7 MWST-Prozente zusätzlich nötig. Dies entspricht einer Zunahme von 31%.
- unter Berücksichtigung der anderen, nicht-demografischen Faktoren entsprechen im Jahr 2020 die geschätzten gesamten Pflegekosten etwa 3,2 MWST-Prozenten. Das bedeutet, dass gegenüber dem Jahr 2000 ein zusätzliches MWST-Prozent notwendig wäre. Prozentual gesehen steigt der Bedarf insgesamt in MWST-Prozenten um rund 46%.

### Schlussfolgerungen

Obwohl die vorliegende Schätzung statischer Natur ist und deshalb mögliche Veränderungen im Bereich der Pflegebedürftigkeit oder des medizinischen Fortschritts nicht berücksichtigen kann, wird aufgrund der Grössenordnungen der Schätzungen deutlich, dass die

---

1 Unter Pflege wird hier die Alters- und Krankenpflege verstanden, die in Institutionen für Betagte und Chronischkranke und zu Hause (Spitex-Dienste) erfolgt. Ausgeschlossen sind die Akutpflege in den Spitälern sowie die Pflege von Behinderten in Institutionen.

Demografie ein wichtiger Bestimmungsfaktor der zukünftigen Kostenentwicklung im Pflegebereich ist, insbesondere bei der Alterspflege. Zudem hat der Blick in die Vergangenheit gezeigt, dass andere Einflussfaktoren für die Bestimmung der Entwicklungsdynamik ebenfalls von massgeblicher Bedeutung sind. Der zu erwartende zusätzliche Pflegebedarf ist in irgendeiner Form zu finanzieren. Offen bleibt aber, über welche Quelle (Sozialversicherungen, Steuern, Haushalte u.a.) und/oder welche Massnahmen; dafür braucht es Diskussionen und Anstrengungen auf politischer Ebene.

## Résumé

### Etat des lieux

L'ensemble des coûts du secteur des soins<sup>2</sup>, infrastructures y compris, s'est élevé en 2000 à env. 6 milliards de francs (5,2 milliards dans les établissements médico-sociaux (EMS), 0,9 milliard pour les prestations Spitex), soit 1,5 % du PIB. Un coup d'œil en arrière nous apprend que depuis 1995, les coûts ont connu une hausse de 3,6 % en termes réels (4,4 % en valeur nominale). Cette évolution est nettement supérieure à celle des indicateurs économiques (salaires, PIB) comme à celle de l'ensemble des coûts de la santé.

Les assurances sociales, en particulier l'assurance-maladie, les prestations complémentaires et les allocations pour impotent de l'AVS, couvrent presque la moitié des coûts occasionnés par les soins. Une autre part importante de ces coûts (42 %) est financée par les ménages eux-mêmes ; cette part représente surtout les frais de séjour dans les EMS. Etant donné que les prestations sont financées pour plus de la moitié par les primes individuelles, les cotisations salariales ou les impôts, des éléments de redistribution existent au profit des personnes tributaires de soins.

### Progression estimée des coûts et des besoins financiers à long terme

Le vieillissement démographique passe généralement pour un facteur déterminant dans l'évolution des coûts. Selon la modélisation, la seule évolution liée à la démographie fera augmenter les coûts des soins de 31 % jusqu'en 2020 et de 77 % jusqu'en 2040, ce qui correspond à une hausse réelle annuelle de 1,4 %. Cette estimation se base sur des coûts constants par tête et par groupe d'âge. Le nombre croissant de personnes dans les groupes d'âge plus avancé génère une augmentation des coûts globaux des soins. Mais d'autres facteurs indépendants de la démographie interviennent aussi, comme l'aggravation du degré de dépendance, les progrès de la médecine, l'offre de prestations et l'ampleur des prestations de soins bénévoles. C'est pourquoi ces facteurs non démographiques ont aussi été évalués (par une extrapolation de la tendance 1995-2000). Pour tenir compte de manière indirecte de l'effet induit par la croissance économique, le besoin estimé de financement a été enfin exprimé au moyen de la taxe sur la valeur ajoutée (pourcent de TVA) :

- Les surcoûts jusqu'en 2020 liés uniquement à la démographie nécessitent une hausse de 0,7 points de TVA. Cela équivaut à une hausse de 31 %.
- Si l'on prend en compte les autres facteurs, non démographiques, les coûts globaux estimés des soins correspondent à environ 3,2 points de TVA jusqu'en 2020. En d'autres termes, un point de TVA supplémentaire serait nécessaire par rapport à l'année 2000. En pourcentage, le besoin total en points de TVA augmente de 46 % environ.

### Conclusions

Bien que la présente estimation soit statique et ne prenne pas en considération des éventuels changements en matière de besoins de soins ou de progrès de la médecine, les ordres de grandeur donnés soulignent que la démographie constitue un facteur clé dans l'évolution future des coûts dans le domaine des soins, notamment ceux destinés aux personnes âgées.

---

2 Par soins, on entend ici les soins dispensés aux personnes âgées et aux malades d'une part dans les établissements pour personnes âgées et malades chroniques et d'autre part à domicile (prestations Spitex). Sont exclus les soins aigus en milieu hospitalier, ainsi que les soins en institution pour personnes handicapées.

En outre, un regard sur le passé a révélé que d'autres facteurs interviennent aussi pour déterminer la dynamique de l'évolution. Le besoin supplémentaire de soins auquel il faut s'attendre doit être financé sous une forme ou sous une autre. Reste ouverte la question des sources de financement (notamment assurances sociales, impôts, ménages). Pour y répondre, des discussions et des efforts s'imposent sur le plan politique.

## Riassunto

### Situazione attuale

Nel 2000 i costi complessivi, compresa l'infrastruttura, del settore delle cure<sup>3</sup> sono stati di circa 6 miliardi di franchi (5,2 miliardi per le case di cura, 0,9 per i servizi spitex), cioè l'1,5% del PIL. Dal 1995 è stato registrato un aumento annuo dei costi reali e nominali (3.6 rispettivamente 4.4%) nettamente superiore non solo a quello degli indicatori economici (salari, PIL), ma anche a quello dei costi complessivi della sanità.

I costi delle cure sono coperti per quasi la metà dalle assicurazioni sociali (e più precisamente dall'assicurazione malattie, dalle prestazioni complementari e dagli assegni per grandi invalidi dell'AVS). Il 42%, rappresentato in gran parte dai costi di soggiorno nelle case di cura, è a carico delle economie domestiche. Più della metà delle prestazioni è finanziata mediante premi pro capite, deduzioni salariali o imposte: non mancano dunque gli elementi di ripartizione a favore di chi ha bisogno di cure.

### Stima dell'evoluzione dei costi e del fabbisogno finanziario a lungo termine

L'invecchiamento della popolazione è considerato un fattore di fondamentale importanza per la futura evoluzione dei costi. Secondo il modello di calcolo applicato la sola evoluzione demografica comporterà un aumento dei costi per le cure che raggiungerà il 31% nel 2020 ed il 77% nel 2040 (crescita reale annua: 1,4%). Nel modello i costi pro capite relativi alle singole categorie d'età sono considerati costanti. L'aumento numerico delle persone in età più avanzata implica quindi la crescita dei costi complessivi delle cure. Oltre all'evoluzione demografica vi sono però altri fattori d'incidenza, p. es. l'aumento dell'intensità dell'assistenza necessaria, il progresso della scienza medica, l'offerta di prestazioni o la diffusione delle cure gratuite. Per questo motivo è stata eseguita anche una stima approssimativa della presumibile evoluzione dei fattori indipendenti dallo sviluppo demografico (mediante proiezione delle tendenze registrate tra il 1995 e il 2000). In entrambe le stime, allo scopo di tener indirettamente conto degli effetti della crescita economica, il fabbisogno finanziario è stato espresso in punti percentuali IVA:

- Per coprire fino al 2020 i costi supplementari riconducibili unicamente a fattori demografici sarà necessario l'equivalente di 0,7 punti percentuali IVA, che corrisponde ad una crescita del fabbisogno pari al 31%.
- Considerando anche i fattori indipendenti dall'evoluzione demografica i costi complessivi del settore delle cure stimati per il 2020 corrispondono a circa 3,2 punti percentuali IVA. Questo significa che rispetto al 2000 sarebbe necessario un punto percentuale IVA in più. Il fabbisogno complessivo espresso in punti percentuali IVA aumenta dunque del 46% circa.

### Conclusioni

Benché la presente stima sia basata su modelli statici e non possa quindi tener conto di possibili cambiamenti del bisogno di cure o del progresso della scienza medica, l'ordine di grandezza delle cifre previste indica tuttavia chiaramente che l'evoluzione demografica avrà

---

3 Per cure si intendono qui le cure dispensate agli anziani e ai malati negli istituti per anziani o malati cronici e a domicilio (servizi spitex). Non si fa invece riferimento alle cure acute prestate negli ospedali o negli istituti per invalidi.

un'incidenza importante sull'evoluzione dei costi del settore delle cure, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza agli anziani. Il tuffo nel passato ha inoltre mostrato che la dinamica evolutiva dipende in notevole misura anche da altri fattori. Il prevedibile aumento del fabbisogno dovrà in ogni modo essere finanziato. Da quali fonti (assicurazioni sociali, imposte, economie domestiche o altro) e/o con quali provvedimenti, è ancora tutto da vedere. Allo scopo saranno necessari impegnativi dibattiti a livello politico.

## Summary

### Current situation

The total cost of care<sup>4</sup> in Switzerland for 2000, including infrastructures, was approximately CHF 6 billion (CHF 5.2 billion for nursing homes and CHF 0.9 billion for Spitex services), which represents 1.5% of GDP. Since 1995 the costs have increased in real terms by approx. 3.6% (nominally around 4.4%) per year, which is significantly higher than the growth in indicators (wages, GDP) and in total health costs.

Almost half of these costs are financed through the social insurance system, in particular through sickness insurance, the supplementary benefits und helplessness allowances of the AHV/AVS. Another large share of these costs (42%) – predominantly the cost of residency in nursing homes - is covered by households themselves. Since over half of such services are funded by individual premiums, statutory contributions or taxes, there is a redistribution effect to the benefit of those in need of care.

### Estimation of long-term trends in costs and funding requirements

Demographic ageing is generally considered a determining factor in the future evolution of costs. According to model-based forecasts, demographic changes alone will increase the costs of care by 31% by 2020, and by 77% by 2040, which corresponds to a real annual increase of 1.4%. This forecast is based on a constant per capita cost per age group. The increase in the number of persons in the higher age groups generates a rise in the total costs of care. Other factors may also influence a cost increase, such as a rise in the number of persons requiring care, medical advances, the range of services on offer or the extent of free care provision. Therefore, a simple estimation of non-demographic factors was made (extrapolating from trends during the 1995-2000 period). To take indirect account of the effect of economic growth, the estimated funding requirements are expressed in terms of increases in Valued Added Tax that would be required for their coverage:

- In relation to purely demographic additional costs, a rise in the VAT rate of 0.7 percent would be necessary. This corresponds to a 31% increase.
- When the other non-demographic factors are taken into account, around 3.2 percent in VAT would be needed to cover the estimated total costs of care in 2020. In other words, compared to 2000, VAT would need to rise by 1 percent. This corresponds to a 46% increase.

### Conclusions

- Although the present forecast is static and therefore does not take account of possible changes in the demand for care or medical advances, the magnitudes found here highlight the fact that demography is an important determinant of future cost trends, in particular with respect to elderly care. Furthermore, an extrapolation of past trends shows that there are also other significant factors. An increase in the need for care is to be expected and must be funded in one form or another. However, it remains unclear from what sources (social insurance, taxes, households etc) and/or to what extent these

---

4 Care is understood here as care for the elderly and the sick, which is given in establishments or through home help services (Spitex) that treat the elderly and the chronically ill. It does not cover acute care in hospitals or care received by the disabled in institutions.

additional funding requirements can be met. It is crucial that this issue be discussed urgently and constructively by the policymakers concerned.

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Immer wieder im Zentrum von Diskussionen steht die demografische Entwicklung und deren Einfluss auf die Gesundheitskosten im Allgemeinen und die Pflege im Speziellen. Es wird befürchtet, die demografische Alterung könnte zu einer verstärkten Nachfrage nach Pflegeleistungen führen und damit das Angebot derselben sowie die Finanzierungsträger – vorab die Sozialversicherungen sowie die betroffenen Haushalte - zusätzlich belasten.

Im Zusammenhang mit der Abschreibung einer Parlamentarischen Initiative von alt Nationalrat Rychen wurde der Bundesrat am 24. März 2000 beauftragt, innerhalb eines Jahres ein Konzept zur Finanzierung des Pflegebereichs zu erarbeiten. Ein solches Konzept sollte als Ausgangspunkt die Aufgaben von Krankenversicherung, Kantonen und Gemeinden voneinander abgrenzen und darauf abgestützt die Finanzierungsfrage regeln. Der Bundesrat hielt es für angebracht, dass im Hinblick auf ein derartiges Pflegekonzept die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die im Rahmen der 4. IV-Revision vorgesehene Anpassung der Hilflosenentschädigung in die Betrachtungen einbezogen werden. Ein erster Bericht zu alternativen Möglichkeiten der Pflegefinanzierung liegt vor<sup>5</sup>. Im Hinblick auf die Unterbreitung eines Vorschlags zur Neuregelung der Finanzierung der Langzeitpflege im Rahmen einer bundesrätlichen Botschaft zur dritten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes werden die Finanzierungsalternativen und deren Auswirkungen auf den Finanzhaushalt der Finanzierungspartner sowie auf deren finanzielle Perspektiven geprüft.

## 1.2 Ziel des Berichtes

Wie stark werden die Pflegekosten in Zukunft steigen und wie gross ist der Einfluss der Demografie auf diese Entwicklung? Das BSV-interne Netzwerk Ökonomie<sup>6</sup> wurde beauftragt, einen Bericht zum zukünftigen Pflege- und Finanzierungsbedarf zu erstellen. Der vorliegende Bericht soll gewisse Lücken füllen sowie Grundlagen und Impulse für die Diskussion über die Auswirkungen der demografischen Entwicklung liefern. Konkret wurden für diesen Bericht zwei Aufgaben- und Analysenschwerpunkte definiert:

- Definition und Schätzung eines Ist-Zustandes (Finanzierungsvolumen, Finanzierungsträger)
- Langfristige Prognosen auf Basis des Ist-Zustandes und Aufzeigen möglicher zukünftiger Konsequenzen (Pflegestunden/Pflegepersonal, Pflegebezügler)

---

5 Oggier Willy, Die Pflegefinanzierung in der Schweiz (2002)

6 Das Netzwerk Ökonomie ist eine interne Arbeitsgruppe des Bundesamtes für Sozialversicherung, geleitet von der Fachstelle Ökonomie. Jedes Geschäftsfeld sowie das Kompetenzzentrum Grundlagen sind darin vertreten. Die Aufgabe des Netzwerks besteht darin, gemeinsam die ökonomische Reflexion über die Entwicklung der Sozialen Sicherheit zu fördern.

## 1.3 Begriffe und Methodik

### 1.3.1 Begriff der Pflege

Es existieren verschiedene Definitionen für den Begriff der Pflege, auch in den Sozialversicherungen findet sich keine einheitliche Definition. Zudem dürfte eine möglicherweise saubere theoretische Definition einer mangelhaften Datengrundlage gegenüberstehen. Auf eine Definition wird deshalb verzichtet, und der Begriff wird lediglich in Abhängigkeit der Fragestellungen und Datengrundlagen umschrieben:

Unter Pflege wird hier die Alters- und Krankenpflege verstanden, die in Institutionen für Betagte und Chronischkranke und zu Hause (Spitex-Dienste) erfolgt. Ausgeschlossen sind die Akutpflege in den Spitälern sowie die Pflege von Behinderten in Institutionen.

Da diese Umschreibung vorwiegend Personen betrifft, die über längere Zeit pflegebedürftig sind, kann tendenziell von Langzeitpflege gesprochen werden. In der Spitex trifft dieser Begriff möglicherweise nur beschränkt zu.

### 1.3.2 Datengrundlagen und methodische Aspekte

Nach einer ersten Analyse wurde deutlich, dass die notwendigen Datengrundlagen im Pflegebereich nur sehr mangelhaft zur Verfügung stehen. Deshalb stellen unsere Prognosen lediglich grobe Schätzungen dar. Aus Datensicht wird grundsätzlich auf die Statistik „Kosten des Gesundheitswesens“ (KdG) des Bundesamtes für Statistik (BFS) abgestellt. Einzig diese stellt die Gesamtkosten im Pflegebereich dar und dient deshalb für alle Analysen als Ausgangspunkt. Aus dieser Statistik werden als Leistungserbringer die Institutionen für Betagte und Chronischranke (in der Folge vereinfachenderweise als Pflegeheime bezeichnet) sowie die Spitexdienste berücksichtigt. Soweit als möglich werden neben diesen Kostendaten auch Mengendaten, die aus anderen spezifischen Statistiken teilweise zugänglich sind, berücksichtigt.

Für die Prognose wird auf ein einfaches Extrapolationsmodell<sup>7</sup> zurückgegriffen. Die Analyse erfolgt somit statisch und unter ceteris-paribus-Bedingungen, d.h. strukturelle Änderungen wie Änderungen der Finanzierung oder der Nachfrage nach Pflegeleistungen können nicht berücksichtigt werden.

---

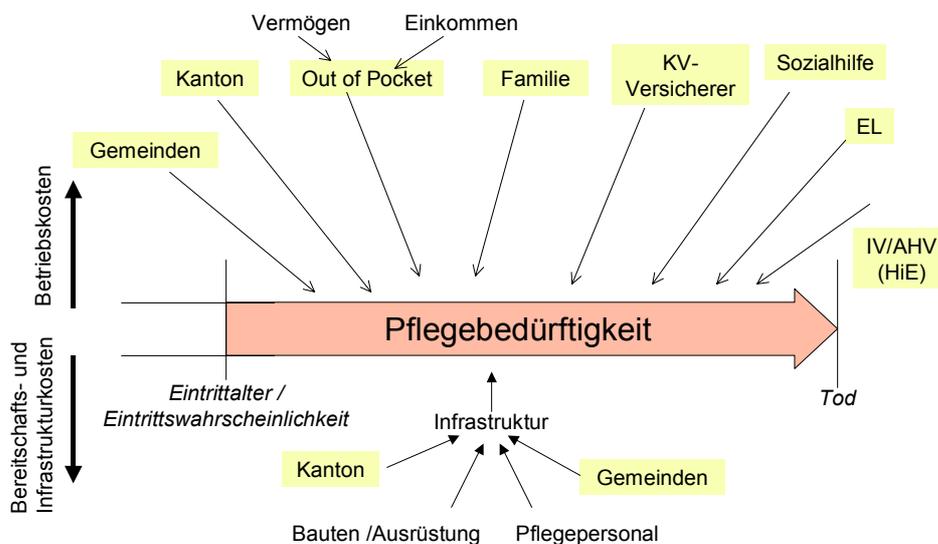
<sup>7</sup> Das Extrapolationsmodell geht von den Pflegekosten in Franken pro Kopf nach Alter und Geschlecht aus (Basisjahr 2000). Für die Schätzung der Gesamtkosten im Jahr 2020 werden diese Kosten mit der Anzahl Personen pro Altergruppe im Jahre 2020 gemäss Bevölkerungsszenario multipliziert.

