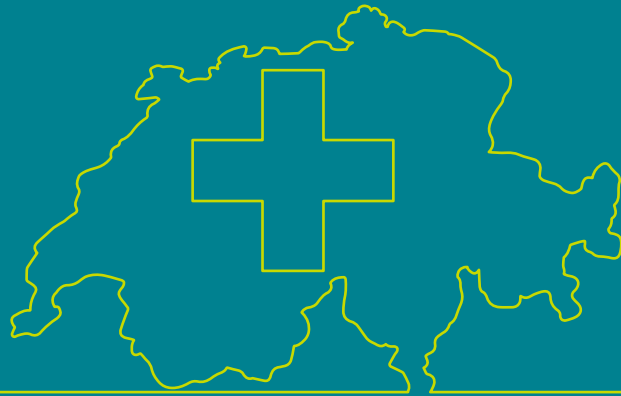




Alternde Schweiz

Ansätze für ein resilientes Gesundheitssystem



Über diese Studie

Diese vertiefende Studie baut auf unserer Grundlagenstudie «Alternde Schweiz: Zeit zu handeln» auf.

Im Rahmen dieser Analyse über das Schweizer Gesundheitswesen wurden mehrere Interviews mit Experten aus Wirtschaft, Forschung und Politik geführt. Für deren wertvolle Einblicke und Einschätzungen möchten wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken, insbesondere bei jenen, deren Aussagen in der Studie zitiert wurden. Die zugrunde liegenden Analysen und Interviews wurden zwischen November 2024 und März 2025 durchgeführt.



Inhaltsverzeichnis

1. Wichtigste Ergebnisse	4
2. Einleitung	6
3. Anstieg der Gesundheitskosten	10
4. Zunehmender Fachkräftebedarf	15
5. Future of Health: Lösungen für die Schweiz	20
Spitalstrukturen optimieren und regionale Gesundheitsnetzwerke stärken	22
Ambulante Versorgung ausbauen und stationäre Aufenthalte reduzieren	24
Technologie als Schlüssel für die patientenorientierte Behandlung	28
Longevity statt Krankheitsbehandlung	31
6. Handlungsempfehlungen	35

Wichtigste Ergebnisse

01



Wichtigste Ergebnisse



Die Lebenserwartung steigt, die Bevölkerung wird älter

Seit den 1970ern findet eine Langlebkeitsrevolution statt: Dank Verbesserungen im Gesundheitswesen, in der Medizin und im Lebensstil erreichen immer mehr Menschen ein hohes Alter, die Lebenserwartung steigt. Gleichzeitig ist die Geburtenrate am Sinken. Dementsprechend ändert sich auch die Struktur der Bevölkerung. Bis 2050 ist damit zu rechnen, dass es pro Rentner nur noch zwei erwerbsfähige Personen geben wird.



Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

Obwohl die Schweiz im internationalen Vergleich ein hohes Angebot an Gesundheitspersonal hat, kämpft sie dennoch mit einem spürbaren Arbeitskräftemangel, insbesondere bei Pflegefachkräften und Ärzten. Der Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen wird in den kommenden Jahren weiter steigen, da viele ältere Fachkräfte in den Ruhestand treten. Auch die Nachbarstaaten kämpfen mit dem demografischen Wandel – der Wettkampf um Talente nimmt zu.



Der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung nimmt zu

Mit dem Alter kommen zunehmend gesundheitliche Einschränkungen und chronische Erkrankungen auf, die den Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung erhöht. Trotz der verbesserten Lebenserwartung besteht weiterhin eine Lücke zwischen Lebens- und Gesundheitsspanne: Männer und Frauen in der Schweiz leben zwar länger, verbringen jedoch viele der zusätzlich gewonnenen Lebensjahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.



Digitalisierung kommt nur schleppend voran

Digitale Lösungen und innovative Konzepte wie «Hospital at Home» können dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung effizienter und patientenzentrierter zu gestalten. Der Einsatz von KI-gestützten Diagnose-Tools und vernetzten Gesundheitsplattformen ermöglicht eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von Krankheiten. Jedoch bestehen noch viele Hürden: Das Vertrauen in und die Nutzung von digitalen Anwendungen ist niedrig, der Informationsaustausch sowie der Zugang zu Gesundheitsdaten bleibt erschwert.



Gesundheitskosten steigen an

Die Gesundheitskosten der Schweiz befinden sich bereits auf sehr hohem Niveau. Grund dafür sind vor allem die steigenden Ausgaben pro Kopf sowie das Bevölkerungswachstum, doch auch die demografische Alterung ist ein wichtiger Kostentreiber. Fehlanreize im Gesundheitssystem und die ineffiziente Nutzung der Ressourcen verschärfen das Problem.



Fokus auf Longevity bietet Potenzial

Ein verstärkter Fokus auf Prävention und gesunde Lebensführung kann dazu beitragen, die Lebensqualität zu verbessern. Früherkennung und Krankheitsvorbeugung ermöglichen ein gesundes Altern. Zudem könnte die Schweiz dadurch Kosten einsparen: Falls verstärkt auf Prävention gesetzt wird, könnten die Gesundheitskosten im Jahr 2040 um 30 Mrd. CHF niedriger ausfallen als in einem Szenario, in dem die heutige Kostenstruktur unverändert bleibt.

Einleitung

02



Das vierte Lebensalter

Jahr für Jahr steigt die Lebenserwartung in der Schweiz weiter an – so kontinuierlich, dass dieser Fortschritt fast selbstverständlich wirkt. Doch ein Blick zurück zeigt, welch eine gewaltige Errungenschaft das eigentlich ist: Vor 150 Jahren lebten Frauen in der Schweiz durchschnittlich nur 42 Jahre und Männer etwa 38 Jahre – weniger als die Hälfte der heutigen Lebenserwartung.¹ In diesem Alter beginnt für viele Menschen heute das Leben erst richtig; sie haben vielleicht gerade vor wenigen Jahren geheiratet, ihr erstes Haus gekauft oder ihr erstes Kind bekommen.

Dieser Erfolg ist in erster Linie den Verbesserungen im Gesundheitswesen, im Lebensstil und in der Ernährung sowie in der Medizin zu verdanken. Doch während diese bis weit ins 20. Jahrhundert vor allem zur Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit führten, erleben wir in entwickelten Ländern heute eine «Langlebigkeitsrevolution», von der insbesondere ältere Menschen profitieren.² Seit den 1970er-Jahren erhöht sich die Lebenserwartung, weil die Sterblichkeit in der Altersgruppe der über 65-Jährigen deutlich zurückgegangen ist.

Wer in der Schweiz heute das 65. Lebensjahr erreicht, kann im Schnitt mit zwanzig weiteren Lebensjahren rechnen, verglichen mit den zehn Jahren, die 65-Jährige im Jahr 1876 typischerweise noch vor sich hatten.³ Diese Entwicklung ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass Menschen das Alter 65 heute in besserem Gesundheitszustand erreichen, sondern auch darauf, dass viele Erkrankungen, die ältere Menschen besonders betreffen, mittlerweile erfolgreicher vorgebeugt oder behandelt werden können. So ist eine vierte Lebensstufe, das «vierte Lebensalter», entstanden. Wo es früher nach den Jungen und den Erwerbstätigen, nur die «Alten» gab, unterscheidet man heute zwischen der aktiven Senioren-Generation ab 60 Jahren und den Hochbetagten ab 80 Jahren. Nach dem Motto «75 ist das neue 65» bereichern die Senioren die Gesellschaft und nehmen eine wichtige Rolle in Familie und Gemeinschaft ein.



Das Gesicht der Gesellschaft wandelt sich

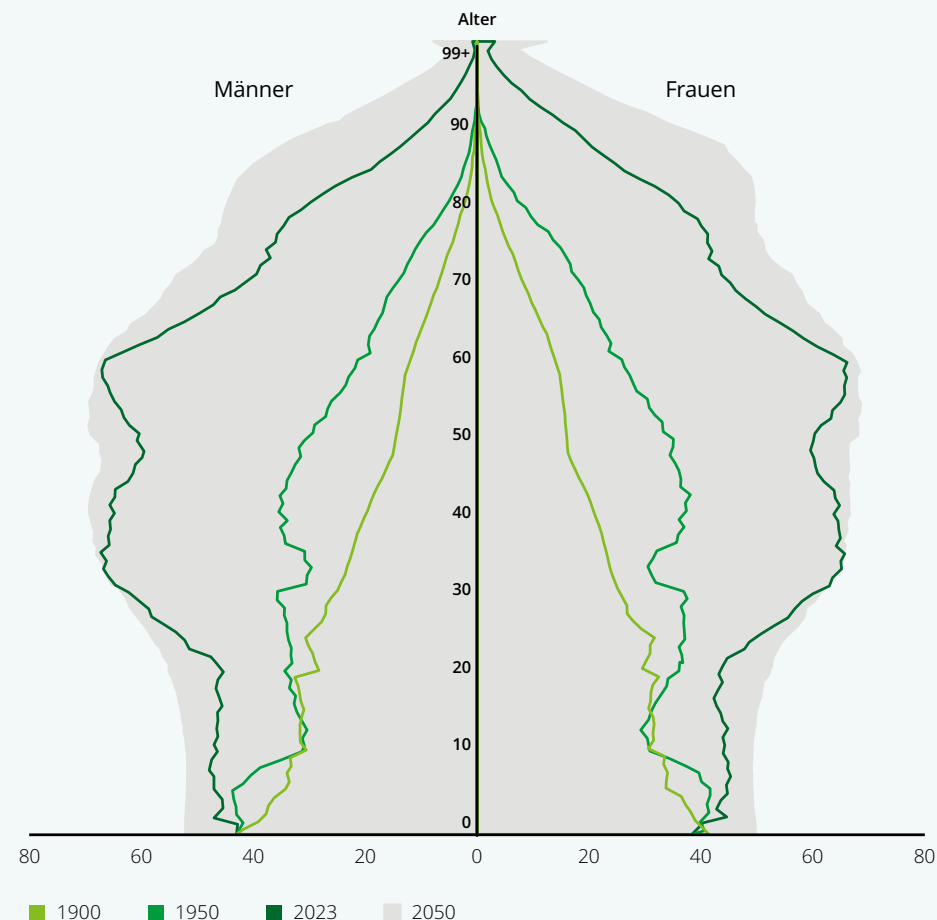
Neben der steigenden Lebenserwartung zeigt sich in der Schweiz auch eine gegenläufige Entwicklung: Die Geburtenrate sinkt seit Jahrzehnten stetig. Um langfristig eine stabile Bevölkerungszahl zu haben, bräuchte es eine Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau. Das letzte Mal wurde diese Rate im Jahr 1970 erzielt. Danach ist sie gesunken und schwankte über lange Zeit zwischen 1,4 und 1,6. Im Jahr 2023 fiel sie weiter auf 1,3 Kinder pro Frau.⁴

Diese Entwicklungen – eine höhere Lebenserwartung bei gleichzeitig rückläufigen Geburtenzahlen – führen dazu, dass die Schweizer Bevölkerung im Durchschnitt älter wird. Die einstige Alterspyramide, in der die jungen Jahrgänge die breite Basis bildeten, wandelt sich zunehmend von einer Glockenform in eine Urnenform (siehe Abb. 1). Im Zentrum dieser demografischen Veränderung steht die geburtenstarke Babyboomer-Generation, die den Mittelteil der «Altersurne» prägt. Dahinter folgt eine zahlenmässig kleinere Jugendgeneration, während die Spitze durch die wachsende Zahl älterer Menschen immer breiter wird. Prognosen zufolge wird die Zahl der über 65-Jährigen von derzeit rund 1,6 Millionen bis 2050 auf nahezu 2,6 Millionen ansteigen.⁵

Im Gegensatz dazu wird die Zahl der Kinder und Jugendlichen künftig nur geringfügig wachsen. Diese Entwicklung wird auch den Altersquotienten erheblich verändern: Der Anteil der über 65-Jährigen im Vergleich zu den 20- bis 64-Jährigen wird bis 2050 von knapp 32% auf 46,5% steigen. Das bedeutet, dass die Zahl der erwerbsfähigen Personen pro Rentner von heute drei auf nur noch zwei schrumpfen wird.