## 2 Analyse des Ist-Zustandes

### 2.1 Finanzierung der Pflege aus Sicht der Direktzahler

Schematisch kann der Finanzierungs- und Bedarfsfluss der Pflege folgendermassen dargestellt werden:

Abbildung 2.1: Finanzierung der Pflege heute



Quelle : Eigene Darstellung

Ausgangsbasis für die zahlenmässige Ermittlung des Ist-Zustandes ist die BFS-Statistik „Kosten des Gesundheitswesens“. Gemäss dieser belaufen sich im Jahr 2000 die Kosten der Pflegeheime auf 5'195 Millionen Franken und diejenigen der Spitex auf 889 Millionen Franken. Die Gesamtkosten der Pflege betragen also 6,1 Milliarden Franken. Sie umfassen den Gesamtfinanzbedarf (inkl. Infrastruktur) und entsprechen 1,5 % des Bruttoinlandprodukts BIP. Diese Werte erachten wir als die massgebenden aktuellen Gesamtkosten für den Pflegesektor. Sie lassen sich gemäss BFS auf die sogenannten Direktzahler verteilen (siehe Tabelle 2.1, die Daten der Jahre 1995- 1999 befinden sich in der Tabelle A1 im Anhang).

**Tabelle 2.1: Finanzierung der Pflege nach Direktzahler im Jahre 2000**

	Pflegeheime		Spitex		Total	
	Mio CHF	%	Mio CHF	%	Mio CHF	%
Anteil KVG	1'033.2	19.9	215.2	24.2	1'248.4	20.5
Andere Soz.-vers.	1.7	0.0	167.9	18.9	169.6	2.8
Kantone/Gemeinden	253.5	4.9	299.7	33.7	553.2	9.1
Haushalte	3'841.4	73.9	159.0	17.9	4'000.4	65.8
Übrige priv. Finanz.	65.1	1.3	47.4	5.3	112.5	1.8
<b>Total</b>	<b>5'194.8</b>	<b>100.0</b>	<b>889.3</b>	<b>100.0</b>	<b>6'084.1</b>	<b>100.0</b>

Quelle: BFS (2002)

## 2.2 Finanzierung der Pflege aus der Sicht der Sozialversicherungen

Die Direktzahleroptik aus Tabelle 2.1 vermag aus Sicht der Sozialversicherung nicht zu befriedigen, da Transfers der Sozialversicherung an die Haushalte (konkret geht es um die Hilflosenentschädigungen und Ergänzungsleistungen) als Ausgaben der Haushalte gelten und nicht als Ausgaben der Sozialversicherungen. In einem ersten Schritt wurde - unter Beibehaltung der Gesamtkosten - die Finanzierungsoptik der Sozialversicherungen eingenommen, damit sämtliche Beiträge, welche über die Sozialversicherungen fließen, sichtbar werden (Tabelle 2.2). Diese Optik dürfte für die Diskussion von Finanzierungsfragen von zentraler Bedeutung sein. Die Aufschlüsselung der Hilflosenentschädigungen (HE) und Ergänzungsleistungen (EL) auf die AHV und IV konnte mangels Datengrundlagen nur mit Hilfe von Annahmen und Schätzungen erfolgen. Die Problematik bei den HE und EL liegt insbesondere darin, dass diese direkt an die Haushalte ausbezahlt werden und somit deren konkrete Verwendung insbesondere hinsichtlich dem Leistungserbringer nicht bekannt ist.

**Tabelle 2.2: Finanzierung der Pflege im Jahr 2000 aus Sicht der Sozialversicherungen**

	Pflegeheime		Spitex		Total	
	Mio CHF	in %	Mio CHF	in %	Mio CHF	in %
Krankenversicherung, netto (KV)	1'033.2	19.9	215.2	24.2	1'248.4	20.5
AHV: direkte Subventionen	0.0	0.0	157.2	17.7	157.2	2.6
Hilflosenentschädigung AHV (HE AHV)	284.6	5.5	71.1	8.0	355.7	5.8
Ergänzungsleistungen zur AHV (EL AHV)	895.3	17.2	0.0	0.0	895.3	14.7
Hilflosenentschädigung zur IV (HE IV)	0.0	0.0	32.0	3.6	32.0	0.5
Ergänzungsleistungen zur IV (EL IV)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Unfallversicherung	0.0	0.0	10.5	1.2	10.5	0.2
Militärversicherung (MV)	1.7	0.0	0.2	0.0	1.9	0.0
Privatversicherung	0.0	0.0	2.3	0.3	2.3	0.0
Andere private Finanzierung	65.1	1.3	45.1	5.1	110.2	1.8
Kantone/Gemeinden	253.5	4.9	299.7	33.7	553.2	9.1
Sozialhilfe	116.3	2.2	3.8	0.4	120.1	2.0
Haushalte (inkl. Kostenbeteiligung KV)	2'545.1	49.0	52.2	5.9	2'597.3	42.7
<b>Total</b>	<b>5'194.8</b>	<b>100.0</b>	<b>889.3</b>	<b>100.0</b>	<b>6'084.1</b>	<b>100.0</b>
Schätzung der unentgeltlichen Hilfe					1'223.0	

Quellen: BFS (2002), verschiedene BSV-Statistiken sowie eigene Berechnungen (siehe Tabelle A2 im Anhang)

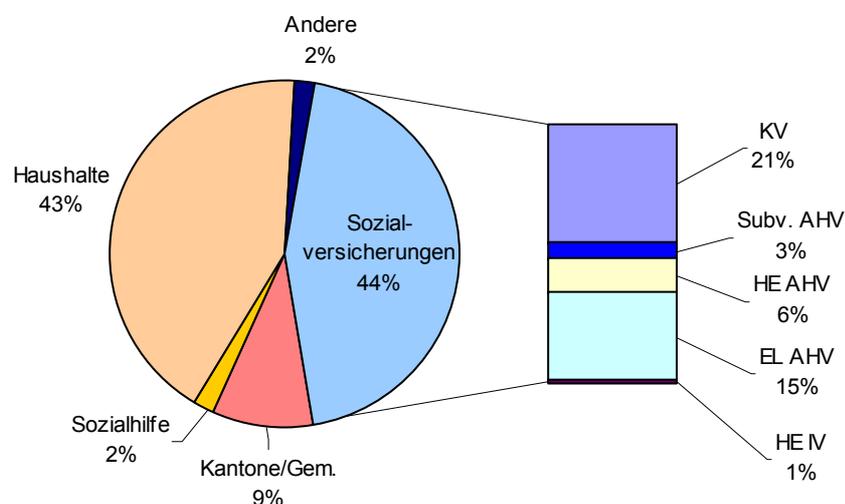
Die Finanzierung der Pflege lässt sich folgendermassen charakterisieren:

- Gesamter Pflegesektor (siehe Abbildung 2.2): Hauptfinanzierungsquellen sind die Haushalte (42.7%), die KV (20.5%), die EL AHV (14.7%), die HE AHV (5.8%) sowie die Kantone/Gemeinden (9.1%). Zusammen finanzieren die Sozialversicherungen rund 44% des Pflegesektors
- Sektor Pflegeheime (siehe Abbildung 2.3): Hauptfinanzierer sind die Haushalte (49%), die KV (19.9%), die EL AHV (17.2%) und die HE AHV (5.5%). Der hohe Anteil der Haushalte im Pflegeheimbereich ist darauf zurückzuführen, dass grundsätzlich die Pflegeheiminsassen die Aufenthaltskosten selber, d.h. aus eigenen Mitteln, zu finanzieren

haben. Erst bei individuellen finanziellen Engpässen kommen EL und Sozialhilfe zum Zuge.

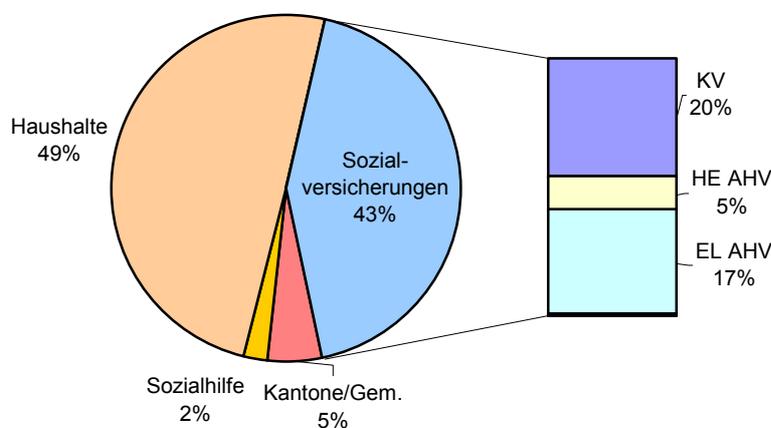
- Sektor Spitex (siehe Abbildung 2.4): Die Hauptfinanzierer sind die KV (24.2%), die AHV mittels direkten Subventionen (17.7%), die HE AHV (8.0%) sowie die Kantone/Gemeinden (33.7%). Im Spitex-Sektor laufen mehr als 50% der Finanzen über die Sozialversicherungen. Die Haushalte sind nur in einem geringen Umfang belastet, was darauf zurückzuführen ist, dass die Spitex ambulanter Natur ist und somit grundsätzlich keine Aufenthaltskosten anfallen. Zudem unterstützt die öffentliche Hand i.d.R. die Spitex-Organisationen. Die Haushalte müssen zum Beispiel den Spitex-Mahlzeiteindienst aus der eigenen Tasche berappen.

**Abbildung 2.2: Finanzierung der Pflege insgesamt im Jahre 2000**

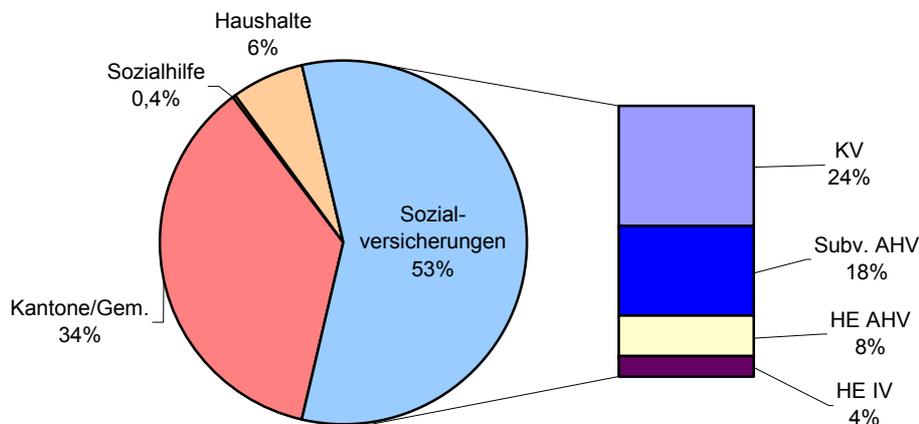


Quellen: BFS (2002), verschiedene BSV-Statistiken sowie eigene Berechnungen (siehe Tabelle A2 im Anhang)

**Abbildung 2.3: Finanzierung der Pflegeheime im Jahr 2000**



Quellen: BFS (2002), verschiedene BSV-Statistiken sowie eigene Berechnungen (siehe Tabelle A2 im Anhang)

**Abbildung 2.4: Finanzierung der Pflege zu Hause im Jahr 2000**

Quellen: BFS (2002), verschiedene BSV-Statistiken sowie eigene Berechnungen (siehe Tabelle A2 im Anhang)

Tabelle 2.2 enthält weiter eine Zeile mit einer geschätzten Monetarisierung der unentgeltlichen Hilfe für Pflegebedürftige. Diese läuft ausserhalb des Systems und wird somit statistisch nicht erfasst. Der geschätzte Wert beläuft sich auf rund 1,2 Milliarden Franken<sup>8</sup> und würde bei einer Integration in die Gesamtkosten eine deutliche Erhöhung (rund 20%) derselben bedeuten, wobei darauf hinzuweisen ist, dass eine einheitliche Definition des Pflegebegriffes nicht existiert. Die unentgeltliche Hilfe ist volkswirtschaftlich von Bedeutung und es ist nicht auszuschliessen, dass zukünftig mit weniger unentgeltlicher Hilfe zu rechnen ist<sup>9,10</sup> und sich somit der Druck auf die Sozialversicherungen erhöht. Auf der anderen Seite hat z. B. mit der Einführung des KVG bereits eine Verschiebung zu Lasten der Sozialversicherungen stattgefunden (siehe Kapitel 2.3).

Um auch der Sicht der Finanzmittelherkunft gerecht zu werden, wurden die Daten aus der Sicht der Finanzierungslast(träger) analysiert (Tabelle 2.3). Diese Sicht soll aus volkswirtschaftlicher Sicht aufzeigen, welche Subjekte in welchem Ausmass im Endeffekt die Finanzierung gewährleisten. Diese Analyse zeigt, dass der grösste Teil (über 40%) direkt durch die Pflegebedürftigen selbst gedeckt wird, hier besteht ein direkter Bezug zwischen Finan-

<sup>8</sup> Der Wert der unbezahlten Arbeit für die Betreuung von pflegebedürftigen Personen im Haushalt wurde mit Hilfe des Spezialistenansatzes für 1997 auf 0.3% des BIP geschätzt (Schmid H., Sousa-Poza A., Widmer R. (2002), Monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit, eine empirische Analyse für die Schweiz anhand der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung). Dieser Prozentsatz wurde auf das BIP des Jahres 2000 angewandt, welches vom BFS provisorisch auf 405'530 Mio. Franken geschätzt wird.

<sup>9</sup> Vgl. Oggier W., Die Pflege-Finanzierung in der Schweiz (2002)

<sup>10</sup> Die zweite Erhebung des BFS zur unbezahlten Erwerbsarbeit im Jahr 2000 deutet auf eine leichte Abnahme der unbezahlten Arbeit für die Betreuung von pflegebedürftigen Personen im Haushalt hin. Die Zeitreihe ist aber noch ungenügend, um einen Schluss über die sich abzeichnende Tendenz im informellen Bereich ziehen zu können.

zierung und Leistung. Bei den anderen Finanzierungsarten (Kopfprämien, Lohnbeiträge, Steuern), die rund 55% ausmachen, handelt es sich um indirekte Finanzierungen, die in der einen oder anderen Form ein Umverteilungselement zu Gunsten der Pflegebedürftigen enthalten.

**Tabelle 2.3: Finanzierung der Pflege im Jahr 2000 aus der Sicht der Finanzierungslastträger**

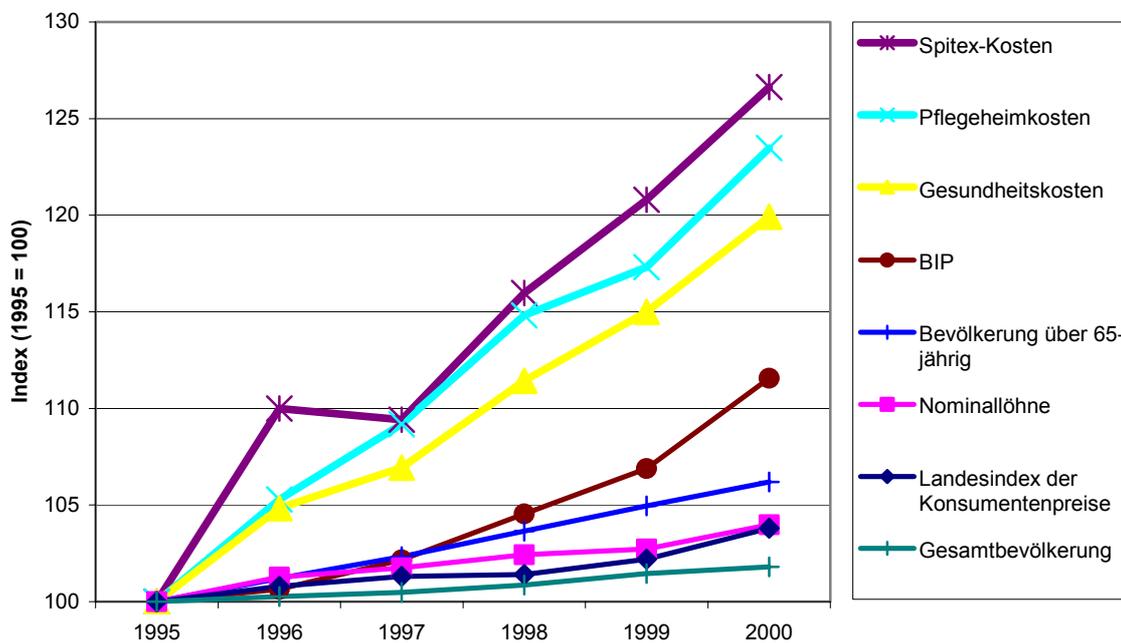
Finanzierungsart	Mio CHF	in %
Kopfprämien	1'248.4	20.5
Lohnbeiträge	136.3	2.2
Bundessteuern	1'261.1	20.7
Kantons- und Gemeindesteuern	728.6	12.0
Pflegebedürftige selber	2'599.6	42.7
Andere	110.2	1.8
<b>Total</b>	<b>6'084.1</b>	<b>100.0</b>

Quelle: BFS (2002), eigene Berechnungen (siehe Tabelle A3 im Anhang)

### 2.3 Kostenentwicklung der Pflege in der Vergangenheit

Als Basis für die Kostenentwicklung der Vergangenheit dienen ebenfalls die Daten der BFS-Statistik „Kosten des Gesundheitswesens“ für die Pflegeheime und Spitex für die Jahre 1995 bis 2000. Im Sektor Pflegeheime betragen die Kosten 1995 noch 4'207 Mio. Franken, während sie im Jahr 2000 5'195 Mio. Franken ausmachten. Im selben Zeitraum stiegen die Kosten im Sektor Spitex von 702 Mio. Franken (1995) auf 889 Mio. Franken (2000). Die Kostenentwicklung im Pflegesektor lässt sich mit der Entwicklung der gesamten Gesundheitskosten, der Demografie sowie makroökonomischen Grössen vergleichen. Abbildung 2.5 mit den indexierten Grössen zeigt, dass die Entwicklung der Pflegekosten über der Entwicklung makroökonomischer Grössen und der Demografie liegt und somit diese Faktoren nur teilweise als erklärende Variablen dienen. Von Interesse ist weiter, dass das Kostenwachstum sowohl im Spitex- wie auch im Pflegeheimbereich deutlich höher ist als im gesamten Gesundheitssektor. Nicht zu vergessen ist, dass die Kostenentwicklung auch durch strukturelle Faktoren beeinflusst worden sein kann. Insbesondere hat die Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) per 1.1.1996 den institutionellen Rahmen verändert, da die (Langzeit-)Pflege explizit im Leistungskatalog Eingang gefunden hat. Damit dürfte eine Ökonomisierung und Professionalisierung der Langzeitpflege stattgefunden haben.

**Abbildung 2.5: Indexierte Entwicklung von Gesundheitskosten, Demographie und makroökonomischen Grössen**



Quellen: Verschiedene BFS-Statistiken

Ein „KVG-Effekt“ lässt sich auch bei der Finanzierung feststellen (Tabellen 2.4 und 2.5): Im Pflegeheimbereich hat sich der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung zwischen 1995 und 2000 etwa verdoppelt, wobei die höchste Zunahme zwischen 1996 und 1997 stattgefunden hat. Im Gegenzug dazu fällt auf, dass die Kantone und Gemeinden ihr finanzielles Engagement seit 1995 deutlich reduziert haben. Auch im Spitex-Bereich hat sich die Finanzierung zu Lasten der Krankenversicherung verschoben. Im Gegenzug scheint hier das KVG primär zu einer Entlastung der Haushalte geführt zu haben.