Abbildung 1: Altersaufbau der Schweizer Bevölkerung

Anzahl Personen in 1'000



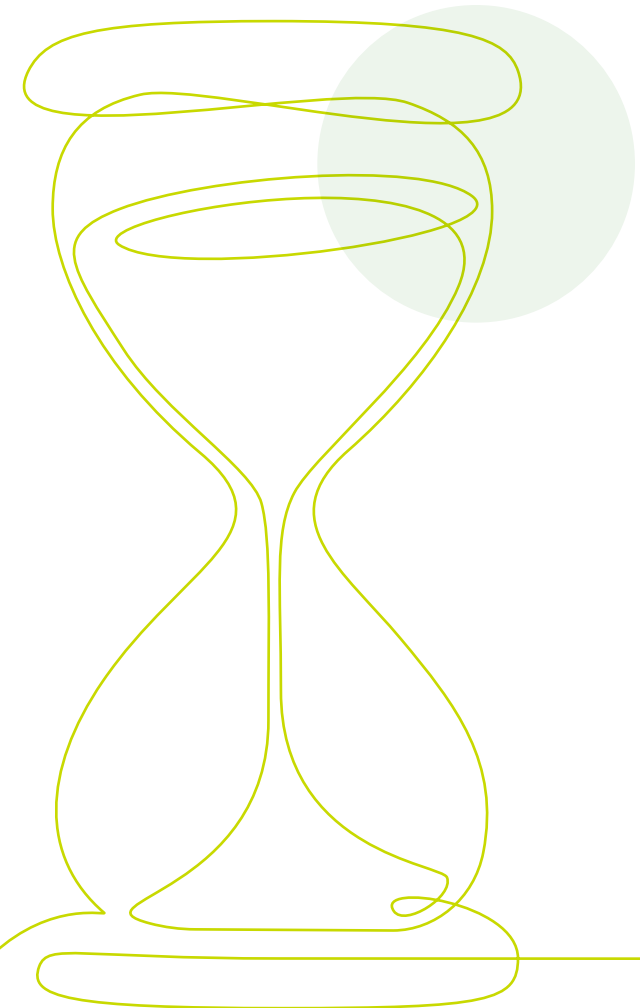
Quelle: BFS 2024

Die Schweiz im Umbruch

Die demografische Alterung verändert die Schweiz grundlegend und stellt verschiedene Bereiche vor Herausforderungen. In der Publikationsreihe «Alternde Schweiz» werden die Auswirkungen des demografischen Wandels auf Wirtschaft, Gesellschaft und Politik näher beleuchtet. Dieser Teil widmet sich dem Gesundheitswesen – einem Bereich, der besonders stark von der alternden Bevölkerung betroffen ist.

Mit zunehmendem Alter steigt der medizinische und pflegerische Bedarf, was nicht nur höhere Kosten verursacht, sondern auch das Gesundheitssystem vor strukturelle Herausforderungen stellt. Besonders drängend ist der Fachkräftemangel: Schon heute fehlen in vielen Bereichen qualifizierte Arbeitskräfte, und dieser Engpass wird sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen.⁶

Gleichzeitig eröffnen sich neue Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung effizienter und patientenzentrierter zu gestalten. Fortschritte in der Medizin, digitale Anwendungen und innovative Konzepte wie «Hospital at Home» tragen dazu bei, dass ältere Menschen länger selbstbestimmt leben können. Zudem gewinnt Prävention an Bedeutung: Ein wachsendes Bewusstsein für gesunde Lebensführung, regelmässige Vorsorgeuntersuchungen und der Longevity-Trend zeigen, dass das Altern nicht nur Herausforderungen mit sich bringt, sondern auch neue Chancen eröffnet.



Anstieg der Gesundheitskosten

03

Die Gesundheitskosten der Schweiz steigen jedes Jahr an. Seit 1960 sind sie im Schnitt jährlich um 6,4% gewachsen. Damals lagen die Gesundheitskosten noch bei 2 Mrd. CHF, was etwa 374 CHF pro Kopf, sowie 4,5% des BIP entsprach (siehe Abb. 2). Mehr als sechzig Jahre später liegt dieser Wert bei 91 Mrd. CHF (2022), was rund 10'423 CHF pro Kopf und 11,7% des BIP entspricht.

Im internationalen Vergleich leistet sich die Schweiz damit eines der teuersten Gesundheitssysteme. Unter den OECD-Staaten gibt nur die USA pro Kopf mehr aus.⁷ Gemessen am Anteil des BIP steht die Schweiz an siebter Stelle, liegt jedoch weiterhin deutlich über dem OECD-Durchschnitt von etwa 5'000 USD pro Kopf und 9% des BIP.

Schätzungen des KOF gehen davon aus, dass die Kosten weiter ansteigen werden. Es ist zudem zu erwarten, dass sie bereits dieses Jahr (2025) die 100-Milliarden-Marke überschreiten werden.⁸ Des Weiteren schätzt die Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP bis 2050 auf 15% steigen wird – eine Beschleunigung im Vergleich zu den letzten Dekaden.⁹

Bessere Medizin für mehr Menschen

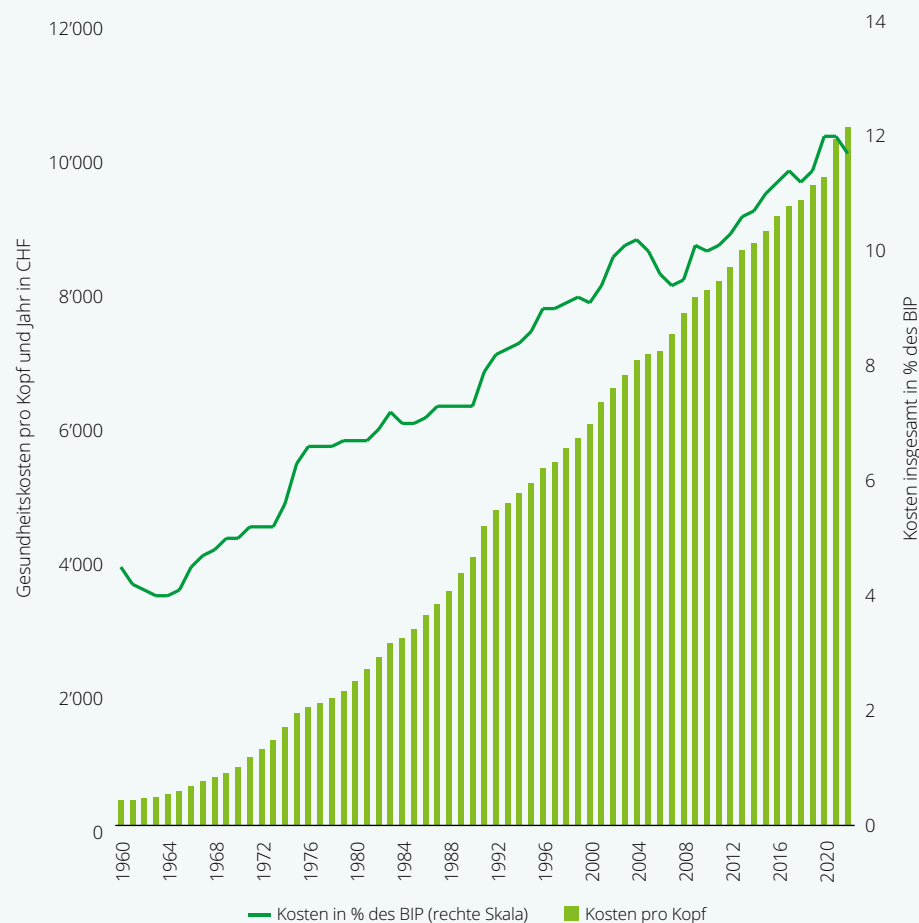
Vergleicht man die heutige Schweiz mit der aus den 60ern, wird deutlich, wie stark sich das Land verändert hat – und wie sehr dies den Anstieg der Gesundheitskosten beeinflusst hat. Während die durchschnittliche Wohnbevölkerung vor sechzig Jahren noch bei 5,3 Mio. Einwohnern lag, leben heute um die neun Millionen Menschen in der Schweiz. Damit kommt auch eine erhöhte Nachfrage an Gesundheitsleistungen einher, was die finanzielle Lage im Gesundheitswesen langfristig belastet.

Doch auch die medizinische Landschaft hat sich seit den 1960er Jahren enorm gewandelt. Viele Behandlungen, die damals noch unvorstellbar waren, gelten heute als Standard. Die Kosten für neue Medikamente und Medizintechnologien, die in der Regel teurer sind als bereits bestehende Produkte, tragen massgeblich zu den gestiegenen Gesundheitskosten bei.

Ein Beispiel dafür ist die Hüftprothese, die in den 1960er-Jahren unter anderem von einem Schweizer namens Maurice Edmond Müller entwickelt wurde. Heute gehört der Einsatz von künstlichen Hüftgelenken zu den häufigsten Eingriffen: Laut dem Schweizer Implantat-Register SIRIS wurden 2023 über 24'000 Hüfttotalprothesen

eingesetzt.¹⁰ Bei 67% der Hüftgelenk-Einsätzen war der Patient über 65 Jahre alt, das Durchschnittsalter für diesen Eingriff beträgt 69,4 Jahre. Die Kosten für einen solchen Eingriff betragen um 18'000 Franken, wobei etwa die Hälfte davon direkt der Operation selbst zuzuschreiben ist.¹¹ Die übrigen Kosten entfallen auf Personal, Medikamente, Materialien und Verwaltung.

Abbildung 2: Entwicklung der Gesundheitskosten seit 1960



Quelle: BFS 2024

Steigende Kosten im Alter

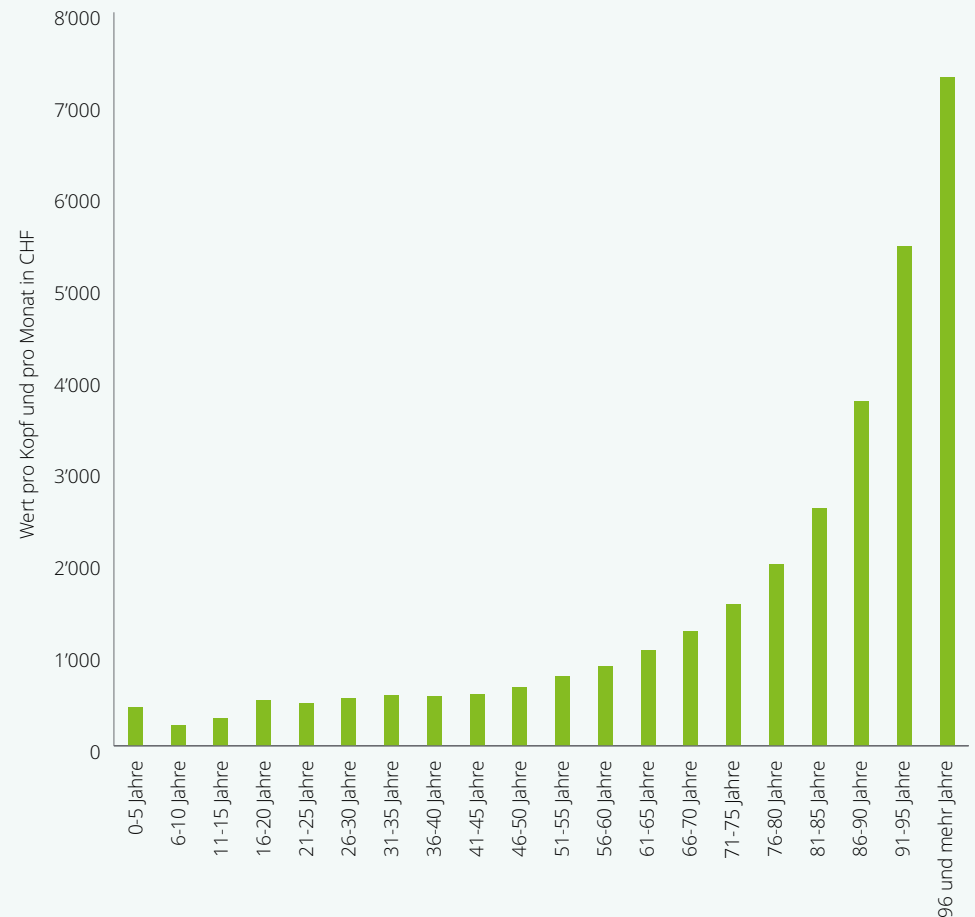
Bricht man die Gesundheitskosten nach Altersgruppen auf, zeigt sich, dass höhere Lebensjahre mit steigenden Kosten einhergehen (siehe Abb. 3). So entfielen 2022 mehr als die Hälfte der Gesundheitskosten (52%) auf über 60-Jährige, obwohl diese Altersgruppe nur ein Viertel der Gesamtbevölkerung ausmacht.¹²