**Tabelle 2.4: Entwicklung der Pflegekosten nach Direktzahler 1995 – 2000, in Millionen Franken**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Pflegeheime</b>						
Anteil KVG	406.1	436.9	775.0	926.7	992.6	1'033.2
Andere Soz.-vers.	1.4	0.6	1.2	1.4	1.7	1.7
Kantone/Gemeinden	457.9	444.8	321.6	307.9	322.7	253.5
Haushalte	3'296.1	3'499.0	3'445.9	3'541.9	3'564.9	3'841.4
Übrige priv. Finanz.	45.4	47.8	49.6	52.2	53.3	65.1
<b>Total Pflegeheime</b>	<b>4'206.9</b>	<b>4'429.1</b>	<b>4'593.3</b>	<b>4'830.1</b>	<b>4'935.2</b>	<b>5'194.8</b>
<b>Spitex</b>						
Anteil KVG	108.1	166.3	168.2	190.1	199.7	215.2
Andere Soz.-vers.	120.9	128.2	159.5	162.5	163.1	167.9
Kantone/Gemeinden	191.4	248.7	258.6	266.8	254.7	299.7
Haushalte	228.1	225.3	129.9	149.5	187.9	159.0
Übrige priv. Finanz.	53.7	54.0	52.3	45.6	43.0	47.4
<b>Total Spitex</b>	<b>702.3</b>	<b>772.5</b>	<b>768.4</b>	<b>814.5</b>	<b>848.4</b>	<b>889.3</b>
<b>Pflege insgesamt</b>						
Anteil KVG	514.2	553.2	943.2	1'116.8	1'192.3	1'248.4
Andere Soz.-vers.	122.3	128.8	160.7	163.9	164.8	169.6
Kantone/Gemeinden	649.3	693.5	580.2	574.7	577.4	553.2
Haushalte	3'524.2	3'724.3	3'575.8	3'691.4	3'752.8	4'000.4
Übrige priv. Finanz.	99.1	101.8	101.9	97.8	96.3	112.5
<b>Total Pflege</b>	<b>4'909.2</b>	<b>5'201.6</b>	<b>5'361.7</b>	<b>5'644.6</b>	<b>5'783.6</b>	<b>6'084.1</b>

Quelle: BFS (2002)

**Tabelle 2.5: Entwicklung der Pflegekosten nach Direktzahler 1995 – 2000, in % der Gesamtkosten**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Pflegeheime</b>						
Anteil KVG	9.7	9.9	16.9	19.2	20.1	19.9
Andere Soz.-vers.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kantone/Gemeinden	10.9	10.0	7.0	6.4	6.5	4.9
Haushalte	78.3	79.0	75.0	73.3	72.2	73.9
Übrige priv. Finanz.	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.3
<b>Total Pflegeheime</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Spitex</b>						
Anteil KVG	15.4	15.1	21.9	23.3	23.5	24.2
Andere Soz.-vers.	17.2	16.6	20.8	20.0	19.2	18.9
Kantone/Gemeinden	27.3	32.2	33.7	32.8	30.0	33.7
Haushalte	32.5	29.2	16.9	18.4	22.1	17.9
Übrige priv. Finanz.	7.6	7.0	6.8	5.6	5.1	5.3
<b>Total Spitex</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Pflege insgesamt</b>						
Anteil KVG	10.5	10.6	17.6	19.8	20.6	20.5
Andere Soz.-vers.	2.5	2.5	3.0	2.9	2.8	2.8
Kantone/Gemeinden	13.2	13.3	10.8	10.2	10.0	9.1
Haushalte	71.8	71.6	66.7	65.4	64.9	65.8
Übrige priv. Finanz.	2.0	2.0	1.9	1.7	1.7	1.8
<b>Total Pflege</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Quelle: BFS (2002)

Unter der Annahme, dass die Kosten das Ergebnis von Menge (Anzahl Pflage-tage bzw. Anzahl Pflage-stunden) und Preis (Kosten pro Pflage-tag bzw. pro Pflage-stunde) sind, gilt es abzuschätzen, welche Relevanz diese Faktoren haben. Die Datenreihen für die Mengen sind hier leider kürzer und mussten für den Pflegeheimbereich zudem noch geschätzt werden, womit die Aussagekraft begrenzt ist. Wie die Tabelle 2.6 zeigt, scheint im Pflegeheimbereich tendenziell eher ein Mengen- denn ein Preiswachstum stattzufinden. Daraus lässt sich

die Hypothese ableiten, dass primär die Anzahl Pflegebedürftige zugenommen hat. Im Spitexbereich zeigt sich die Situation gerade umgekehrt, tendenziell scheint hier eher ein Preis- als ein Mengenwachstum stattzufinden. Mögliche Gründe dafür sind: Zunahme des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit (die Sozialversicherungen vergüten ihre Leistungen in Abhängigkeit der Pflegebedürftigkeit) und/oder eine Erhöhung der Ausgaben der Spitex z. B. aufgrund höherer Löhne für das Pflegepersonal.

**Tabelle 2.6: Kosten und Mengenentwicklung 1997 - 2000**

<b>Pflegeheime</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>00/98</b>
Kosten Pflegeheime in Mio Fr.	4'593.3	4'830.0	4'935.2	5'194.8	7.6%
Anzahl Pflgetage (Krankenvers.)		18'844'870	19'517'325	20'053'188	6.4%
Kosten in Fr. pro Pflgetag		256	253	259	1.1%
<b>Spitex</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>00/97</b>
Kosten Spitex in Mio Fr.	768.4	814.5	848.4	889.3	15.7%
Anzahl Stunden	10'500'000	10'537'200	10'681'330	10'619'500	1.1%
Kosten in Fr. pro Stunde	73	77	79	84	14.4%

Quellen: BFS (2002) für Kosten Pflegeheime und Spitex; BSV (Spitex-Statistik) für Anzahl Stunden; Datenpool santésuisse (auf 100% extrapoliert) für Anzahl Pflgetage

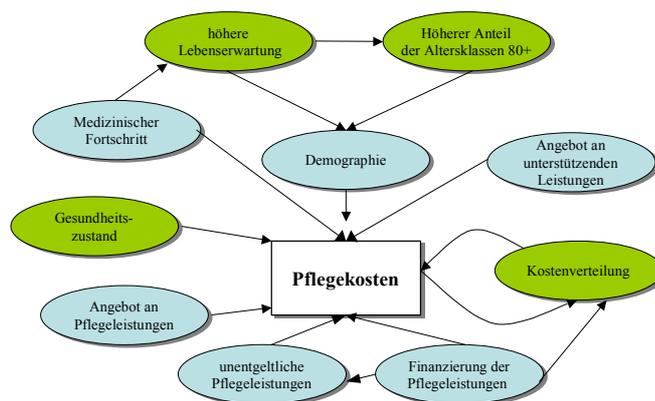
### 3 Projektion des zukünftigen Pflege- und Finanzierungsbedarfs

In diesem Kapitel soll in einem ersten Schritt der quantitative Einfluss der Demografie auf die zukünftige Kostenentwicklung geschätzt werden. In einem zweiten Schritt wird auf die anderen, nicht-demografischen Faktoren eingegangen. Die Gesamtentwicklung wird dann – zwecks Vergleichbarkeit mit anderen Studien – in Mehrwertsteuerprozenten dargestellt.

#### 3.1 Einflussfaktoren der Pflegekostenentwicklung

Die Qualität einer Schätzung der zukünftigen Entwicklung ist abhängig davon, ob die Faktoren, welche die Pflegekosten beeinflussen, bekannt und quantifizierbar sind. Mindestens auf qualitativer Ebene lassen sich die wichtigsten Einflussfaktoren und deren Zusammenhänge schematisch darstellen (siehe Abbildung 3.1), wobei aufgrund der direkten und indirekten Beziehungen sowie Wechselwirkungen bereits die Komplexität erkennbar wird. Die demografische Alterung wird allgemein als ein zentraler Bestimmungsfaktor der Kostenentwicklung angesehen. In erster Linie interessiert uns deshalb die Frage, welchen Einfluss dieser Faktor auf die Entwicklung der Pflegekosten hat. Daneben gibt es noch andere, nicht-demografiebedingte Einflussfaktoren wie die Zunahme des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit, der medizinische Fortschritt, das Angebot an Leistungen oder das Ausmass der unentgeltlichen Pflegeleistungen (z.B. in der Familie oder der Nachbarschaft). Aus diesem Grund wurde neben der Schätzung zum quantitativen Einfluss der Demografie auch eine Schätzung für die nicht-demografiebedingten Faktoren (mittels Trendfortschreibung der Entwicklung 1995-2000) erstellt.

**Abbildung 3.1: Schematische Übersicht über wichtige Einflussfaktoren der zukünftigen Pflegekostenentwicklung**



Quelle : Eigene Darstellung

### **3.2 Entwicklung der Pflegekosten aufgrund der demografischen Entwicklung**

Um den Einfluss der Bevölkerungsentwicklung zu quantifizieren, ist eine einfache Extrapolation vorgenommen worden. Zur Berechnung der Extrapolationsfaktoren (siehe Tabellen A4.1 – A4.3 im Anhang) haben wir die Kostenverteilung nach Alter des Ausgangsjahres 2000 (siehe Tabellen A5.1 – A5.5 im Anhang) auf die erwartete Bevölkerungsstruktur des Jahres 2020 bzw. 2040 angewendet. Der Vergleich der Ausgangssumme mit der Summe des Jahres 2020 bzw. 2040 ergibt den Extrapolationsfaktor. Diesem Modell liegen somit die folgenden Annahmen zugrunde:

- Die Kosten pro Kopf pro Altersgruppe bleiben konstant
- Einzige Kosten-Einflussfaktoren sind das Bevölkerungswachstum und die Veränderung der Bevölkerungsstruktur
- Basisjahr ist das Jahr 2000, Schätzung für die Jahre 2020 und 2040
- Bevölkerungsentwicklung gemäss Szenario A (Trend) des BFS

Die Modellrechnung ergibt, dass allein durch die demografiebedingte Entwicklung die Kosten für die Pflege bis zum Jahr 2020 um 31% und bis 2040 um 77% zunehmen werden (siehe Tabelle 3.1). Dies entspricht einer realen jährlichen Zunahme von 1,4%. Das Wachstum zwischen 2020 und 2040 beträgt rund 34% und ist somit stärker als in der Periode 2000/2020. Die Kostenentwicklung im Spitex-Bereich ist in der Phase 2020-2040 rund 3% tiefer als im Pflegeheimbereich. Intuitiv lässt sich dies mit einer unterschiedlichen Altersstruktur der Spitex-Pflegebedürftigen erklären. Grundsätzlich liegen aber die Extrapolationsfaktoren sehr nahe zusammen, so dass sich nur sehr geringe Verschiebungen zwischen den einzelnen Finanzierern ergeben. Aus Sicht der Sozialversicherung kann festgestellt werden, dass die Schätzung bezüglich Finanzierung eine leichte Verschiebung zu Lasten der Krankenversicherung zeigt. Diese Schätzung der demografiebedingten Entwicklung geht von konstanten Pro-Kopf-Kosten pro Altersgruppe aus. Durch die Zunahme der Anzahl Personen in den höheren Altersgruppen steigen die Gesamtkosten für die Pflege. In dieser statischen Schätzung wurde nicht berücksichtigt, dass sich die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit ändern kann, beispielsweise dass bei zunehmender Lebenserwartung die gesunden Jahre zunehmen und ältere Menschen deshalb später hilfs- und pflegebedürftig werden. In diesem Fall würde sich der Pflegebedarf langsamer erhöhen, als dies die demografische Fortschreibung aktueller Zahlen andeutet.

**Tabelle 3.1: Demografiebedingte Entwicklung der Pflegekosten, in Mio. Fr. (Bevölkerungsszenario Trend)**

	2000	2020	2040
Krankenversicherung, netto KV	1'248.4	1'656.7	2'234.4
AHV: direkte Subventionen	157.2	204.8	274.5
Hilflosenentschädigungen AHV (HE AHV)	355.7	463.5	621.7
Ergänzungsleistungen zur (EL AHV)	895.3	1'163.0	1'567.1
Invalidenversicherung: Subventionen	0.0	0.0	0.0
Hilflosenentschädigung zur IV (EL IV)	32.0	35.6	31.9
Ergänzungsleistungen zur IV (EL IV)	0.0	0.0	0.0
Unfallversicherung (UV)	10.5	13.7	18.3
Militärversicherung (MV)	1.9	2.5	3.3
Privatversicherung	2.3	3.0	4.0
Andere private Finanzierung	110.2	144.9	194.4
Kantone/Gemeinden	553.2	727.8	974.3
Sozialhilfe	120.1	157.8	212.6
Haushalte (inkl. Kostenbeteiligung KV)	2'597.3	3'413.0	4'598.9
<b>Total</b>	<b>6'084.1</b>	<b>7'986.3</b>	<b>10'735.3</b>
<b>Zunahme in %</b>		<b>31.3</b>	<b>76.4</b>
Unentgeltliche Hilfe	1'223.0	1'593.6	2'135.4

Quellen: BFS (2002 b), eigene Berechnungen

### 3.2.1 Berücksichtigung anderer Demografieszenarien

Die demografische Entwicklung in der Zukunft ist mit Unsicherheit verbunden. Deshalb wurde auch untersucht, wie sich die Pflegekosten bei anderen Annahmen über die Demografie entwickeln würden. Sinnvoll sind neben dem Trend-Szenario die Szenarien D (verstärkte Alterung) und E (abgeschwächte Alterung) des BFS. Die Extrapolationen mit diesen zwei Szenarien bringen aber keine Überraschungen, sondern die erwarteten Resultate (Tabelle 3.2, Details siehe Tabellen A6.2 – A6.3 im Anhang):

- Im Szenario D findet gegenüber dem Szenario A ein höheres Kostenwachstum statt. Die jährliche durchschnittliche Wachstumsrate bis 2040 liegt bei ca. 1.7%.
- Für das Szenario E zeigt sich im Modell das erwartete tiefere Kostenwachstum. Das jährliche durchschnittliche Wachstum bis 2040 liegt bei ca. 1.3% und somit nur geringfügig unter demjenigen des Szenarios A.

**Tabelle 3.2: Auswirkung verschiedener Bevölkerungsszenarien auf die Pflegekosten im Jahre 2040**

	Szenario Trend (A)	Szenario Ver- stärkte Alterung (D)	Szenario Abge- schwächte Alterung (E)
Zunahme 2000 – 2040 in Mio. Fr.	4'650	5'798	4'021
Zunahme 2000- 2040 in %	76.4	95.3	66.1
Durchschnittliche jährliche Ver- änderung 2000 – 2040 in %	1.43	1.69	1.28

Quellen: BFS (2002 b), eigene Berechnungen

### 3.2.2 Vergleich mit Resultaten aus anderen Studien

Zum Vergleich und zur Plausibilisierung unserer Schätzung drängt sich die eingangs des Berichtes erwähnte Studie der KOF<sup>11</sup> auf. Diese schätzt die rein demografiebedingte Zunahme bei den Krankenversicherungs-Leistungen bis 2020 für Frauen auf 22.8% und für Männer auf 34.4%. Obwohl sich unsere Schätzung (31.3% bis 2020) nicht nur auf die Krankenversicherung bezieht, zeigen die Ergebnisse deutliche Parallelen.

Da es sich sowohl bei uns wie bei der KOF-Studie um statische Betrachtungen des demografiebedingten Effektes handelt, ist nicht berücksichtigt, wie weit sich die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit ändert. So gibt es Anhaltspunkte, dass die durch eine höhere Lebenserwartung gewonnenen Jahre auch behinderungsfreie Jahre sind und somit mit einer teilweisen Kompensation des demografischen Effektes zu rechnen ist. So erachten etwa Höpflinger/Hugentobler eine Zunahme der Anzahl Pflegebedürftigen bis 2020 von 20% als realistisch<sup>12</sup>. Allerdings sind die konkreten Auswirkungen einer abgeschwächten Zunahme der Anzahl Pflegebedürftige auf die Kosten nicht bezifferbar, da die erwähnte Studie keine Aussagen über die Pflegekosten pro Person enthält. Eine Verlängerung der Lebensjahre ohne Pflegebedürftigkeit bedingt auch Massnahmen in der Prävention und im ambulanten Bereich, welche ebenfalls zu Kosten führen werden.

Wenn es um die Folgen der demografischen Entwicklung geht, ist auch die Publikation von Zweifel, Felder und Meier<sup>13</sup> zu erwähnen. Diese kommt zum Schluss, dass die Gesundheitskosten nicht vom Kalenderalter, sondern primär von der Restlebenszeit einer Person abhängig sind. Dies bedeutet letztlich, dass die steigende Lebenserwartung ohne Einfluss auf die Kosten ist. Diese Hypothese fand kürzlich in einem Artikel in der Zeitschrift „Managed

11 Abrahamsen/Schips, Quantitative Analyse des Systems der Krankenpflegeversicherung (2002), Bericht der KOF/ETH, S. 42

12 vgl. Höpflinger/Hugentobler, Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in der Schweiz (2003), S. 6

13 Zweifel P., Felder S. und Meier M., Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: Oberender P. (Hrsg.), Alter und Gesundheit (1996), S. 29 ff.

Care<sup>14</sup> eine teilweise Bestätigung, indem aufgezeigt werden konnte, dass sich die altersbedingte Progression der Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen bei einer Betrachtung ohne Todesfälle deutlich verringert. Andererseits wurde festgestellt, dass nicht die Personen hohen Alters, sondern die Personen mittleren Alters die höchsten Todesfallkosten aufweisen. Beiden erwähnten Publikationen ist gemeinsam, dass sie alle Krankenversicherungs-Kosten in einem gewissen Zeitraum vor dem Tod berücksichtigen und nicht nur die Pflegekosten.

In unserem Modell sind die Kosten pro Kopf pro Alter konstant, eine allfällige Verschiebung der Pflegebedürftigkeit ins höhere Alter ist nicht berücksichtigt. Die Kostenentwicklung ergibt sich aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur (Zunahme des Anteils älterer Jahrgänge an der Gesamtbevölkerung), wobei diese selbstverständlich auch durch die (zunehmende) Lebenserwartung beeinflusst wird. Aus der Zunahme der Anzahl Personen in den älteren Altersgruppen, verbunden mit der Beobachtung, dass die Pflegekosten pro Kopf mit zunehmendem Alter ansteigen (siehe Tabellen A5.1 - A5.5 im Anhang), resultiert in der Schätzung deshalb gesamthaft ein Kostenwachstum.

### **3.3 Möglicher Trend für die nicht demografiebedingte Kostenentwicklung**

Die Entwicklung im Pflegesektor wird nicht nur von der Demografie beeinflusst. Die Problematik liegt aber darin, die anderen Einflussgrößen quantitativ zu erfassen. Werden diese Größen als Aggregat (in der Folge als „nicht-demografiebedingte Faktoren“ bezeichnet) betrachtet, lässt sich deren Einfluss dennoch grob abschätzen. Unter die nicht-demografiebedingten Faktoren fallen beispielweise die Veränderungen der Pflegebedürftigkeit, der medizinische Fortschritt, Lohn-/Preisänderungen und andere, noch unbekanntere Faktoren. Für die Berechnung wurde zuerst ein „Retropolationsfaktor“ für die Demografie in die Vergangenheit ermittelt (siehe Tabelle A8 im Anhang). Mit Hilfe dieses Faktors kann die Kostenentwicklung zwischen 1995 und 2000 in einen demografieabhängigen und einen demografieunabhängigen Teil additiv zerlegt werden.