Die hohen Kosten entstehen, weil das Alter oft gesundheitliche Einschränkungen und chronische Erkrankungen mit sich bringt. Bei Hüftgelenkprothesen etwa sind die meisten Eingriffe auf Erkrankungen wie Arthrose oder Rheuma zurückzuführen. Da das Alter hier der Hauptrisikofaktor ist, sind insbesondere ältere Menschen betroffen und auf solche Behandlungen angewiesen. In den letzten Jahren war indes auch ein Anstieg dieser Operationen zu beobachten, der gemäss dem SIRIS Report 2024 weitgehend mit dem Wachstum der Altersgruppe der 50- bis 89-Jährigen übereinstimmt.¹³

Verschiedene Studien, etwa von der ZHAW und Santésuisse, schätzen den Einfluss der Alterung auf die Gesundheitskosten auf etwa 15% bis 22% der gesamten Mehrkosten.¹⁴ Damit ist sie der drittgrösste Kostentreiber (siehe Abb. 4). An erster Stelle steht mit 44% die Mengenausweitung – also die gestiegenen Ausgaben pro Patient – gefolgt vom Bevölkerungswachstum (33%).

Häufig wird in diesem Zusammenhang auf die sogenannten «Sterbekosten» verwiesen – also die Kosten, die kurz vor dem Lebensende anfallen. Diese können oft überproportional hoch ausfallen, wodurch wiederum der Einfluss der Alterung auf die Gesundheitskosten überschätzt wird. Gemäss dieser These ist nicht das höhere Alter an sich ausschlaggebend, sondern die Tatsache, dass die meisten Menschen im höheren Alter sterben und dann die hohen Sterbekosten verursachen.

Abbildung 3: Gesundheitskosten 2022 nach Altersgruppe pro Monat



Quelle: BFS 2024

Ein langes Leben ist nicht gleich ein gesundes Leben

Unabhängig von der genauen Schätzung bleibt die demografische Entwicklung ein entscheidender Faktor für die Gesundheitskosten. Denn mit dem Alter kommen zunehmend auch gesundheitliche Einschränkungen und chronische Erkrankungen auf. Dies erhöht den Pflegebedarf und die Behandlungskosten – dank der gestiegenen Lebenserwartung meist über mehrere Jahre.

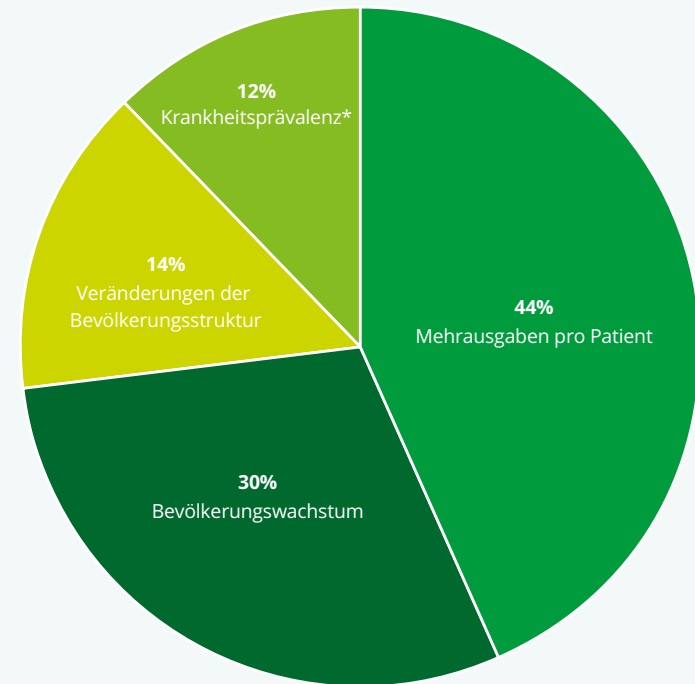
Trotz Fortschritten in der Erhöhung der Lebenserwartung ist es noch nicht gelungen, die Lücke zwischen der Lebensspanne und der Gesundheitsspanne – also wie viele Jahre ein Mensch bei guter Gesundheit lebt – zu schliessen: Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beträgt die weltweite durchschnittliche Lebenserwartung 71,4 Jahre, während die gesunde Lebenserwartung nur 61,9 Jahre beträgt – ein Unterschied von fast zehn Jahren, in denen Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder chronischen Erkrankungen leben.¹⁵

In der Schweiz zeigt sich ein ähnliches Bild: Laut einer Analyse von Swiss Medical Weekly erhöhte sich die gesunde Lebenserwartung bei 65-jährigen Männern zwischen 2007 und 2017 um 2,1 Jahre, bei Frauen um 1,5 Jahre.¹⁶

Dies übertraf anders als im internationalen Vergleich sogar die Gewinne bei der generellen Lebenserwartung. Dennoch bleibt eine beträchtliche Lücke bestehen. Gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) beträgt der Unterschied zwischen der gesunden und der generellen Lebenserwartung für Männer in der Schweiz 10,8 Jahre und für Frauen 14,2 Jahre.¹⁷

Abbildung 4: Anteile am Kostenanstieg im Gesundheitswesen zwischen 2012 und 2017

■ Mehrausgaben pro Patient ■ Bevölkerungswachstum
■ Veränderungen der Bevölkerungsstruktur ■ Krankheitsprävalenz*



*Die Krankheitsprävalenz ist die Häufigkeit von Krankheiten in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe.