Unsere Berechnungen ergeben, dass für die Zeitperiode 1995 - 2000 im Bereich der Pflegeheime die Kostensteigerung aufgrund der Demografie theoretisch ca. 8.2% ausmachen sollte. Nominal sind aber die Kosten um 23.5% gestiegen, d.h. es hat scheinbar eine zusätzliche nicht zu vernachlässigende Kostensteigerung stattgefunden, die nicht demografiebedingt ist. Die reale Kostenentwicklung zwischen 1995 und 2000 scheint zu rund 57% auf nichtdemografiebedingte Einflussfaktoren zurückzuführen sein. Die Situation im Spitex-Bereich ist analog, wenn auch mit etwas anderen Zahlen: Rund 67% der realen Kostenentwicklung zwischen 1995 und 2000 scheint nicht demografiebedingt. Die Differenz zwischen Spitex und Pflegeheime vermag insofern plausibel zu sein, als im Kapitel 2.3 im Pflegeheimbereich tendenziell ein Mengenwachstum und im Spitex-Bereich tendenziell ein Preiswachstum beobachtet wurde. Geht man von der Hypothese aus, die Entwicklung im Pflegesektor verlaufe in Zukunft gleich wie in den vergangenen Jahren, kann der Trend der Jahre 1995-2000 für das Wachstum der anderen Faktoren fortgeschrieben werden. Daraus ergibt

---

14 Beck K. u. Käser-Meier U., Die Krankheitskosten im Todesfall, in: Managed Care 2/2003, S. 24ff.

sich eine Zunahme der Pflegekosten bis ins Jahr 2020 um 3154 Mio. Fr. (siehe Tabelle 3.3). Dieses Ergebnis steht jedoch unter gewissen Vorbehalten. So beruht die Kostenschätzung mittels Trendfortschreibung auf einer relativ kurzen Zeitreihe von 6 Jahren. Zudem vermag die Trendfortschreibung zukünftige gesundheitspolitische, gesellschaftliche oder medizinische Entwicklungen nicht zu antizipieren. Das Modell zeigt aber deutlich, dass neben der Demografie noch weitere Faktoren die Kostenentwicklung massgeblich beeinflussen.

**Tabelle 3.3: Trendfortschreibung der nicht-demografiebedingten Faktoren**

	Zunahme 2000 - 2020		Zunahme 2000 - 2040	
	in Mio. Fr.	in %	in Mio. Fr.	in %
Pflegeheim	2'526.7	49%	6'282.4	121%
Spitex	627.7	71%	1'698.5	191%
<b>Pflege Total</b>	<b>3'154.4</b>	<b>52%</b>	<b>7'981.0</b>	<b>131%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen (siehe auch Tabelle A7 im Anhang)

### 3.4 Pflegekostenentwicklung aufgrund Demografie und der anderen Faktoren

Wird der Trend der anderen Faktoren zur demografiebedingten Entwicklung addiert, ergibt sich in unserem Modell bis zum Jahre 2020 eine reale Zunahme der Pflegekosten von 83% (siehe Tabelle 3.4). Diese Zunahme entspricht einem jährlichen Wachstum von rund 3%, was deutlich über der demografiebedingten Zunahme liegt. Die beiden Zuwachsraten können jedoch nur bedingt miteinander verglichen werden: während das Modell der Trendfortschreibung implizit ein Wirtschaftswachstum beinhaltet, ist dies im Demografiemodell nicht der Fall.

**Tabelle 3.4: Schätzung der Entwicklung der Pflegekosten insgesamt bis 2040, in Mio. Fr.**

	2000 - 2020	2000 - 2040
Ist Zustand (2000)	6'084	6'084
Demografiebedingter Kostenzuwachs	1'902	4'651
Nicht-demografiebedingter Kostenzuwachs	3'154	7'981
<b>Gesamtkosten Pflege</b>	<b>11'141</b>	<b>18'716</b>
Zunahme in %	83%	208%

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Hochrechnungen bis ins Jahre 2040 zeigen die Grenzen der Aussagekraft des Trends. Wie bereits im Kapitel 3.3 erwähnt vermag nämlich der mechanistische Ansatz weder künftigen gesundheitspolitischen noch medizinischen Massnahmen und Entwicklungen Rechnung tragen.

### 3.5 Die Pflegekosten in MWST-Prozentpunkten

Dieses Kapitel soll die Schätzung der Pflegekosten im Jahr 2020 gemäss demografischer Fortschreibung und gemäss Trendfortschreibung darstellen. Dabei sollen die bisher in Milliarden Franken ausgedrückten Beträge in die entsprechenden MWST-Äquivalenzpunkte umgerechnet werden. Die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen werden heute üblicherweise mit Hilfe dieses Indikators aufgezeigt.

#### 3.5.1 Finanzieller Mehrbedarf der Sozialversicherungen

Die langfristigen Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen wurden erstmals im Bericht «IDA FiSo» der Bundesverwaltung 1996 dargelegt. Im Jahr 2002 wurden die Daten das letzte Mal aktualisiert<sup>15</sup>.

Bei der Ermittlung des Finanzierungsbedarfs stützt man sich grundsätzlich auf die obligatorischen Ausgaben der einzelnen Sozialversicherungszweige.

Die Entwicklung der Ausgaben wird von mehreren Faktoren bestimmt, etwa von der demografischen Entwicklung (Auswirkungen auf die Anzahl Leistungsempfänger), der Lohn- und Preisentwicklung (Auswirkungen auf die Kosten einer Leistung insbesondere bei den Mindest- und Höchstrenten der 1. Säule) und der Entwicklung anderer Faktoren, wie den Gesetzesrevisionen oder dem medizinischen Fortschritt in der Krankenversicherung (Auswirkungen auf die Leistungsstruktur).

Anhand eines Modells, das auf Hypothesen zu diesen verschiedenen Faktoren beruht, lassen sich die Ausgaben (oder der Finanzierungsbedarf) berechnen. Diese werden in heutigen Preisen angegeben, damit die jeweiligen Jahre inflationsbereinigt miteinander verglichen werden können. Die folgende Tabelle zeigt die geschätzte Entwicklung der Ausgaben von 2000 bis 2020.

**Tabelle 3.5: Finanzierungsbedarf und finanzieller Mehrbedarf der Sozialversicherungen in Milliarden Franken, zu Preisen von 2002**

	2000	2020	2000 - 2020	Zunahme
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>128</b>	<b>45</b>	<b>55%</b>
KV	16	29	12	75%
AHV	28	46	18	65%
IV	9	14	6	65%
Andere	30	39	10	32%

Quelle: EDI (2002)

Sollte von 2000 bis 2020 keine neue Reform erfolgen, dürften die Gesamtkosten in diesem Zeitraum um 55 Prozent steigen.

<sup>15</sup> Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). Bericht vom 17. Mai 2002 über eine aktualisierte Gesamtschau des finanziellen Mehrbedarfs der Sozialversicherungen bis zum Jahr 2025.

Die Ausgaben hängen teilweise mit dem Wirtschaftswachstum zusammen. So steigen die Löhne bei einem positiven Konjunkturverlauf und die AHV-Renten werden entsprechend angepasst. Gleichzeitig führt der Lohnanstieg zu höheren Sozialabgaben, was die Finanzierung der Sozialausgaben erleichtert. Folglich müssen auch diese Effekte des Wirtschaftswachstums auf die Finanzierung der Sozialversicherungen berücksichtigt werden. Dies geschieht, indem die Ausgaben auf den Steuerertrag eines MWST-Prozentpunktes bezogen werden. Dieser Indikator entwickelt sich normalerweise analog wie die Wirtschaft. Würden sich die Ausgaben gleich entwickeln wie die Wirtschaft, bliebe der in MWST-Prozentpunkten ausgedrückte Betrag bei den Ausgaben gleich. Steigt dieser Betrag, so entspricht er dem finanziellen Mehrbedarf, also dem Teil der Finanzierung, den das Wirtschaftswachstum nicht abzudecken vermag. Die folgende Tabelle zeigt den in MWST-Prozentpunkten ausgedrückten Finanzierungsbedarf und den daraus resultierenden finanziellen Mehrbedarf:

**Tabelle 3.6: Finanzierungsbedarf und finanzieller Mehrbedarf der Sozialversicherungen in MWST-Prozentpunkten**

	2000	2020	2000 - 2020	Zunahme
<b>Total</b>	<b>29.8</b>	<b>36.8</b>	<b>7.0</b>	<b>23%</b>
KV	5.9	8.3	2.3	40%
AHV	10.0	13.2	3.1	31%
IV	3.1	4.1	1.0	31%
Andere	10.7	11.3	0.6	5%

Quelle: EDI (2002)

Während die Gesamtausgaben um 55% steigen, nimmt der finanzielle Mehrbedarf insgesamt nur um 23% zu. Das Wirtschaftswachstum vermag über die Hälfte der Mehrausgaben der Sozialversicherungen zu decken. Dies gilt insbesondere für die Ausgaben, welche direkt mit dem Lohn- und Preisanstieg zusammenhängen (so die Anpassung der AHV-Renten). Insgesamt beläuft sich der Mehrbedarf auf 7 MWST- Äquivalenzpunkte. Damit der Mehrbedarf der Sozialversicherungen in der Höhe von 23% finanziert werden kann, sind entweder das Wirtschaftswachstum zu fördern, neue Finanzierungsquellen zu finden oder auch die Leistungen anzupassen. Während der Anstieg bei der Krankenversicherung 40% beträgt, führt die Anpassung der Renten mit Mischindex bei der AHV und IV zu einem geringeren Anstieg des finanziellen Mehrbedarfs. Dieser beträgt für beide Versicherungen ca. 30%.

### **3.5.2 Finanzieller Mehrbedarf der Pflege in MWST-Prozentpunkten**

Im Jahr 2000 beliefen sich die Pflegeausgaben auf rund 6 Milliarden Franken (Ziffer 2.1). Dies entspricht 2.2 MWST- Äquivalenzpunkten. Um den Finanzierungsbedarf im Jahr 2020 in entsprechenden MWST-Prozentpunkten (siehe Ziffer 3.5.1) zu ermitteln, bezieht man sich auf das Steuersubstrat des Jahres 2020, wie es in der bereits erwähnten Gesamtschau des EDI geschätzt wurde. Auch müssen die geschätzten Pflegeausgaben gemäss Demografiemodell um die wirtschaftliche Entwicklung (Löhne, Preise) der nächsten zwanzig Jahre

ergänzt werden. Wir gehen dabei vereinfachenderweise davon aus, dass die Pflegekosten pro Altersstufe im gleichen Tempo steigen werden wie der MWST-Ertrag<sup>16</sup>. Was die Trendfortschreibung für die nicht-demografiebedingten Faktoren betrifft, so ist diese Ergänzung nicht nötig: die Auswirkungen des Wirtschaftswachstums auf die Ausgaben sind bereits im Trend enthalten. Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Resultate:

**Tabelle 3.7: Finanzierungsbedarf und finanzieller Mehrbedarf für die Pflege in MWST-Prozentpunkten**

	2000	2020	2000 - 2020	Zunahme
Demografie	2.2	2.9	0.7	31.3%
Trendfortschreibung (inkl. Demografie)	2.2	3.2	1.0	45.8%

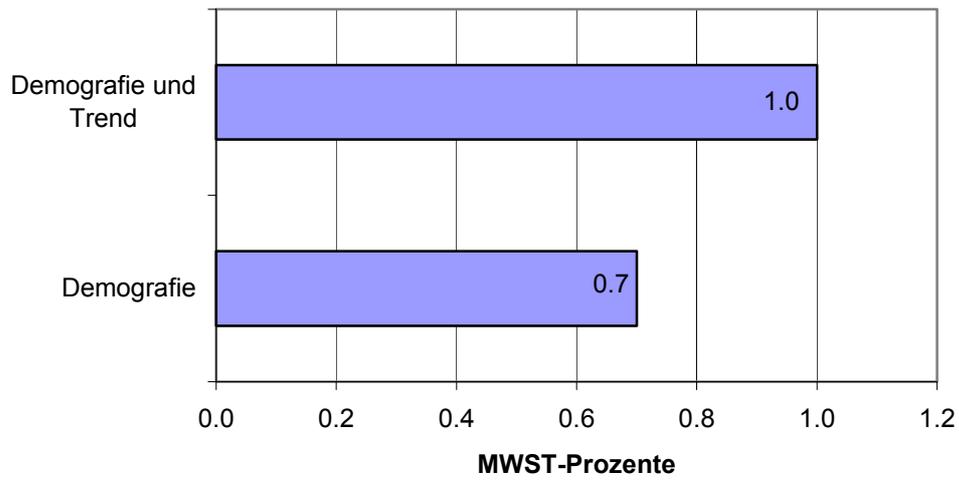
Quelle: Eigene Berechnungen

Die Resultate können wie folgt interpretiert werden:

- Die Modellrechnung des Demografieeffektes ergibt für das Jahr 2020 einen finanziellen Mehrbedarf in der Höhe von 0.7 MWST-Prozentpunkten. Die Belastung der Wirtschaft durch die Pflegefinanzierung wäre zu diesem Zeitpunkt 31% höher als heute, wobei der Anstieg des Bedarfs einzig auf die demografische Alterung zurückzuführen wäre.
- Hingegen ergibt sich aus der Trendfortschreibung (einschliesslich Demografie und allen anderen Kostenfaktoren) ein finanzieller Mehrbedarf von 1.0 MWST-Prozentpunkten. Somit hätte die Wirtschaft eine Mehrbelastung von 46% zur Finanzierung der Pflegeleistungen im Jahr 2020 zu tragen. Dank diesem Indikator kann die für denselben Zeitraum angegebene Ausgabenerhöhung von 83% volkswirtschaftlich relativiert werden (siehe Tabelle 3.4).

Da die Pflege zur Hälfte (44%) von verschiedenen Sozialversicherungen finanziert wird (siehe Ziffer 2.2), darf der entsprechende finanzielle Mehrbedarf nicht vollständig zum finanziellen Mehrbedarf der Sozialversicherungen hinzugerechnet werden.

<sup>16</sup> Bei den Berechnungen werden nicht etwa die Ausgaben unter Berücksichtigung dieser Hypothese neu berechnet, sondern einfach die aus dem Demografiemodell resultierenden Ausgaben durch das MWST-Substrat 2000 geteilt, was zu den gleichen Resultaten führt.

**Abbildung 3.1: Geschätzte Kostenzunahme bis 2020, in MWST-Prozenten**

Quelle: Eigene Berechnungen

## 4 Wirtschaftswachstum und Pflegefinanzierung

Wieweit kann der finanzielle Mehrbedarf der Pflege durch das Wirtschaftswachstum gedeckt werden? In den folgenden Abschnitten wird versucht, Antworten auf diese Frage zu finden.

Das Wirtschaftswachstum hängt grösstenteils vom Beschäftigungs- und Produktivitätsanstieg ab ( $\Delta\text{BIP} = \Delta\text{Beschäftigung} + \Delta\text{Produktivität}$ ). Man kann davon ausgehen, dass die Reallöhne tendenziell im gleichen Masse steigen wie die Produktivität ( $\Delta\text{Produktivität} = \Delta\text{Löhne}$ ). Das BIP-Wachstum entspricht somit dem Wachstum der Lohnmasse ( $\Delta\text{BIP} = \Delta\text{Beschäftigung} + \Delta\text{Löhne}$ ) und im weiteren Sinne auch dem Wachstum des Konsums und somit des Steuersubstrates der MWST ( $\Delta\text{BIP} = \Delta\text{MWST}$ ). Die Entwicklung des Preisniveaus spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle, da sämtliche Angaben in konstanten Preisen ausgedrückt werden (Realwerte).

Die Modelle für die Finanzprognosen des BSV sind mechanischer Art, wodurch jegliche wirtschaftlichen Rückwirkungseffekte wegfallen. Ausgehend vom Beschäftigungs- und Lohnniveau nach Geschlecht und Alter im Startjahr leitet sich das Wachstum des BIP (und somit der Lohnmasse und des MWST-Substrates) im Prognosezeitraum direkt von der demografischen Entwicklung (welche die Beschäftigung über die konstante Beschäftigungsquote pro Alter bestimmt) und der Reallohnentwicklung (Hypothese: 1%). Die Zinssätze (Kapitalkosten) wirken sich nicht direkt auf das Wachstum aus: Man geht vom Prinzip aus, dass der Anteil der Lohnneinkommen am BIP konstant bleibt und die Produktivität der Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital langfristig übereinstimmt. Diesem Modell entsprechend sollte das Wirtschaftswachstum bis ins Jahr 2010 etwa 1.5% und von 2010 bis 2020 etwa 0.8% betragen, also auf den ganzen Zeitraum bezogen durchschnittlich 1.1%.

Man geht davon aus, dass im Gesundheitswesen wegen der hohen Arbeitsintensität bei den erbrachten Leistungen Produktivitätssteigerungen nur begrenzt möglich sind. Aufgrund der Mechanismen, die zu einem Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt beitragen, wurde aber im Laufe der letzten Jahre auch in diesem Sektor ein Lohnanstieg festgestellt. Der Sektor profitiert somit vom allgemeinen Lohnanstieg einer Volkswirtschaft, sofern diese über Sektoren mit hoher Mehrwertschöpfung verfügt. Trotzdem ist der Anstieg des Lohnindex im Gesundheitswesen geringer als in der Gesamtwirtschaft.

Es zeigt sich insgesamt also, dass die finanzielle Belastung der Wirtschaft, die sich aus der Pflegefinanzierung ergibt, abnimmt, wenn die Wirtschaft wächst. Allerdings nur unter folgenden Voraussetzungen:

- Die Beschäftigungsquote ausserhalb des Pflegesektors steigt und führt zu einem Anstieg der Lohnneinkommen sowie der Steuererträge, ohne dass dies einen Anstieg der Pflegeausgaben zur Folge hätte.
- Die Löhne in der restlichen Wirtschaft verzeichnen eine stärkere Zunahme als im Gesundheitssektor, so dass die Lohnneinkommen und die Steuererträge stärker steigen als die Pflegeausgaben.

- Das Wachstum zieht aufgrund der gestiegenen Einkommen und des medizinischen Fortschritts keinen Anstieg des Pflegebedarfs oder des Pflegeangebots nach sich.

Ein implizites Wirtschaftswachstum von 1.1% ist in der Berechnung des in MWST-Prozentpunkten ausgedrückten finanziellen Mehrbedarfs bereits enthalten. In der Tat darf man vom Wirtschaftswachstum kaum mehr zur Schliessung der Lücken bei der Pflegefinanzierung bis ins Jahr 2020 erhoffen. Bis zu diesem Zeitpunkt wird ein finanzieller Mehrbedarf von 1 MWST-Prozentpunkt erforderlich sein. Während gemäss heutigem System die eine Hälfte von den Sozialversicherungen übernommen würde, ginge die andere Hälfte zu Lasten der Haushalte sowie der Kantone und Gemeinden. Wie dies in Zukunft sein wird, ist kaum abschätzbar. Das Ausmass des Finanzierungsbedarfs der Sozialversicherungen im Allgemeinen sowie des Gesundheitssektors und des Pflegebereichs im Besonderen lässt vermuten, dass eine intensive Debatte um die Aufteilung der zwangsläufig beschränkten Finanzmittel ausbrechen wird, welche für die verschiedenen Aufgaben der sozialen Sicherheit aufgewendet werden.