Quelle: ZHAW 2023

Besonders vorherrschend im Alter sind Krankheiten wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Viele dieser Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. So hatten im Jahr 1992 beispielsweise 32,6% der über 65-jährigen Männer und 38,8% der über 65-jährigen Frauen Bluthochdruck. Heute liegt der Anteil der Männer bei 53%, der Frauen bei 44,9%. Das hat zur Folge, dass auch die Zahl der Hospitalisierungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunimmt – seit 2002 ist sie um 20% gestiegen.¹⁸ Auch die Anzahl an Personen mit hohem Cholesterinspiegel – einem weiteren Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall – nahm zwischen 2002 und 2022 deutlich zu, bei über 65-jährigen Männern um knapp 23 Prozentpunkte, bei Frauen der gleichen Altersgruppe um 12 Prozentpunkte.

Chronische Krankheiten wie Demenz nehmen im Alter ebenfalls zu. Derzeit leben in der Schweiz schätzungsweise 153'000 Menschen mit Alzheimer oder anderen Demenzformen, und jedes Jahr kommen rund 32'900 Neuerkrankungen hinzu.¹⁹ Eine Lancet-Studie aus dem Jahr 2022 prognostiziert, dass die Zahl der Demenzerkrankten weltweit bis 2050 auf über 150 Millionen anwachsen könnte. Das wäre eine Verdreifachung der Fälle von 2019. Für die Schweiz wird eine Verdopplung erwartet.²⁰

Eine ZHAW-Studie bestätigt zudem, dass der Einfluss der demografischen Alterung auf die Kosten bei neurologischen Erkrankungen (37,1% der gesamten Ausgabensteigerung) und solchen des Herz-Kreislauf-Systems (23,4%) am grössten war.²¹ Während bei Demenzerkrankungen der Grossteil der Ausgaben auf die stationäre Langzeitpflege entfällt (Anteil von 82,3% der Ausgaben im Jahr 2017), werden die Kosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hauptsächlich in der stationären Versorgung (z. B. 79% der Kosten bei Schlaganfallbehandlungen) und für Arzneimittel verursacht (z. B. 46% der Kosten bei hypertensiven Herzerkrankungen).

Der demografische Wandel bedeutet für uns mehr ältere Patienten mit komplexen Krankheitsbildern. Wir rechnen mit einem anhaltend hohen stationären Behandlungsbedarf, insbesondere in der Akutgeriatrie und Onkologie. Gleichzeitig wird das, was stationär bleibt, immer anspruchsvoller – mit höherem Pflegeaufwand und mehr Spezialisierung.



Martin Gerber

Direktor Finanzen, Universitätsspital Basel



Zunehmender Fachkräftebedarf

04

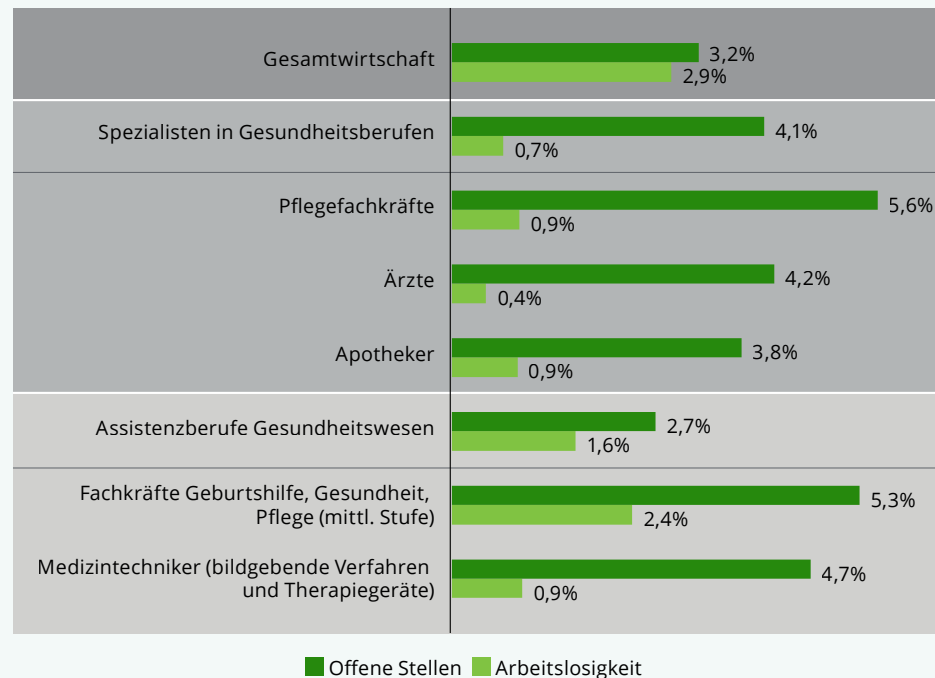
Die Schweiz verfügt im internationalen Vergleich über ein aussergewöhnlich hohes Angebot an Gesundheitspersonal – insbesondere im Bereich der Pflege. Mit 18,4 praktizierenden Pflegefachkräften pro 1'000 Einwohner stand die Schweiz 2021 nach Finnland an zweiter Stelle unter den OECD-Ländern.²² Doch trotz dieser vermeintlich komfortablen Ausgangslage kämpft das Schweizer Gesundheitswesen mit einem spürbaren Arbeitskräftemangel.

Bereits heute zeigt sich, wie angespannt die Situation ist. So lag gemäss einer Analyse des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) die Quote der offenen Stellen für Spezialisten in Gesundheitsberufen zwischen 2019 und 2021 bei 4,1%, was deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 3,2% liegt.²³ Innerhalb dieser Gruppe ist der Bedarf bei Pflegefachkräften und Ärzten am höchsten, doch auch Apotheker werden dringend gesucht (siehe Abb. 5).

Neben den spezialisierten Fachkräften herrscht auch bei Assistenzberufen ein Mangel. Die Quote offener Stellen liegt hier zwar etwas niedriger (2,7%), einzelne Berufsgruppen befinden sich aber sogar über dem Durchschnitt der Spezialisten. So verzeichnet die Berufsgruppe der Fachkräfte für Geburtshilfe, Gesundheit und Pflege eine Quote von 5,3%, während sie bei Medizintechnikerinnen und -technikern für bildgebende Verfahren und Therapiegeräten bei 4,7% liegt.

Die Ursachen für diesen Mangel sind vielfältig. Eine zentrale Rolle spielt das fragmentierte, dezentralisierte Versorgungssystem der Schweiz. Hinzu kommt eine immer weiter steigende Nachfrage: Die demografische Alterung und die damit verbundene höhere Behandlungsintensität belasten nicht nur die Gesundheitskosten, sondern führen auch zu einem stetig wachsenden Bedarf an medizinischem und pflegerischem Personal.

Abbildung 5: Quote offener Stellen und Arbeitslosigkeit in ausgewählten Gesundheitsberufen zwischen 2019 und 2021



Quelle: SECO 2023

Der Arbeitsmarkt ist ausgeschöpft

Ein weiteres Anzeichen für den Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen ist neben den zahlreichen offenen Stellen die tiefe Arbeitslosigkeit. Gemeinsam zeigen sie, dass der Arbeitsmarkt fast vollständig ausgeschöpft ist. Für Spezialisten in Gesundheitsberufen liegt die Arbeitslosenquote bei 0,7%, für Ärztinnen und Ärzte sogar bei 0,4%. Für Assistenzberufe beträgt sie 1,6%.

Der Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen wird in den kommenden Jahren weiter steigen. Dies ist zum einen auf das Beschäftigungswachstum zurückzuführen, das natürlicherweise durch die steigende Nachfrage einer wachsenden Volkswirtschaft entsteht. Zum anderen ist der Anstieg auch dem demografischen Wandel geschuldet: In den nächsten Jahren werden viele ältere Fachkräfte in den Ruhestand treten. Die geburtenschwachen jüngeren Generationen können diese Lücken allerdings nicht in ausreichendem Masse füllen. Laut derselben Analyse des SECO betrug dieser sogenannte demografische Ersatzbedarf in den Jahren 2019 und 2021 für Fachkräfte im Gesundheitswesen durchschnittlich 23,9%, womit er über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 20,7% liegt. Ein hoher Ersatzbedarf ergibt sich dabei, wenn die Personen, die demnächst in den Ruhestand treten, einen grossen Anteil an allen Erwerbstätigen in einem Beruf ausmachen.

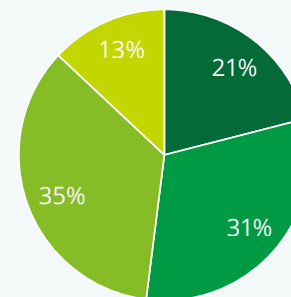
Die Zeit drängt

Die Alterung der Bevölkerung ist bereits eine akute Herausforderung. Berechnungen des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zufolge sind fast die Hälfte (48%) der Fachärztinnen und -ärzte, die heute in Praxen arbeiten, 55 Jahre oder älter.²⁴ Knapp ein Viertel davon ist sogar schon im Pensionsalter. In den Spitälern ist der Anteil älterer Ärztinnen und Ärzte zwar geringer, beträgt aber dennoch ein Drittel (siehe Abb. 6). Auch beim Pflege- und Betreuungspersonal ist eine Alterung zu erkennen. 2019 betrug der Anteil der über 55-Jährigen ca. 20%, 2012 lag er noch bei 16,5%.²⁵ Es ist anzunehmen, dass dieser seither weiter angestiegen ist.

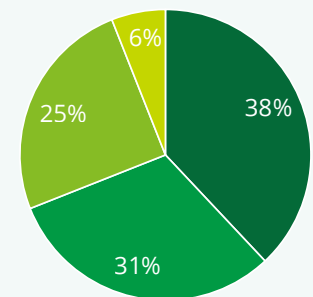
Würden die pensionierten Ärztinnen und Ärzte morgen aufhören zu arbeiten, müssten etwa 2'800 Personen ersetzt werden. Im Vergleich dazu: 2023 wurden insgesamt 1'284 eidgenössische Diplome verteilt, 2'071 Personen erhielten einen Weiterbildungs- bzw. Facharzttitel.²⁶ Der inländische Nachwuchs würde demnach nicht ausreichen, um den Bedarf zu decken.

Abbildung 6: Anteil der Fachärztinnen und -ärzte in Praxen und Spitälern nach Alter

Praxen



Spitäler



■ <45 Jahre ■ 45-54 Jahre ■ 55-64 Jahre ■ 65+ Jahre

Quelle: Obsan 2023

Starke Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften

Neben dem inländischen Nachwuchs werden jährlich zusätzlich etwas mehr als 3'000 ausländische Titel aus dem EU/EFTA-Raum anerkannt. Die hohe Zahl an anerkannten Titeln zeigt, wie stark das Gesundheitswesen auf Personal aus dem Ausland angewiesen ist. Im europäischen Vergleich hat die Schweiz mit knapp 40% sogar den dritthöchsten Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die im Ausland ausgebildet wurden (siehe Abb. 7). Die meisten Ärztinnen und Ärzte mit einem ausländischen Diplom stammen dabei aus dem EU-Raum, was die Bedeutung der Personenfreizügigkeit für das Gesundheitswesen unterstreicht.