## 5 Zukünftiger Pflegebedarf und mögliche Konsequenzen

### 5.1 Zusätzlicher Personalbedarf für die Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)

Die Spitex-Statistik des BSV gibt das Leistungsangebot in Arbeitsstunden pro Altersklasse an. Indem diese Aufteilung nach Altersklasse auf das gesamte Personal der Spitex-Organisationen angewendet wird (9900 Stellen nach Umwandlung der Teilzeit- in Vollzeitstellen), erhält man die Spitex-Vollzeitäquivalente nach Altersklassen der Pflegebedürftigen. Auf dieser Grundlage können die Spitex-Beschäftigungsquoten in Vollzeitäquivalenten pro Altersklasse der gesamten Wohnbevölkerung der Schweiz ermittelt werden. Ausgehend von dieser Zahl und von der Hypothese, dass diese Quoten pro Altersklasse bis ins Jahr 2040 konstant bleiben, lassen sich mit Hilfe von Demografieszenarien langfristig die Vollzeitäquivalente bei der Spitex ermitteln. Damit kann man die Auswirkungen der Demografie auf den Personalbedarf der Spitex errechnen<sup>17</sup>. Ausgehend von drei unterschiedlichen Demografieszenarien des BFS werden in der unten stehenden Tabelle die Resultate für die Jahre 2020 und 2040 dargestellt.

**Tabelle 5.1: Demografische Auswirkungen auf die Anzahl Stellen in Vollzeitäquivalenten bei der Spitex, prozentualer Anstieg im Vergleich zum Jahr 2000**

Demografieszenario	2000-2020	2000-2040
A-00 "Trend"	46%	77%
D-00 "verstärkte Alterung"	47%	87%
E-00 "abgeschwächte Alterung"	45%	72%

Quellen: BFS (2002 b), eigene Berechnungen

Die Resultate zeigen, dass bei einer konstanten Quote der pro Kopf errechneten Hilfe und Pflege zu Hause (Basis Jahr 2000) das Spitex-Personal bis 2020 um etwa 50% und bis 2040 um 75% steigen müsste. Bis 2020 wirken sich die Szenarien einer verstärkten oder abgeschwächten Alterung nicht aus; diese beeinflussen nur die Resultate bis 2040.

Im Laufe der nächsten Jahrzehnte wird der Rückgang der Erwerbsbevölkerung die Rekrutierung des erforderlichen Personals zusätzlich erschweren. Im Jahr 2000 belief sich die Zahl der Spitex-Stellen auf umgerechnet 9900 Vollzeitstellen. Bei einer durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 36% sind in diesem Sektor 28'000 Personen tätig. Bei einem unveränderten durchschnittlichen Beschäftigungsgrad müsste dieser Sektor somit bis ins Jahr 2020 rund 14'000 zusätzliche Personen einstellen. Diese Aufgabe wird umso schwieriger sein, da

<sup>17</sup> Die Entwicklung dieser Quote hängt natürlich von weiteren Faktoren ab. Einerseits sollte der verbesserte allgemeine Gesundheitszustand der Betagten zu einer Senkung der Quote führen, andererseits werden der institutionelle Austausch zwischen der Pflege zu Hause und der Pflege in einem Betrieb sowie der Rückgang der vom informellen Sektor geleisteten Pflege die Quoten in die Höhe treiben.

die beruflichen Anforderungen an das Personal mit der demografischen Alterung steigen dürften. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Betagten vermehrt Pflege- und weniger Hilfsaktivitäten benötigen<sup>18</sup>. Schon heute sind über 90% der Arbeitsstellen von Personen mit Ausbildung besetzt.

## 5.2 Entwicklung des langfristigen Pflegebedarfes im Pflegeheim und mögliche Konsequenzen

Die sozialmedizinische Statistik des BFS enthält gewisse Angaben zu den Pflegeheimen, so auch über die Pflegeheimbewohner. Für das Jahr 2000 weist das BFS 77'752 Bewohner/-innen in den Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz aus. Ausgehend davon wurde auch für die Bewohner/-innen ein Extrapolationsfaktor aufgrund des Demografieszenarios A berechnet. Mit dessen Hilfe lässt sich die zukünftige Anzahl Pflegebedürftige schätzen, wobei die absolute Zahl mit Vorbehalt zu beurteilen ist. Von grösserem Interesse ist die prozentuale Entwicklung (also eigentlich der Extrapolationsfaktor selber). In diesem Sinne lässt Tabelle 5.2 erkennen, dass bis 2020 ca. 31.5% und bis 2040 ca. 79.5% mehr Pflegebedürftige aus demografischen Gründen zu erwarten sind, wobei es sich hier wiederum um eine statische Betrachtung handelt (folglich unterscheiden sich die Extrapolationsfaktoren nur gering von denjenigen der Kostenextrapolation). Zum Vergleich sei nochmals die bereits erwähnte Studie von Höpflinger/Hugentobler herbeigezogen, in welcher in den Jahren zwischen 2000 und 2020 von Zunahmen zwischen 32 und 36% der Pflegebedürftigen gesprochen wird, wobei aufgrund der Erhöhung der behinderungsfreien Lebenserwartung maximal 20% als realistisch geschätzt werden<sup>19</sup>.

**Tabelle 5.2: Schätzung der Anzahl Pflegebedürftigen in Heimen  
Demografiebedingte Extrapolation**

	2000 (Ist)	2020 (Schätzung)	2040 (Schätzung)	Zunahme 2000/2020	Zunahme 2000/2040
Anzahl BewohnerInnen in Pflegeheimen sowie Alters- und Pflegeheimen	77'752	102'244	139'565	31.5%	79.5%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Demografieszenarios A (Trend) des BFS

Konsequenzen wird die Erhöhung der Anzahl Pflegebedürftigen auch auf die Infrastruktur haben, d.h. die Pflegeheime müssten ihre Kapazitäten hinsichtlich Betten und Personal an die demografische Entwicklung anpassen. Wird von einem konstanten Verhältnis Pflegepersonal pro Pflegebedürftigen ausgegangen (heute beträgt dieses 0,46), so müsste sich die prozentuale Erhöhung des Pflegepersonals analog derjenigen der Pflegebedürftigen entwi-

<sup>18</sup> Momentan machen die Pflegestunden etwas weniger als die Hälfte der gesamten Spitex-Leistungen aus, dies bei steigender Tendenz. Laut der Spitex-Statistik 2001 beläuft sich die Anzahl Pflegestunden für die über 79-jährigen Pflegebedürftigen auf insgesamt 55%, während es im Jahr 2000 noch 52% waren.

<sup>19</sup> vgl. Höpflinger/Hugentobler, Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in der Schweiz (2003), S. 6

ckeln. Diese Schätzung ist in Tabelle 5.3 veranschaulicht, wobei auch hier die absoluten Daten für das Pflegepersonal nur begrenzt aussagekräftig sind<sup>20</sup>.

**Tabelle 5.3: Schätzung des Bedarfs an Pflegepersonal in Heimen  
Demografiebedingte Extrapolation**

	2000 (Ist)	2020 (Schätzung)	2040 (Schätzung)
Med. Personal und Krankenpflegepersonal (in Vollzeitäquivalenten)	36'109	47'483	64'815

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis des Demografieszenarios A (Trend) des BFS

<sup>20</sup> Die Definition in der BFS-Statistik entspricht nicht eins zu eins dem Pflegepersonal und umfasst z. B. auch die Ärzte und Ärztinnen

## 6 Internationale Vergleiche

Die internationalen Organisationen haben sich ebenfalls mit der langfristigen Finanzierung der Langzeitpflege befasst. Im Fokus stehen dabei in erster Linie die finanziellen Auswirkungen für die öffentlichen Haushalte. Wie in der Schweiz stellt man auch in allen übrigen Industrieländern fest, dass das Kostenniveau der Langzeitpflege mit dem Alter stark zunimmt. Die demografische Alterung in den nächsten Jahrzehnten lässt daher einen starken Kostenanstieg befürchten, während das Wirtschaftswachstum gleichzeitig durch den Wachstumsrückgang bei der Erwerbsbevölkerung gebremst werden könnte.

Für die Kostenentwicklung ist aber nicht nur der demografische Faktor ausschlaggebend. Auch andere Faktoren auf der Angebots- oder Nachfrageseite der Langzeitpflege können zu einem Kostenanstieg oder einem Kostenrückgang führen. Es ist daher für jedes Land schwierig, Schätzungen anzustellen. Deshalb konzentrierte man sich für die internationalen Vergleiche auf die Anwendung einer Standardmethode, die auf einer Fortschreibung der Daten beruht, welche auf nationaler Ebene zur Verfügung stehen. Diese Kostenschätzungen werden in Prozenten des BIP angegeben. So kann man sich auf eine Bezugsbasis stützen, welche internationale Vergleiche ermöglicht.

Methodisch stimmt unser Ansatz mit demjenigen der EU und der OECD überein, nur bezieht sich unsere Schätzung auf die Pflegekosten insgesamt, während sich die Untersuchungen der EU und der OECD auf die öffentlichen Ausgaben beschränken. Die absoluten Werte können deshalb nicht miteinander verglichen werden, die relative Entwicklung ist jedoch vergleichbar.

### 6.1 Europäische Union

Die Europäische Union hat eine Reihe von Schätzungen zur Langzeitpflege (auch für Behinderte) bis ins Jahr 2050<sup>21</sup> angestellt. Diese betreffen ausschliesslich die öffentlichen Ausgaben. Analog zu unseren eigenen Schätzungen haben wir für die Präsentation der Resultate die Jahre 2020 und 2040 ausgewählt.

Bei dieser Schätzmethode wurden die derzeitigen öffentlichen Ausgaben pro Altersstufe mit der demografischen Entwicklung kombiniert. Die Auswirkungen nicht-demografischer Faktoren wurden nicht explizit untersucht. Dabei besteht sowohl das Risiko einer Überschätzung<sup>22</sup> als auch einer Unterschätzung<sup>23</sup> der Ausgaben. Ein Teil der nicht-demografischen Risiken für einen Kostenanstieg wird durch einfache Hypothesen zur Kostenent-

---

21 European Commission, Economic Policy Committee (2001) Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances.

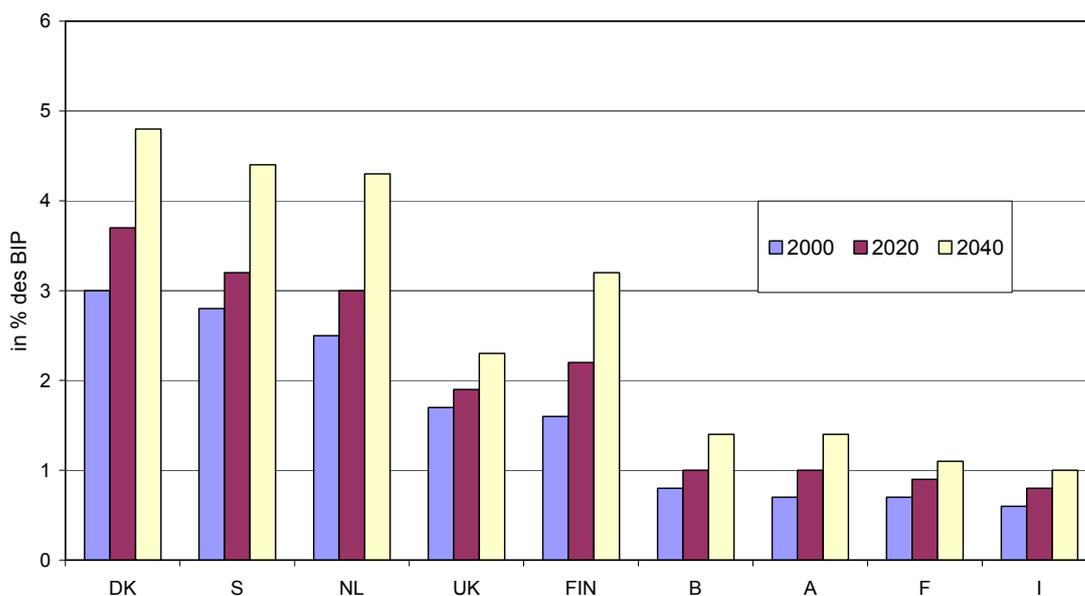
22 Einerseits sollte sich das Ausgabenprofil pro Altersstufe dank der tendenziell steigenden Lebenserwartung bei guter Gesundheit positiv entwickeln. Andererseits sind auch Einsparungen möglich, da ein immer grösserer Teil der Pflege von den Institutionen nach Hause verlagert wird.

23 So zum Beispiel aufgrund der Institutionalisierung der Langzeitpflege, die ausserhalb des informellen Sektors erbracht wird.

wicklung implizit erfasst<sup>24</sup>. Trotzdem sind diese Kostenhypothesen relativ optimistisch. Ihr Vorteil besteht insbesondere darin, dass die finanzielle Belastung durch die Langzeitpflege in Prozenten des BIP angegeben werden kann, ohne eine Prognose über das BIP des jeweiligen Landes erstellen zu müssen (siehe Abbildung 6.1).

Die Resultate machen in erster Linie die unterschiedlichen Ausgangssituationen deutlich. So reichen die Belastungen von 0.6% (Italien) bis zu 3.0% des BIP (Dänemark). Im Laufe der nächsten vierzig Jahre werden je nach Land zusätzlich 0.4% bis 1.8% des BIP aufgewendet werden müssen, damit die durch die Langzeitpflege verursachten öffentlichen Ausgaben gedeckt werden können. Die öffentliche Belastung wird also in Italien mindestens 1% des BIP und in den nordischen Ländern fast 5% des BIP betragen (in den lateinischen Ländern spielt der informelle Sektor eine grössere Rolle als in den nordischen Ländern). Der Anstieg ist dort am grössten, weil in diesen Ländern bereits ein grosser Teil der Pflege ausserhalb der Familie erfolgt und der Staat grosse finanzielle Beiträge daran leistet.

**Abbildung 6.1: Schätzungen der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege in Prozenten des BIP in den Jahren 2000, 2020 und 2040 in verschiedenen europäischen Ländern**



Quelle: European Commission (2001)

Die folgende Tabelle zeigt die unterschiedliche Belastung der öffentlichen Finanzen für die Langzeitpflege. Diese soll bis ins Jahr 2020 um 10 bis 40 Prozent und bis ins Jahr 2040 um 35 bis 100 Prozent zunehmen.

<sup>24</sup> Die hier vorgestellten Resultate beruhen auf der Hypothese, dass sich die in Prozenten des BIP angegebenen Kosten der Langzeitpflege pro Kopf gleich schnell entwickeln wie das Pro-Kopf-BIP. Die Hypothese, dass sich die Kosten pro Person gleich schnell entwickeln wie das BIP pro erwerbstätiger Person, wurde ebenfalls geprüft und führte zu leicht ungünstigeren Resultaten.

**Tabelle 6.1: Anstieg des BIP-Anteils für die öffentlichen Ausgaben der Langzeitpflege in den Jahren 2000 bis 2020 und 2000 bis 2040 in verschiedenen EU-Ländern**

Land	2000-2020	2000-2040
DK	23%	60%
S	14%	57%
NL	20%	72%
GB	12%	35%
FIN	38%	100%
B	25%	75%
A	43%	100%
F	29%	57%
I	33%	67%

Quelle: European Commission (2001)

Diese Schätzungen sind keine Voraussagen. Sie zeigen die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege entsprechend dem heutigen Kontext. Eine Unter- oder einer Überschätzung dieser Ausgaben lässt sich dabei nicht ausschliessen.

## 6.2 OECD

Die OECD hat zwei Arten von Schätzungen zur Langzeitpflege angestellt<sup>25</sup>. Die eine beruht auf einem konstanten Abhängigkeitskoeffizienten nach Altersstufe (statische Schätzung), die andere geht von dessen Abnahme aufgrund der vergangenen Trends (dynamische Projektion)<sup>26</sup> aus. Die Resultate werden in die Pflege in Institutionen und die Pflege zu Hause unterteilt. Die OECD hat die Ausgangsdaten für den Bedarf bei der Langzeitpflege umgewandelt, damit nur der Teil der öffentlichen Ausgaben übrigbleibt. Wie in den Arbeiten der EU werden diese öffentlichen Ausgaben in Prozenten des BIP angegeben<sup>27</sup>.

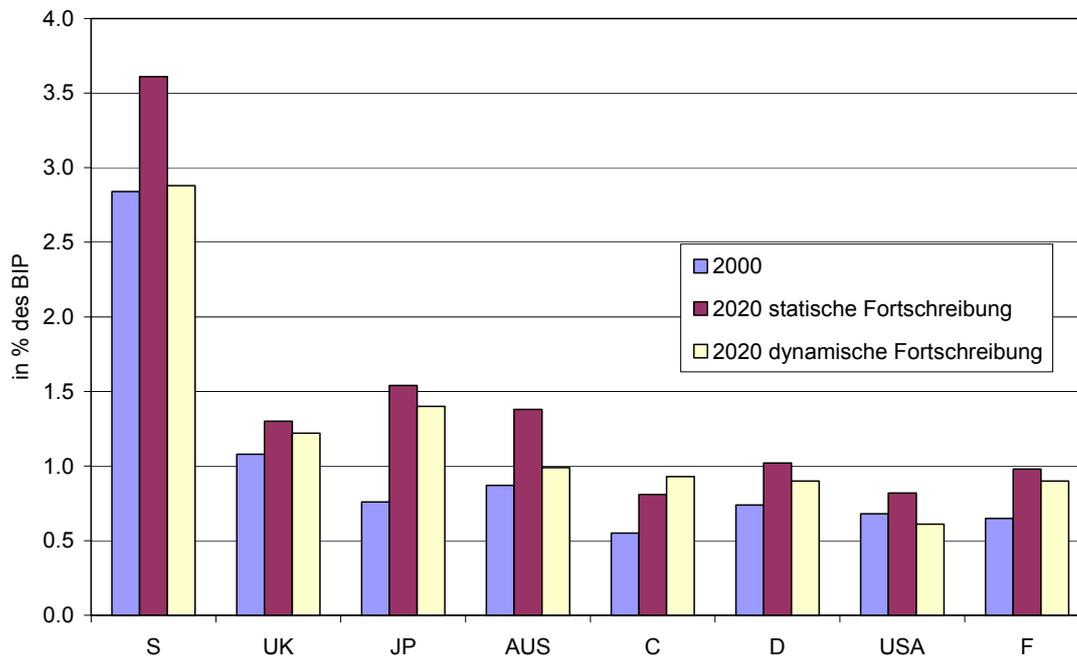
Die aktuellen Kosten für die Langzeitpflege, welche von der öffentlichen Hand übernommen werden, werden je nach Studie der OECD mit 0.5 bis knapp als 3 Prozent des BIP angegeben (Abbildung 6.2). Sollte in den nächsten zwanzig Jahren der in der Vergangenheit beobachtete Trend einer geringeren Prävalenz des Bedarfs bei der Langzeitpflege anhalten (dynamischer Ansatz), könnte gemäss den Resultaten der OECD ein Grossteil der entsprechenden Belastung der öffentlichen Finanzen neutralisiert oder in den Vereinigten Staaten sogar vollumfänglich aufgefangen werden.

<sup>25</sup> Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E., Robine J.M. (1998) Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact on an improving health of older persons. Ageing Working Paper AWP 4.2, OECD, Paris.

<sup>26</sup> Ein Rückgang des Abhängigkeitskoeffizienten lässt sich insbesondere in den Altersgruppen zwischen 65 und 80 Jahren beobachten, wobei dieser bei den Frauen ausgeprägter ist als bei den Männern.

<sup>27</sup> Trotzdem wird nicht die gleiche Methode verwendet wie bei den Arbeiten der EU.

**Abbildung 6.2: Öffentliche Ausgaben im Jahr 2020 für die Langzeitpflege in Prozenten des BIP gemäss einer statischen und einer dynamischen Schätzung für verschiedene Länder der OECD**



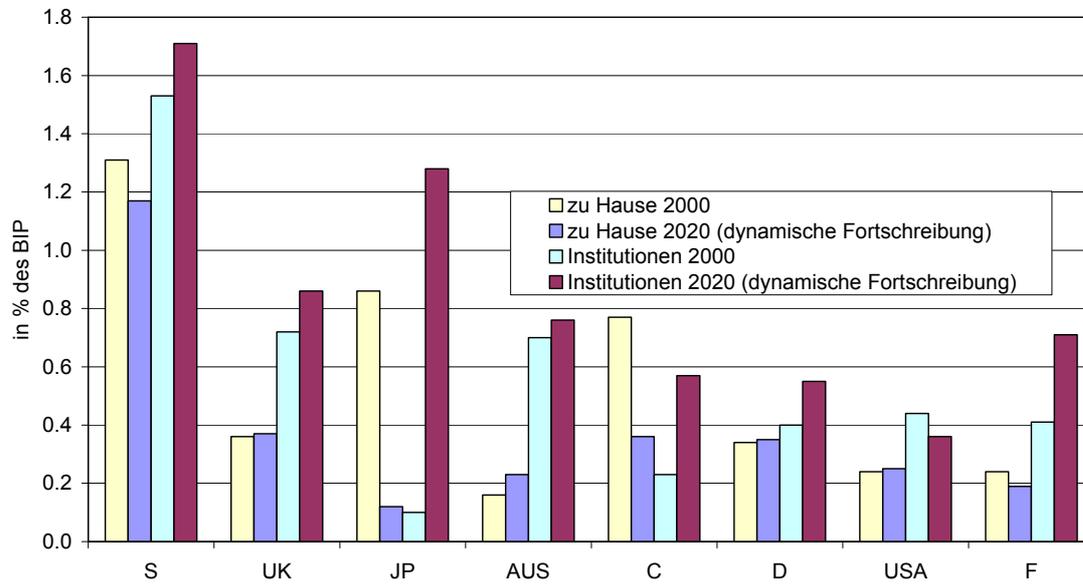
Quelle: Jacobzone Stephane (1999)

Die OECD stellt jedoch fest, dass ein Grossteil der Langzeitpflege (bis 4/5 der erfassten Leistungen der Langzeitpflege) vom informellen Sektor erbracht wird und somit nicht in den offiziellen Statistiken erscheint<sup>28</sup>.

In der nächsten Abbildung wird nach der Art der Pflege (Pflege zu Hause oder in einer Institution) beim dynamischen Ansatz unterschieden. Wie die Resultate zeigen, ist im Bereich der Pflege in Institutionen mit einer Zunahme der finanziellen Belastung zu rechnen (ca. 0.2 Prozent des BIP mit Ausnahme von Japan), wobei sich die entsprechenden Ausgaben bereits auf einem sehr hohen Niveau bewegen. Hingegen sollten die öffentlichen Haushalte bei den Ausgaben für die Pflege zu Hause eher von einem leichten Rückgang ihrer Belastung (in Prozenten des BIP) profitieren.

<sup>28</sup> Jacobzone Stephane (1999) Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers No 38, OCDE, Paris, p.12.

**Abbildung 6.3: Öffentliche Ausgaben in den Jahren 2000 und 2020 für die Langzeitpflege zu Hause und in den Institutionen. Angaben in Prozenten des BIP gemäss einer dynamischen Schätzung für verschiedene Länder der OECD**



Quelle : Jacobzone Stephane (1999)

## 7 Neuer Finanzausgleich (NFA)

Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleiches und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) sind auch in den Bereichen der AHV und IV Änderungen der Verteilungslast geplant:

- Im Bereich der Spitex-Subventionierung durch den Bund gemäss Artikel 101bis AHVG ist als neue Lösung vorgesehen, dass die Subventionierung der kantonalen und kommunalen Spitex-Organisationen (Krankenpflege, Hauspflege, Haushaltshilfe) kantonalisiert wird<sup>29</sup>. Beim Bund verbleibt die Subventionierung der privaten Organisationen für deren gesamtschweizerischen Tätigkeiten (Beratung und Betreuung betagter Personen, Organisation von Kursen und Weiterbildung).
- Im Bereich der EL sieht die neue Aufgabenteilung vor, dass der Bund vorwiegend für die Existenzsicherung zuständig ist, während die Kantone teilweise für die Existenzsicherung und vollständig für diejenigen Bereiche, welche in Zusammenhang mit Heim- oder Gesundheitskosten stehen<sup>30</sup>.

In unserem Modell zur Schätzung der demografiebedingten Kostenentwicklung, welches auch die Entwicklung der einzelnen Finanzierungsträger sowie die Aufteilung der Finanzierungslasten beinhaltet, sind angesichts des statischen Charakters die Effekte des NFA logischerweise nicht berücksichtigt. In qualitativer Hinsicht lassen sich bezogen auf die Schätzung aber folgende Aussagen anfügen:

- Am Ausmass der geschätzten Kostenentwicklung ändert der NFA grundsätzlich nichts.
- Veränderungen ergeben sich hingegen aus der Sicht der Finanzierungsträger: Im Bereich der Spitex wird aufgrund der wegfallenden Subventionierung durch den Bund die AHV entlastet, während im Gegenzug die Kantone belastet werden. Für die EL, die im Modell als separater Finanzierungsträger ausgewiesen werden, ist theoretisch davon auszugehen, dass sich keine Änderungen ergeben, da sich „nur“ die Finanzierung ändert. Ob und wie weit sich die neue Finanzierung auch auf Höhe und Volumen der gewährten EL auswirkt, muss an dieser Stelle offen gelassen werden.
- Veränderungen ergeben sich ebenfalls aus Sicht der Finanzierungslast: Hier wird es aufgrund der Neuregelung der EL und der Spitex-Subventionen zu einer Verschiebung zu Lasten der Kantons- und Gemeindesteuern kommen.

---

29 Botschaft zur Neugestaltung des Finanzausgleiches und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen vom 14. November 2001, S. 2444

30 dto., S. 2436 ff.

## 8 Schlussbemerkungen

Alle Schätzungen weisen auf eine deutliche Zunahme der Kosten bei der Pflege hin. Obwohl die vorliegende Schätzung statischer Natur ist und deshalb mögliche Veränderungen im Bereich der Pflegebedürftigkeit oder des medizinischen Fortschritts nicht berücksichtigen kann, wird aufgrund der Grössenordnungen der Schätzungen deutlich, dass die Demographie ein wichtiger Bestimmungsfaktor der zukünftigen Kostenentwicklung im Pflegebereich ist, insbesondere bei der Alterspflege. Zudem hat der Blick in die Vergangenheit gezeigt, dass andere Einflussfaktoren für die Bestimmung der Entwicklungsdynamik – auch wenn sie im Moment zahlenmässig nicht fassbar sind – von bestimmender Bedeutung sind. Da diese anderen Faktoren bei der Kostenentwicklung eine starke Rolle spielen, wäre die Kostenentwicklung insgesamt auch dann noch erheblich, wenn die Anzahl Pflegebedürftige weniger stark anstiege als dies gemäss unserem Demografiemodell zu erwarten wäre, wenn also die steigende Lebenserwartung mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit einherginge.

Während mit grosser Sicherheit mit einer Zunahme der Lebenserwartung und mit wohl erheblichem Fortschritt im medizinischen Bereich gerechnet werden kann, ist offen, ob sich daraus eine Verminderung oder nur ein Hinausschieben der Pflegeabhängigkeit ergibt.

Der zu erwartende Pflegebedarf ist in irgendeiner Form zu finanzieren. Offen bleibt aber, über welche Quelle (Sozialversicherungen, Steuern, Haushalte u.a.) und/oder mit welchen Massnahmen (Ausbau der Spitex, Innovationen zur Förderung der Autonomie der Pflegebedürftigen, Prozessoptimierung im Pflegeheimbereich u.a.); dafür braucht es Diskussionen und Anstrengungen auf politischer Ebene, wobei gleichzeitig auch über grundsätzliche Fragen - wie etwa die Stellung von älteren Menschen in unserer Gesellschaft - zu diskutieren ist.

## Literaturverzeichnis

Abrahamsen Y., B. Schips (2002), *Quantitative Analyse des Systems der Krankenpflegeversicherung*, KOF/ETH, Zürich (.)

Beck K., U. Käser-Meier (2003), *Die Krankheitskosten im Todesfall – Eine deskriptiv statistische Analyse*, Online-Ausgabe von Managed Care 02/2003 ([www.medpoint.ch](http://www.medpoint.ch)).

Bundesamt für Statistik (2002), *Kosten des Gesundheitswesens – Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995*, BFS, Neuenburg

Bundesamt für Statistik (2002 b), *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000-2060 – Vollständiger Szenariensatz*, BFS, Neuenburg

Crivelli L., M. Filippini, D. Lunati (2001), *Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz*, seco, Bern.

Eidgenössische Departement des Innern (2002), *Bericht über eine aktualisierte Gesamtschau des finanziellen Mehrbedarfs der Sozialversicherungen bis zum Jahr 2025 vom 17. Mai 2002*, EDI, Bern ([www.bsv.admin.ch/sv/projekt/d/d\\_gesamtschau\\_020517.pdf](http://www.bsv.admin.ch/sv/projekt/d/d_gesamtschau_020517.pdf))

European Commission (2001), *Budgetary challenges posed by ageing populations : the impact on public spending on pensions, health and long term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances* Economic Policy Committee, Bruxelles.

Höpflinger F, V. Hugentobler (2003), *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, Bern.

Jacobzone S., E. Cambois, E Chaplain, J.M. Robine (1998) *Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact on an improving health of older persons*, Ageing Working Paper AWP 4.2, OECD, Paris.

Jacobzone S. (1999) *Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives*, Labour Market and Social Policy, Occasional Papers No 38, OCDE, Paris.

Office fédéral de la statistique (2002), *Coûts du système de santé – Résultats détaillés 2000 et évolution depuis 1995*, OFS, Neuchâtel.

Oggier W. (2002), *Die Pflegefinanzierung in der Schweiz – eine Analyse aus gesundheitsökonomischer Sicht*, Expertenbericht im Auftrag des BSV, Bern.

Schmid H., A. Sousa-Poza, R. Widmer (2002), *Monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit, eine empirische Analyse für die Schweiz anhand der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung*, OFS, Neuchâtel.

Schweizerischer Seniorenrat (2003), *Bericht zur Reform der Langzeitpflege - Modell zur zukünftigen Finanzierung*, ([www.ssr-csa.ch/d/data/131/bericht\\_langzeitpflege\\_plenum.pdf](http://www.ssr-csa.ch/d/data/131/bericht_langzeitpflege_plenum.pdf)), Zürich.

Wenger B. (2003), *Finanzierung der stationären Langzeitpflege*, sipp focus Ausgabe 1 / 03 ([www.sipp-schweiz.ch/pdf/Sipp-Focus%201-03-dt.pdf](http://www.sipp-schweiz.ch/pdf/Sipp-Focus%201-03-dt.pdf)).

Zweifel P., S. Felder und M. Meier (1996), *Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation*, in: Oberender P. (Hrsg.), *Alter und Gesundheit*, Gesundheitsökonomische Beiträge 26, Baden-Baden.

## **Anhang : Tabellen**

**Tabelle A1: Finanzierung der Pflege nach Direktzahler 1995 - 2000, in Mio. Franken**

Pflegeheime	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Mio CHF	%										
Anteil KVG	406.1	9.7	436.9	9.9	775.0	16.9	926.7	19.2	992.6	20.1	1'033.2	19.9
andere Soz.-vers.	1.4	0.0	0.6	0.0	1.2	0.0	1.4	0.0	1.7	0.0	1.7	0.0
Kantone/Gemeinden	457.9	10.9	444.8	10.0	321.6	7.0	307.9	6.4	322.7	6.5	253.5	4.9
Haushalte	3'296.1	78.3	3'499.0	79.0	3'445.9	75.0	3'541.9	73.3	3'564.9	72.2	3'841.4	73.9
Übrige priv. Finanz.	45.4	1.1	47.8	1.1	49.6	1.1	52.2	1.1	53.3	1.1	65.1	1.3
<b>Total</b>	<b>4'206.9</b>	<b>100.0</b>	<b>4'429.1</b>	<b>100.0</b>	<b>4'593.3</b>	<b>100.0</b>	<b>4'830.1</b>	<b>100.0</b>	<b>4'935.2</b>	<b>100.0</b>	<b>5'194.8</b>	<b>100.0</b>

Spitex	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Mio CHF	%										
Anteil KVG	108.1	15.4	116.3	15.1	168.2	21.9	190.1	23.3	199.7	23.5	215.2	24.2
andere Soz.-vers.	120.9	17.2	128.2	16.6	159.5	20.8	162.5	20.0	163.1	19.2	167.9	18.9
Kantone/Gemeinden	191.4	27.3	248.7	32.2	258.6	33.7	266.8	32.8	254.7	30.0	299.7	33.7
Haushalte	228.1	32.5	225.3	29.2	129.9	16.9	149.5	18.4	187.9	22.1	159.0	17.9
Übrige priv. Finanz.	53.7	7.6	54.0	7.0	52.3	6.8	45.6	5.6	43.0	5.1	47.4	5.3
<b>Total</b>	<b>702.3</b>	<b>100.0</b>	<b>772.5</b>	<b>100.0</b>	<b>768.4</b>	<b>100.0</b>	<b>814.5</b>	<b>100.0</b>	<b>848.4</b>	<b>100.0</b>	<b>889.3</b>	<b>100.0</b>

Quelle: BFS (2002)

**Tabelle A2: Finanzierung der Pflege im Jahre 2000 aus Sicht der Sozialversicherungen**

Finanzierungsträger	Pflegeheime		Pflege zu Hause		Total		*)
	Mio CHF	in %	Mio CHF	in %	Mio CHF	in %	
KV (Krankenversicherung, Netto)	1'033.2	19.9	215.2	24.2	1'248.4	20.5	a)
AHV: direkte Subv.	0.0	0.0	157.2	17.7	157.2	2.6	b)
HE (Hilflosenentschädigung) AHV	284.6	5.5	71.1	8.0	355.7	5.8	c)
EL (Ergänzungsleistungen) AHV	895.3	17.2	0.0	0.0	895.3	14.7	d)
IV (Invalidenversicherung): Subv.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	e)
HE (Hilflosenentschädigung) IV	0.0	0.0	32.0	3.6	32.0	0.5	f)
EL (Ergänzungsleistungen) IV	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	g)
UV (Unfallversicherung)	0.0	0.0	10.5	1.2	10.5	0.2	a)
MV (Militärversicherung)	1.7	0.0	0.2	0.0	1.9	0.0	a)
Privatversicherung	0.0	0.0	2.3	0.3	2.3	0.0	a)
Andere private Finanzierung	65.1	1.3	45.1	5.1	110.2	1.8	a)
Kantone/Gemeinden	253.5	4.9	299.7	33.7	553.2	9.1	a)
Sozialhilfe	116.3	2.2	3.8	0.4	120.1	2.0	h)
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	2'545.1	49.0	52.2	5.9	2'597.3	42.7	i)
<b>Total</b>	<b>5'194.8</b>	<b>100.0</b>	<b>889.3</b>	<b>100.0</b>	<b>6'084.1</b>	<b>100.0</b>	<b>a)</b>
Unentgeltliche Hilfe					1'223.0		j)

\*) Quellen und Erläuterungen

a) BFS, Kosten des Gesundheitswesens 2000

b) BFS, Kosten des Gesundheitswesens 2000 / Basis: AHVG Art. 101bis

c) BSV, AHV-Statistik 2002 (Total 355.7 Mio); BSV-intern geschätzte Aufteilung Heime/Spitex: 80%/20%

d) BSV, EL-Statistik 2000; EL für Heimbewohner

e) Annahme, dass keine IV-Subvention in Pflegeheime und Spitex fliessen

f) BSV-interne Schätzung auf Basis der Spitex-Statistik 2000 (Einnahmen für < 65-jährige aus hausw./sozialbetr. Leistungen)

g) Annahme, dass IV-EL nur an BewohnerInnen von Behindertenheimen

h) Schätzung BSV-intern gemäss Aufteilung bei den Haushalten

i) Residualgrösse (Total der Kosten abzüglich aller anderen Finanzierungen)

j) BFS und BSV-interne Schätzung

**Tabelle A3: Finanzierung der Pflege im Jahre 2000 aus Sicht der Finanzierungslastträger**

	<b>Mio CHF</b>	<b>in % Erläuterungen</b>
Kopfprämien	1'248.4	20.5 Nettoleistungen der KV
Lohnbeiträge	136.3	2.2 Subv. AHV (80%), UV
Bundessteuern	1'261.1	20.7 HE/EL AHV (96.36%), Subv. AHV (16.36%), IV (87.5%), MV
Kantons- und Gemeindesteuern	728.6	12.0 Kantone/Gemeinden, AHV (3.64%), IV (12.5%), Sozialhilfe
Pflegebedürftige selber	2'599.6	42.7 Haushalte, Kostenbeteiligung KV und Privatversicherungen
Andere	110.2	1.8 Andere private Finanzierung
Total	6'084.1	100.0

Quellen: BFS (2002), eigene Berechnungen

**Tabelle A4.1: Faktoren zur Extrapolation von Leistungen gemäss der demografischen Entwicklung Szenario A „Trend“**

	2000-2020	2000-2040
<b>HILO-AHV (Kosten)</b>		
a) reine Demografie	1.303	1.746
b) zusätzliche Entwicklung	1.841	3.530
<b>HILO-IV (Kosten)</b>		
a) reine Demografie	1.111	0.997
b) zusätzliche Entwicklung	1.398	1.856
<b>EL-Heim (Kosten)</b>		
a) IV-Bereich	1.038	0.931
b) AHV-Bereich	1.299	1.751
<b>KV-Leistungen</b>		
a) Pflegeheime (Kosten)	1.326	1.796
b) Pflegeheime (Bezüger)	1.315	1.795
c) Spitex (Kosten)	1.332	1.760
<b>Durchschnitte:</b>		
HILO-AHV/KV-Heime	1.314	1.771
HILO-AHV/KV-Spitex	1.317	1.753

Quellen: BFS (2002), BFS (2002 b), eigene Berechnungen

**Tabelle A4.2: Faktoren zur Extrapolation von Leistungen gemäss der demografischen Entwicklung Szenario D „verstärkte Alterung“**

	2000-2020	2000-2040
<b>HILO-AHV (Kosten)</b>		
a) reine Demografie	1.337	1.928
b) zusätzliche Entwicklung	1.890	3.896
<b>HILO-IV (Kosten)</b>		
a) reine Demografie	1.084	0.920
b) zusätzliche Entwicklung	1.477	1.856
<b>EL-Heim (Kosten)</b>		
a) IV-Bereich	1.008	0.850
b) AHV-Bereich	1.338	1.941
<b>KV-Leistungen</b>		
a) Pflegeheime (Kosten)	1.362	1.996
b) Pflegeheime (Bezüger)	1.351	1.994
c) Spitex (Kosten)	1.366	1.932
<b>Durchschnitte:</b>		
HILO-AHV/KV-Heime	1.350	1.962
HILO-AHV/KV-Spitex	1.352	1.930

Quellen: BFS (2002), BFS (2002 b), eigene Berechnungen

**Tabelle A4.3: Faktoren zur Extrapolation von Leistungen gemäss der demografischen Entwicklung Szenario E „abgeschwächte Alterung“**

	2000-2020	2000-2040
<b>HILO-AHV (Kosten)</b>		
a) reine Demografie	1.282	1.644
b) zusätzliche Entwicklung	1.810	3.324
<b>HILO-IV (Kosten)</b>		
a) reine Demografie	1.135	1.065
b) zusätzliche Entwicklung	1.338	1.856
<b>EL-Heim (Kosten)</b>		
a) IV-Bereich	1.067	1.005
b) AHV-Bereich	1.282	1.653
<b>KV-Leistungen</b>		
a) Pflegeheime (Kosten)	1.304	1.686
b) Pflegeheime (Bezüger)	1.293	1.685
c) Spitex (Kosten)	1.311	1.662
<b>Durchschnitte:</b>		
HILO-AHV/KV-Heime	1.293	1.665
HILO-AHV/KV-Spitex	1.296	1.653

Quellen: BFS (2002), BFS (2002 b), eigene Berechnungen

**Tabelle A5.1: Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken)  
Pflege zu Hause und im Heim, Frauen und Männer**

Alter	Frauen			Männer			Frauen und Männer			Bevölkerung		
	Total zu Hause	Total Im Heim	Total	Total zu Hause	Total Im Heim	Total	Total zu Hause	Total Im Heim	Total	Frauen (61+)	Männer (61+)	Total (61+)
61	82	195	278	57	170	227	70	183	253	37'104	35'093	72'197
62	142	589	731	56	170	226	100	386	486	36'125	33'968	70'093
63	141	591	732	58	170	228	101	388	489	34'825	32'356	67'181
64	149	622	770	61	170	231	107	407	514	35'325	32'058	67'383
65	160	694	853	133	669	801	147	682	829	34'701	31'348	66'049
66	194	874	1'068	173	795	969	185	837	1'021	34'393	30'407	64'800
67	199	902	1'101	189	916	1'105	195	909	1'103	33'590	28'666	62'256
68	219	1'021	1'240	191	916	1'107	206	973	1'179	33'284	28'180	61'464
69	224	1'044	1'268	212	1'023	1'235	219	1'034	1'253	32'612	26'896	59'508
70	221	1'033	1'254	213	1'019	1'233	218	1'027	1'245	32'804	26'361	59'165
71	324	1'529	1'852	288	1'414	1'702	308	1'479	1'787	31'734	24'657	56'391
72	337	1'599	1'935	321	1'625	1'947	330	1'610	1'940	31'092	23'425	54'517
73	361	1'776	2'137	314	1'564	1'877	341	1'685	2'026	29'918	22'336	52'254
74	389	1'913	2'301	331	1'672	2'002	365	1'812	2'177	29'983	21'375	51'358
75	401	2'011	2'412	337	1'713	2'051	375	1'888	2'263	29'311	20'576	49'887
76	657	3'524	4'181	541	2'629	3'170	611	3'166	3'777	28'627	19'068	47'695
77	689	3'763	4'452	560	2'793	3'353	637	3'374	4'011	27'476	18'403	45'879
78	750	4'144	4'894	639	3'142	3'781	706	3'748	4'454	25'908	16'922	42'830
79	772	4'349	5'121	648	3'306	3'954	724	3'947	4'672	26'114	16'362	42'476
80	797	4'505	5'302	661	3'310	3'971	745	4'050	4'795	24'281	14'943	39'224
81	1'269	8'074	9'343	1'089	5'362	6'450	1'202	7'058	8'260	19'815	11'861	31'676
82	1'345	8'489	9'835	1'021	5'082	6'102	1'226	7'233	8'459	18'096	10'561	28'657
83	1'470	9'301	10'771	1'195	6'118	7'313	1'373	8'179	9'553	16'942	9'219	26'161
84	1'551	9'884	11'435	1'180	6'096	7'276	1'423	8'578	10'001	15'884	8'359	24'243
85	1'804	11'443	13'247	1'390	7'213	8'603	1'667	10'047	11'714	14'903	7'340	22'243
86	2'275	16'517	18'793	1'739	9'679	11'417	2'102	14'306	16'408	14'965	7'151	22'116
87	2'404	17'367	19'772	1'825	10'146	11'971	2'227	15'161	17'388	13'352	5'874	19'226
88	2'568	18'371	20'939	1'876	10'393	12'269	2'366	16'041	18'407	11'917	4'917	16'834
89	2'790	19'677	22'467	2'069	11'694	13'763	2'594	17'511	20'106	10'096	3'758	13'854
90	2'992	20'942	23'934	2'003	11'109	13'112	2'730	18'341	21'071	8'610	3'098	11'708
91	3'837	31'377	35'214	3'197	18'879	22'076	3'676	28'238	31'914	6'881	2'308	9'189
92	3'901	31'838	35'739	3'397	19'594	22'992	3'784	29'007	32'791	5'681	1'709	7'390
93	4'340	34'025	38'365	3'458	20'516	23'974	4'143	31'010	35'153	4'122	1'184	5'306
94	4'502	34'823	39'326	3'730	21'590	25'320	4'336	31'977	36'314	3'117	854	3'971
95	4'737	35'794	40'531	4'035	22'523	26'558	4'608	33'348	37'956	2'235	505	2'740
96	5'430	47'249	52'679	4'528	31'009	35'536	5'280	44'550	49'829	1'580	315	1'895
97	6'018	51'026	57'045	5'027	34'514	39'541	5'854	48'283	54'137	1'054	210	1'264
98	5'643	48'621	54'264	5'045	31'906	36'951	5'559	46'270	51'829	776	127	903
99+	6'087	50'018	56'105	4'387	30'985	35'373	5'874	47'639	53'513	1'253	179	1'432
Summe	605'373'690	3'889'755'837	4'495'129'527	254'380'012	1'305'044'163	1'559'424'175	859'753'702	5'194'800'000	6'054'553'702	800'486	582'929	1'383'415

Quellen: Verschiedene BSV-Statistiken, Abrahamsen Y., B. Schips (2002), eigene Berechnungen

**Tabelle A5.2: Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken)  
Pflege zu Hause, Frauen**

Alter	AHV Subv. zu Hause	HILO-AHV / IV zu Hause	KV-netto zu Hause	KV-Kostenbet zu Hause	UV zu Hause	MV zu Hause	Priv.Vers. Zu Hause	priv. Finanz. zu Hause	Kt./Gmde zu Hause	Soz.Hilfe zu Hause	Haushalte zu Hause	Total zu Hause	Bevölkerung Frauen
61		14	34	6			0	4	24	0	1	82	37'104
62	27	12	34	6	2	0	0	7	50	1	2	142	36'125
63	27	12	34	6	2	0	0	7	49	1	2	141	34'825
64	30	14	34	6	2	0	0	8	52	1	2	149	35'325
65	34	15	34	6	2	0	0	8	56	1	3	160	34'701
66	33	15	52	9	2	0	1	10	68	1	3	194	34'393
67	35	16	52	9	2	0	1	10	70	1	3	199	33'590
68	42	19	52	9	3	0	1	12	77	1	4	219	33'284
69	44	20	52	9	3	0	1	12	79	1	4	224	32'612
70	43	19	52	9	3	0	1	12	77	1	4	221	32'804
71	48	22	97	17	3	0	1	17	113	1	5	324	31'734
72	52	24	97	17	4	0	1	18	117	1	6	337	31'092
73	62	28	97	17	4	0	1	19	126	2	6	361	29'918
74	72	32	97	17	5	0	1	20	136	2	6	389	29'983
75	76	35	97	17	5	0	1	21	140	2	7	401	29'311
76	92	42	202	36	6	0	2	34	229	3	11	657	28'627
77	104	47	202	36	7	0	2	36	240	3	11	689	27'476
78	127	57	202	36	8	0	2	39	262	3	12	750	25'908
79	135	61	202	36	9	0	2	41	270	3	13	772	26'114
80	144	65	202	36	10	0	2	42	279	4	13	797	24'281
81	184	83	383	67	12	0	3	67	442	6	21	1'269	19'815
82	213	96	383	67	14	0	4	71	469	6	22	1'345	18'096
83	259	117	383	67	17	0	4	77	514	7	25	1'470	16'942
84	289	131	383	67	19	0	4	82	542	7	26	1'551	15'884
85	383	173	383	67	26	0	5	95	632	8	30	1'804	14'903
86	394	178	601	106	26	1	6	120	795	10	38	2'275	14'965
87	443	200	601	106	30	1	6	126	841	11	40	2'404	13'352
88	503	228	601	106	34	1	7	135	899	11	43	2'568	11'917
89	586	265	601	106	39	1	8	147	978	12	47	2'790	10'096
90	661	299	601	106	44	1	8	158	1'049	13	50	2'992	8'610
91	774	350	870	153	52	1	10	202	1'344	17	64	3'837	6'881
92	798	361	870	153	53	1	10	206	1'366	17	65	3'901	5'681
93	961	435	870	153	64	1	12	229	1'522	19	73	4'340	4'122
94	1'022	462	870	153	68	1	12	238	1'580	20	75	4'502	3'117
95	1'110	502	870	153	74	1	13	250	1'664	21	79	4'737	2'235
96	1'186	536	1'111	196	79	2	15	287	1'904	24	91	5'430	1'580
97	1'405	636	1'111	196	94	2	16	318	2'113	27	101	6'018	1'054
98	1'265	572	1'111	196	85	2	15	298	1'980	25	94	5'643	776
99+	1'431	647	1'111	196	96	2	16	322	2'138	27	102	6'087	1'253
Summe	113'168'835	51'691'632	148'845'039	26'213'880	7'558'987	143'981	1'623'297	31'830'737	211'522'660	2'681'969	10'092'673	605'373'690	800'486

Quellen: Verschiedene BSV-Statistiken, Abrahamsen Y., B. Schips (2002), eigene Berechnungen

**Tabelle A5.3: Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken)  
Pflege im Heim, Frauen**

Alter	HILO-AHV im Heim	EL-AHV im Heim	KV-netto im Heim	KV-Kostenbet im Heim	MV im Heim	priv. Finanz. Im Heim	Kt./Gmde Im Heim	Soz.Hilfe Im Heim	Haushalte Im Heim	Total Im Heim	Bevölkerung
61			77	14		2	9	4	88	195	37'104
62	50	100	77	14	0	8	32	14	294	589	36'125
63	49	106	77	14	0	8	31	14	291	591	34'825
64	54	106	77	14	0	9	34	15	313	622	35'325
65	62	134	77	14	0	9	37	17	344	694	34'701
66	60	156	144	25	0	11	44	20	413	874	34'393
67	63	165	144	25	0	12	46	21	427	902	33'590
68	76	206	144	25	0	13	52	24	481	1'021	33'284
69	80	206	144	25	0	14	53	24	497	1'044	32'612
70	78	208	144	25	0	13	52	24	488	1'033	32'804
71	86	260	300	53	1	19	75	34	701	1'529	31'734
72	95	278	300	53	1	20	79	36	737	1'599	31'092
73	111	358	300	53	1	22	86	40	805	1'776	29'918
74	130	385	300	53	1	24	95	43	882	1'913	29'983
75	138	433	300	53	1	25	98	45	917	2'011	29'311
76	167	580	773	136	1	43	169	78	1'577	3'524	28'627
77	189	690	773	136	1	46	179	82	1'667	3'763	27'476
78	230	828	773	136	1	51	197	90	1'838	4'144	25'908
79	245	945	773	136	1	52	204	93	1'900	4'349	26'114
80	261	1'002	773	136	2	54	211	97	1'969	4'505	24'281
81	333	1'409	1'854	326	2	97	376	172	3'505	8'074	19'815
82	385	1'520	1'854	326	2	102	399	183	3'718	8'489	18'096
83	469	1'831	1'854	326	3	112	436	200	4'069	9'301	16'942
84	523	2'093	1'854	326	3	118	461	211	4'294	9'884	15'884
85	694	2'642	1'854	326	4	138	537	246	5'002	11'443	14'903
86	714	2'586	3'835	674	4	202	788	362	7'351	16'517	14'965
87	801	2'920	3'835	674	5	212	827	380	7'713	17'367	13'352
88	911	3'272	3'835	674	5	225	876	402	8'170	18'371	11'917
89	1'061	3'688	3'835	674	6	242	943	433	8'793	19'677	10'096
90	1'198	4'148	3'835	674	7	258	1'004	461	9'359	20'942	8'610
91	1'401	4'574	7'314	1'286	8	391	1'521	698	14'183	31'377	6'881
92	1'444	4'781	7'314	1'286	9	396	1'540	707	14'362	31'838	5'681
93	1'741	5'212	7'314	1'286	10	429	1'672	767	15'592	34'025	4'122
94	1'850	5'360	7'314	1'286	11	442	1'721	790	16'048	34'823	3'117
95	2'009	5'391	7'314	1'286	12	460	1'792	822	16'707	35'794	2'235
96	2'147	5'356	11'533	2'028	13	609	2'371	1'088	22'104	47'249	1'580
97	2'544	6'781	11'533	2'028	15	654	2'548	1'169	23'754	51'026	1'054
98	2'291	5'875	11'533	2'028	14	625	2'435	1'117	22'702	48'621	776
99+	2'590	5'498	11'533	2'028	15	660	2'568	1'178	23'946	50'018	1'253
Summe	204'884'544	689'533'670	785'304'238	138'104'704	1'223'836	48'173'136	187'586'634	86'060'456	1'748'884'620	3'889'755'837	800'486

Quellen: Verschiedene BSV-Statistiken, Abrahamsen Y., B. Schips (2002), eigene Berechnungen

**Tabelle A5.4: Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken)  
Pflege zu Hause, Männer**

Alter	AHV Subv. zu Hause	HILO-AHV/IV zu Hause	KV-netto zu Hause	KV-Kostenbet zu Hause	UV zu Hause	MV zu Hause	Priv.Vers. Zu Hause	priv. Finanz. zu Hause	Kt./Gmde zu Hause	Soz.Hilfe zu Hause	Haushalte zu Hause	Total zu Hause	Bevölkerung
61		13	21	4			0	2	15	0	1	57	35'093
62		13	21	4			0	2	15	0	1	56	33'968
63		15	21	4			0	2	15	0	1	58	32'356
64		17	21	4			0	2	15	0	1	61	32'058
65	33	15	21	4	2	0	0	7	47	1	2	133	31'348
66	34	15	41	7	2	0	0	9	61	1	3	173	30'407
67	40	18	41	7	3	0	1	10	66	1	3	189	28'666
68	41	18	41	7	3	0	1	10	67	1	3	191	28'180
69	48	22	41	7	3	0	1	11	74	1	4	212	26'896
70	49	22	41	7	3	0	1	11	75	1	4	213	26'361
71	52	23	74	13	3	0	1	15	101	1	5	288	24'657
72	64	29	74	13	4	0	1	17	113	1	5	321	23'425
73	61	28	74	13	4	0	1	17	110	1	5	314	22'336
74	68	31	74	13	5	0	1	17	116	1	6	331	21'375
75	70	32	74	13	5	0	1	18	118	1	6	337	20'576
76	87	39	152	27	6	0	1	28	189	2	9	541	19'068
77	94	42	152	27	6	0	2	29	196	2	9	560	18'403
78	123	56	152	27	8	0	2	34	224	3	11	639	16'922
79	126	57	152	27	8	0	2	34	227	3	11	648	16'362
80	132	59	152	27	9	0	2	35	231	3	11	661	14'943
81	167	75	317	56	11	0	3	57	380	5	18	1'089	11'861
82	141	64	317	56	9	0	3	53	355	5	17	1'021	10'561
83	206	93	317	56	14	0	3	63	417	5	20	1'195	9'219
84	201	91	317	56	13	0	3	62	412	5	20	1'180	8'359
85	279	126	317	56	19	0	4	73	487	6	23	1'390	7'340
86	251	113	527	93	17	0	5	91	606	8	29	1'739	7'151
87	283	128	527	93	19	0	5	96	636	8	30	1'825	5'874
88	302	136	527	93	20	0	5	98	655	8	31	1'876	4'917
89	374	169	527	93	25	0	6	109	723	9	34	2'069	3'758
90	349	158	527	93	23	0	5	105	700	9	33	2'003	3'098
91	424	192	1'017	179	28	1	9	167	1'113	14	53	3'197	2'308
92	499	226	1'017	179	33	1	9	178	1'184	15	56	3'397	1'709
93	521	236	1'017	179	35	1	9	181	1'205	15	58	3'458	1'184
94	623	282	1'017	179	42	1	10	196	1'302	17	62	3'730	854
95	737	333	1'017	179	49	1	11	212	1'410	18	67	4'035	505
96	757	343	1'233	217	51	1	12	238	1'581	20	75	4'528	315
97	944	427	1'233	217	63	1	13	265	1'758	22	84	5'027	210
98	950	430	1'233	217	63	1	14	265	1'764	22	84	5'045	127
99+	705	319	1'233	217	47	1	12	230	1'531	19	73	4'387	179
Summe	44'031'165	19'914'859	66'354'961	11'686'120	2'941'013	56'019	676'703	13'269'263	88'177'340	1'118'031	4'207'327	<b>254'380'012</b>	582'929

Quellen: Verschiedene BSV-Statistiken, Abrahamsen Y., B. Schips (2002), eigene Berechnungen

**Tabelle A5.5: Schätzung der Durchschnittskosten im Jahr 2000 (pro Kopf der Bevölkerung, in Franken)  
Pflege im Heim, Männer**

Alter	HILO-AHV im Heim	EL-AHV im Heim	KV-netto im Heim	KV-Kostenbet im Heim	MV im Heim	priv. Finanz. Im Heim	Kt./Gmde Im Heim	Soz.Hilfe Im Heim	Haushalte Im Heim	Total Im Heim	Bevölkerung
61			67	12		2	8	4	77	170	35'093
62			67	12		2	8	4	77	170	33'968
63			67	12		2	8	4	77	170	32'356
64			67	12		2	8	4	77	170	32'058
65	60	141	67	12	0	9	35	16	328	669	31'348
66	61	131	119	21	0	11	42	19	391	795	30'407
67	72	190	119	21	0	12	47	21	435	916	28'666
68	73	180	119	21	0	12	47	22	441	916	28'180
69	88	204	119	21	1	14	54	25	500	1'023	26'896
70	88	195	119	21	1	14	54	25	503	1'019	26'361
71	94	229	249	44	1	19	72	33	674	1'414	24'657
72	116	307	249	44	1	21	82	38	767	1'625	23'425
73	111	277	249	44	1	21	80	37	745	1'564	22'336
74	122	316	249	44	1	22	85	39	793	1'672	21'375
75	127	331	249	44	1	22	87	40	812	1'713	20'576
76	157	402	513	90	1	34	133	61	1'239	2'629	19'068
77	170	489	513	90	1	36	139	64	1'292	2'793	18'403
78	223	524	513	90	1	42	162	74	1'513	3'142	16'922
79	229	653	513	90	1	42	165	76	1'537	3'306	16'362
80	238	603	513	90	1	43	169	78	1'575	3'310	14'943
81	302	707	1'134	199	2	70	273	125	2'549	5'362	11'861
82	256	699	1'134	199	2	65	253	116	2'358	5'082	10'561
83	373	1'039	1'134	199	2	78	305	140	2'847	6'118	9'219
84	363	1'076	1'134	199	2	77	301	138	2'805	6'096	8'359
85	505	1'355	1'134	199	3	93	364	167	3'393	7'213	7'340
86	454	1'222	2'281	401	3	124	482	221	4'492	9'679	7'151
87	512	1'344	2'281	401	3	130	508	233	4'734	10'146	5'874
88	546	1'387	2'281	401	3	134	523	240	4'877	10'393	4'917
89	676	1'918	2'281	401	4	149	581	267	5'417	11'694	3'758
90	632	1'596	2'281	401	4	144	561	258	5'233	11'109	3'098
91	768	2'237	4'780	841	5	238	928	426	8'656	18'879	2'308
92	903	2'154	4'780	841	5	254	989	454	9'216	19'594	1'709
93	944	2'835	4'780	841	6	259	1'007	462	9'385	20'516	1'184
94	1'128	2'819	4'780	841	7	280	1'089	499	10'149	21'590	854
95	1'333	2'533	4'780	841	8	303	1'180	541	11'003	22'523	505
96	1'371	2'877	7'910	1'391	8	406	1'581	725	14'740	31'009	315
97	1'708	4'385	7'910	1'391	10	445	1'731	794	16'140	34'514	210
98	1'720	1'707	7'910	1'391	10	446	1'736	797	16'189	31'906	127
99+	1'276	3'414	7'910	1'391	8	395	1'539	706	14'346	30'985	179
Summe	79'715'456	205'766'330	247'895'762	43'595'296	476'164	16'926'864	65'913'366	30'239'544	614'515'380	1'305'044'163	582'929

Quellen: Verschiedene BSV-Statistiken, Abrahamsen Y., B. Schips (2002), eigene Berechnungen

**Tabelle A6.1: Demografiebedingte Entwicklung der Pflegekosten, Sicht Sozialversicherung  
Bevölkerungsszenario A (Trend)**

Extrapolation	2000 (Ist) in Mio CHF			2020 (Schätzung) in Mio CHF			2040 (Schätzung) in Mio CHF		
	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total
KV (Krankenversicherung, Netto)	1'033.2	215.2	1'248.4	1'370.0	286.6	1'656.7	1'855.6	378.8	2'234.4
AHV: direkte Subv.	0.0	157.2	157.2	0.0	204.8	204.8	0.0	274.5	274.5
HE (Hilflosenentschädigung) AHV	284.6	71.1	355.7	370.8	92.6	463.5	496.9	124.1	621.1
EL (Ergänzungsleistungen) AHV	895.3	0.0	895.3	1'163.0	0.0	1'163.0	1'567.7	0.0	1'567.7
IV (Invalidenversicherung): Subv.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
HE (Hilflosenentschädigung) IV	0.0	32.0	32.0	0.0	35.6	35.6	0.0	31.9	31.9
EL (Ergänzungsleistungen) IV	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
UV (Unfallversicherung)	0.0	10.5	10.5	0.0	13.7	13.7	0.0	18.3	18.3
MV (Militärversicherung)	1.7	0.2	1.9	2.2	0.3	2.5	3.0	0.3	3.3
Privatversicherung	0.0	2.3	2.3	0.0	3.0	3.0	0.0	4.0	4.0
Andere private Finanzierung	65.1	45.1	110.2	85.5	59.4	144.9	115.3	79.1	194.4
Kantone/Gemeinden	253.5	299.7	553.2	333.1	394.7	727.8	448.9	525.4	974.3
Sozialhilfe	116.3	3.8	120.1	152.8	5.0	157.8	206.0	6.7	212.6
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	2'545.1	52.2	2'597.3	3'344.3	68.7	3'413.0	4'507.4	91.5	4'598.9
<b>Total</b>	<b>5'194.8</b>	<b>889.3</b>	<b>6'084.1</b>	<b>6'821.8</b>	<b>1'164.5</b>	<b>7'986.3</b>	<b>9'200.8</b>	<b>1'534.6</b>	<b>10'735.3</b>
Unentgeltliche Hilfe			1'223.0			1'593.6			2'135.4

Prozentuale Entwicklung	Differenz 2020/2000			Differenz 2040/2020			Differenz 2040/2000		
	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total
KV (Krankenversicherung, Netto)	32.6%	33.2%	32.7%	35.4%	32.1%	34.9%	79.6%	76.0%	79.0%
AHV: direkte Subv.	-	30.3%	30.3%	-	34.0%	34.0%	-	74.6%	74.6%
HE (Hilflosenentschädigung) AHV	30.3%	30.3%	30.3%	34.0%	34.0%	34.0%	74.6%	74.6%	74.6%
EL (Ergänzungsleistungen) AHV	29.9%	-	29.9%	34.8%	-	34.8%	75.1%	-	75.1%
IV (Invalidenversicherung): Subv.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HE (Hilflosenentschädigung) IV	-	11.1%	11.1%	-	-10.3%	-10.3%	-	-0.3%	-0.3%
EL (Ergänzungsleistungen) IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UV (Unfallversicherung)	-	30.3%	30.3%	-	34.0%	34.0%	-	74.6%	74.6%
MV (Militärversicherung)	30.3%	30.3%	30.3%	34.0%	34.0%	34.0%	74.6%	74.6%	74.6%
Privatversicherung	-	31.7%	31.7%	-	33.1%	33.1%	-	75.3%	75.3%
Andere private Finanzierung	31.4%	31.7%	31.5%	34.8%	33.1%	34.1%	77.1%	75.3%	76.4%
Kantone/Gemeinden	31.4%	31.7%	31.6%	34.8%	33.1%	33.9%	77.1%	75.3%	76.1%
Sozialhilfe	31.4%	31.7%	31.4%	34.8%	33.1%	34.7%	77.1%	75.3%	77.0%
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	31.4%	31.7%	31.4%	34.8%	33.1%	34.7%	77.1%	75.3%	77.1%
<b>Total</b>	<b>31.3%</b>	<b>30.9%</b>	<b>31.3%</b>	<b>34.9%</b>	<b>31.8%</b>	<b>34.4%</b>	<b>77.1%</b>	<b>72.6%</b>	<b>76.4%</b>
Durchschnittl. jährliches Wachstum	1.37%	1.36%	1.37%	1.51%	1.39%	1.49%	1.44%	1.37%	1.43%

Quellen: BFS (2002), verschiedene BSV-Statistiken, BFS (2002 b), eigene Berechnungen

**Tabelle A6.2: Demografiebedingte Entwicklung der Pflegekosten, Sicht Sozialversicherung  
Bevölkerungsszenario D (Verstärkte Alterung)**

Extrapolation	2000 (Ist) in Mio CHF			2020 (Schätzung) in Mio CHF			2040 (Schätzung) in Mio CHF		
	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total
KV (Krankenversicherung, Netto)	1'033.2	215.2	1'248.4	1'407.2	294.0	1'701.2	2'062.3	415.8	2'478.0
AHV: direkte Subv.	0.0	157.2	157.2	0.0	210.2	210.2	0.0	303.1	303.1
HE (Hilflosenentschädigung) AHV	284.6	71.1	355.7	380.5	95.1	475.6	548.7	137.1	685.8
EL (Ergänzungsleistungen) AHV	895.3	0.0	895.3	1'197.9	0.0	1'197.9	1'737.8	0.0	1'737.8
IV (Invalidenversicherung): Subv.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
HE (Hilflosenentschädigung) IV	0.0	32.0	32.0	0.0	34.7	34.7	0.0	29.4	29.4
EL (Ergänzungsleistungen) IV	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
UV (Unfallversicherung)	0.0	10.5	10.5	0.0	14.0	14.0	0.0	20.2	20.2
MV (Militärversicherung)	1.7	0.2	1.9	2.3	0.3	2.5	3.3	0.4	3.7
Privatversicherung	0.0	2.3	2.3	0.0	3.1	3.1	0.0	4.4	4.4
Andere private Finanzierung	65.1	45.1	110.2	87.9	61.0	148.9	127.7	87.0	214.8
Kantone/Gemeinden	253.5	299.7	553.2	342.2	405.2	747.4	497.4	578.4	1'075.8
Sozialhilfe	116.3	3.8	120.1	157.0	5.1	162.1	228.2	7.3	235.5
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	2'545.1	52.2	2'597.3	3'435.9	70.6	3'506.5	4'993.5	100.7	5'094.2
<b>Total</b>	<b>5'194.8</b>	<b>889.3</b>	<b>6'084.1</b>	<b>7'010.9</b>	<b>1'193.2</b>	<b>8'204.1</b>	<b>10'198.8</b>	<b>1'684.0</b>	<b>11'882.8</b>
Unentgeltliche Hilfe			1'223.0			1'635.2			2'357.9

Prozentuale Entwicklung	Differenz 2020/2000			Differenz 2040/2020			Differenz 2040/2000		
	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total
KV (Krankenversicherung, Netto)	36.2%	36.6%	36.3%	46.5%	41.4%	45.7%	99.6%	93.2%	98.5%
AHV: direkte Subv.	-	33.7%	33.7%	-	44.2%	44.2%	-	92.8%	92.8%
HE (Hilflosenentschädigung) AHV	33.7%	33.7%	33.7%	44.2%	44.2%	44.2%	92.8%	92.8%	92.8%
EL (Ergänzungsleistungen) AHV	33.8%	-	33.8%	45.1%	-	45.1%	94.1%	-	94.1%
IV (Invalidenversicherung): Subv.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HE (Hilflosenentschädigung) IV	-	8.4%	8.4%	-	-15.1%	-15.1%	-	-8.0%	-8.0%
EL (Ergänzungsleistungen) IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UV (Unfallversicherung)	-	33.7%	33.7%	-	44.2%	44.2%	-	92.8%	92.8%
MV (Militärversicherung)	33.7%	33.7%	33.7%	44.2%	44.2%	44.2%	92.8%	92.8%	92.8%
Privatversicherung	-	35.2%	35.2%	-	42.8%	42.8%	-	93.0%	93.0%
Andere private Finanzierung	35.0%	35.2%	35.1%	45.3%	42.8%	44.3%	96.2%	93.0%	94.9%
Kantone/Gemeinden	35.0%	35.2%	35.1%	45.3%	42.8%	43.9%	96.2%	93.0%	94.5%
Sozialhilfe	35.0%	35.2%	35.0%	45.3%	42.8%	45.3%	96.2%	93.0%	96.1%
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	35.0%	35.2%	35.0%	45.3%	42.8%	45.3%	96.2%	93.0%	96.1%
<b>Total</b>	<b>35.0%</b>	<b>34.2%</b>	<b>34.8%</b>	<b>45.5%</b>	<b>41.1%</b>	<b>44.8%</b>	<b>96.3%</b>	<b>89.4%</b>	<b>95.3%</b>
Durchschnittl. jährliches Wachstum	1.51%	1.48%	1.51%	1.89%	1.74%	1.87%	1.70%	1.61%	1.69%

Quellen: BFS (2002), verschiedene BSV-Statistiken, BFS (2002 b), eigene Berechnungen

**Tabelle A6.3: Demografiebedingte Entwicklung der Pflegekosten, Sicht Sozialversicherung  
Bevölkerungsszenario E (Abgeschwächte Alterung)**

Extrapolation	2000 (Ist) in Mio CHF			2020 (Schätzung) in Mio CHF			2040 (Schätzung) in Mio CHF		
	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total
KV (Krankenversicherung, Netto)	1'033.2	215.2	1'248.4	1'347.3	282.1	1'629.4	1'742.0	357.7	2'099.6
AHV: direkte Subv.	0.0	157.2	157.2	0.0	201.5	201.5	0.0	258.4	258.4
HE (Hilflosenentschädigung) AHV	284.6	71.1	355.7	364.9	91.2	456.0	467.9	116.9	584.8
EL (Ergänzungsleistungen) AHV	895.3	0.0	895.3	1'147.8	0.0	1'147.8	1'479.9	0.0	1'479.9
IV (Invalidenversicherung): Subv.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
HE (Hilflosenentschädigung) IV	0.0	32.0	32.0	0.0	36.3	36.3	0.0	34.1	34.1
EL (Ergänzungsleistungen) IV	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
UV (Unfallversicherung)	0.0	10.5	10.5	0.0	13.5	13.5	0.0	17.3	17.3
MV (Militärversicherung)	1.7	0.2	1.9	2.2	0.3	2.4	2.8	0.3	3.1
Privatversicherung	0.0	2.3	2.3	0.0	3.0	3.0	0.0	3.8	3.8
Andere private Finanzierung	65.1	45.1	110.2	84.2	58.4	142.6	108.4	74.6	182.9
Kantone/Gemeinden	253.5	299.7	553.2	327.8	388.4	716.2	422.1	495.4	917.5
Sozialhilfe	116.3	3.8	120.1	150.4	4.9	155.3	193.6	6.3	199.9
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	2'545.1	52.2	2'597.3	3'290.8	67.7	3'358.5	4'237.6	86.3	4'323.9
<b>Total</b>	<b>5'194.8</b>	<b>889.3</b>	<b>6'084.1</b>	<b>6'715.2</b>	<b>1'147.3</b>	<b>7'862.5</b>	<b>8'654.3</b>	<b>1'451.0</b>	<b>10'105.3</b>
Unentgeltliche Hilfe			1'223.0			1'567.9			2'010.6

Prozentuale Entwicklung	Differenz 2020/2000			Differenz 2040/2020			Differenz 2040/2000		
	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total	Pflegeheime	Spitex	Total
KV (Krankenversicherung, Netto)	30.4%	31.1%	30.5%	29.3%	26.8%	28.9%	68.6%	66.2%	68.2%
AHV: direkte Subv.	-	28.2%	28.2%	-	28.2%	28.2%	-	64.4%	64.4%
HE (Hilflosenentschädigung) AHV	28.2%	28.2%	28.2%	28.2%	28.2%	28.2%	64.4%	64.4%	64.4%
EL (Ergänzungsleistungen) AHV	28.2%	-	28.2%	28.9%	-	28.9%	65.3%	-	65.3%
IV (Invalidenversicherung): Subv.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HE (Hilflosenentschädigung) IV	-	13.5%	13.5%	-	-6.2%	-6.2%	-	6.5%	6.5%
EL (Ergänzungsleistungen) IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UV (Unfallversicherung)	-	28.2%	28.2%	-	28.2%	28.2%	-	64.4%	64.4%
MV (Militärversicherung)	28.2%	28.2%	28.2%	28.2%	28.2%	28.2%	64.4%	64.4%	64.4%
Privatversicherung	-	29.6%	29.6%	-	27.5%	27.5%	-	65.3%	65.3%
Andere private Finanzierung	29.3%	29.6%	29.4%	28.8%	27.5%	28.3%	66.5%	65.3%	66.0%
Kantone/Gemeinden	29.3%	29.6%	29.5%	28.8%	27.5%	28.1%	66.5%	65.3%	65.8%
Sozialhilfe	29.3%	29.6%	29.3%	28.8%	27.5%	28.7%	66.5%	65.3%	66.5%
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	29.3%	29.6%	29.3%	28.8%	27.5%	28.7%	66.5%	65.3%	66.5%
<b>Total</b>	<b>29.3%</b>	<b>29.0%</b>	<b>29.2%</b>	<b>28.9%</b>	<b>26.5%</b>	<b>28.5%</b>	<b>66.6%</b>	<b>63.2%</b>	<b>66.1%</b>
Durchschnittl. jährliches Wachstum	1.29%	1.28%	1.29%	1.28%	1.18%	1.26%	1.28%	1.23%	1.28%

Quellen: BFS (2002), verschiedene BSV-Statistiken, BFS (2002 b), eigene Berechnungen

**Tabelle A7: Analyse der Kostenentwicklung im Pflegebereich 1995 – 2000 und Ableitung eines Trends**

	1995		2000		Differenz 2000/1995		Durchschn. Wachstumstrend pro Jahr	Geschätzter Kostenzuwachs nicht demografiebedingt Mio CHF	
	Mio Fr.	Mio Fr.	in %	Mio Fr.	Aufteilung	in %	2000-2020	2000-2040	
<b>Pflegeheime</b>									
Kostenentwicklung gemäss BFS-Statistik (nominal)	4'206.9	5'194.8	23.5%	987.9		4.31%			
Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)	100.0	103.8	3.8%						
Kostenentwicklung zu Preisen von 2000	4'366.8	5'194.8	19.0%	828.0	100%	3.53%			
Anteil demografiebedingte Kostenentwicklung			8.2%	359.0	43%	1.53%			
Anteil nicht demografie-bedingte Kostenentwicklung			10.7%	469.0	57%	2.00%	<b>2'526.7</b>	<b>6'282.4</b>	
<b>Spitex</b>									
Kostenentwicklung gemäss BFS-Statistik	702.3	889.3	26.6%	187.0		4.83%			
Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)	100.0	103.8	3.8%						
Kostenentwicklung zu Preisen von 2000	729.0	889.3	22.0%	160.3	100%	4.06%			
Anteil demografiebedingte Kostenentwicklung			7.3%	53.3	33%	1.35%			
Anteil nicht demografie-bedingte Kostenentwicklung			14.7%	107.0	67%	2.71%	<b>627.7</b>	<b>1'698.5</b>	
<b>Total nicht demografiebedingter Kostenzuwachs Pflegeheime und Spitex</b>							<b>3'154.4</b>	<b>7'981.0</b>	
<b>Kostenextrapolation gemäss Demografie (Szenario A)</b>							<b>7'986.3</b>	<b>10'735.3</b>	
<b>Kumulierte Kostenschätzung (inkl. Demografie und nicht-demografischen Trend)</b>							<b>11'140.7</b>	<b>18'716.3</b>	

Quelle: Eigene Berechnungen

**Tabelle A8: Faktoren zur Retropolation von Leistungen gemäss der demografischen Entwicklung**

2000-1995	
<b>HILO-AHV (Kosten)</b>	
a) reine Demografie	0.924
b) zusätzliche Entwicklung	
<b>HILO-IV (Kosten)</b>	
a) reine Demografie	0.978
b) zusätzliche Entwicklung	
<b>EL-Heim (Kosten)</b>	
a) IV-Bereich	0.991
b) AHV-Bereich	0.930
<b>KV-Leistungen</b>	
a) Pflegeheime (Kosten)	0.922
b) Pflegeheime (Bezüger)	0.924
c) Spitex (Kosten)	0.936
<b>Durchschnitte:</b>	
HILO-AHV/KV-Heime	0.923
HILO-AHV/KV-Spitex	0.930

Quellen: BFS (2002), BFS (2002 b), eigene Berechnungen