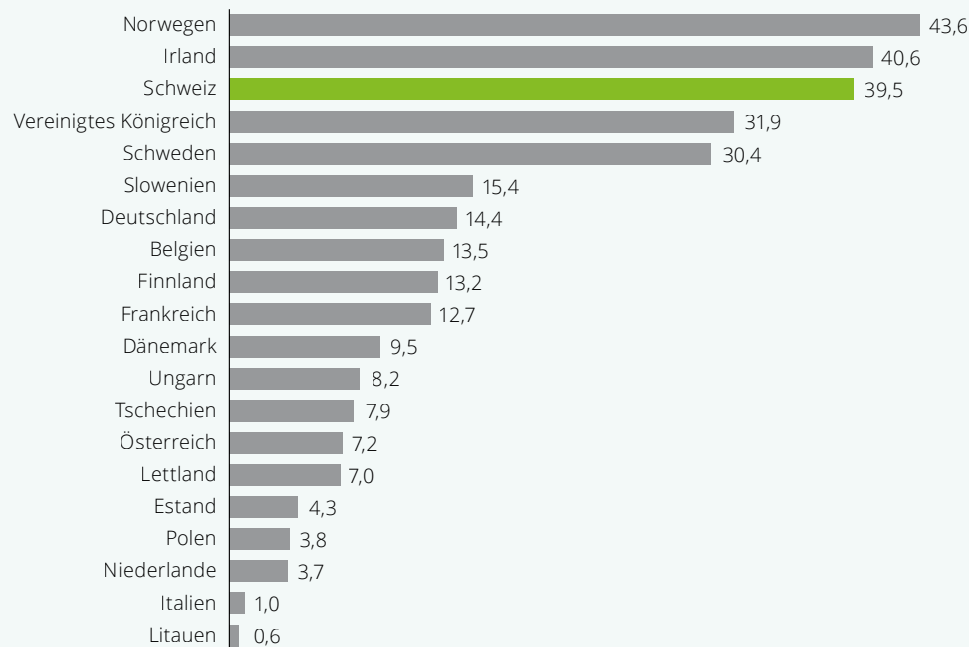
Prognosen vom Obsan zeigen, dass ausländische Ärztinnen und Ärzte auch in Zukunft wichtig sein werden, um den steigenden Bedarf an Gesundheitspersonal zu decken. So schätzen die Forschenden, dass der Bedarf an Fachärztinnen- und -ärzten je nach Szenario bis 2032 um 15% bis 23% steigen wird.²⁷ Aber auch der Bestand wird ansteigen – sogar um 42% bis 53%.

Somit wäre der Bedarf zwar gedeckt, allerdings ganz klar nur aufgrund einer weiterhin hohen Einwanderung von ausländischen Fachärztinnen und -ärzten. Von den geschätzten Arbeitsmarkteintritten machen anerkannte Weiterbildungstitel aus dem Ausland etwa 40% aus. Setzt man die Einwanderung auf null, so kommt der zukünftige Bestand 9% bis 19% unter dem Bedarf zu liegen.

Langfristig auf die Zuwanderung zu setzen ist jedoch eine riskante Strategie, denn auch die Nachbarländer kämpfen mit dem demografischen Wandel und Arbeitskräftemangel, und setzen Massnahmen um, um die Bedingungen in der Heimat zu verbessern.

In Deutschland, beispielsweise, wird nun an einem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung sowie einer Krankenhausreform gearbeitet.²⁸ Damit soll die ambulante und die stationäre Versorgung verbessert, der Bürokratieaufwand reduziert und der Gesundheitssektor als attraktiver Arbeitgeber positioniert werden. Neben dem Lohn galten die besseren Arbeitsbedingungen in der Schweiz als ein wichtiger Grund für die Auswanderung. Dies könnte sich bald ändern.

Abbildung 7: Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte, in %



Anmerkung: Die Daten stammen aus dem Jahr 2022 oder dem letzten verfügbaren Jahr.

Quelle: OECD 2024

Pflegebedarf steigt

Wie eingangs erwähnt, führt die Zunahme vieler altersbedingter Krankheiten zu einem erhöhten Pflegebedarf, vor allem in der Langzeitpflege. Diese Entwicklung ist bereits im Gange und spiegelt sich in den steigenden Zahlen an Pflege- und Betreuungspersonal. So hat das Obsan berechnet, dass die Personalbestände zwischen 2012 und 2019 im Pflegebereich insgesamt um 19% gewachsen sind. Dies entspricht rund 29'000 zusätzlich beschäftigten Personen.²⁹ Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei den Spitex-Diensten (+39%) und in Alters- und Pflegeheimen (+17%).

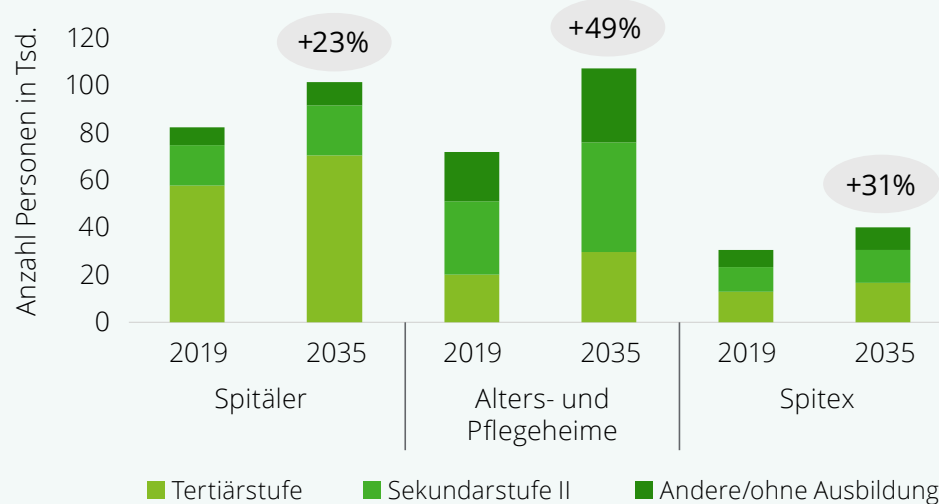
Bis 2035 wird der Bedarf in der Langzeitpflege gemäss dem Obsan weiterhin stark ansteigen: Im Spitex-Bereich um rund 30% und in Alters- und Pflegeheimen sogar um 49% (siehe Abb. 8). Dieser Anstieg ist deutlich auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen – nicht nur, weil es mehr pflegebedürftige Menschen geben wird, sondern auch, weil viele im Pflegebereich Angestellte in Pension gehen.

Auch in Spitälern und Kliniken wird mit einem Anstieg gerechnet, insgesamt um 23% bis 2035. Insbesondere bei Rehabilitations- und geriatrischen Kliniken rechnet Obsan mit einem überdurchschnittlich starken Anstieg von 36%. In der Akutpflege, die zwar ebenfalls von der Alterung beeinflusst wird, aber in geringerem Masse, prognostiziert Obsan einen Anstieg von 23%. In psychiatrischen Kliniken, wo häufiger Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren hospitalisiert werden, ist hingegen ein Wachstum von 12% zu erwarten.

Den Schätzungen zufolge kann dieser Bedarf nicht vollständig vom prognostizierten Nachwuchsangebot gedeckt werden. Gemäss dem Obsan liegt der Deckungsgrad bei Pflegefachkräften, die eine Ausbildung auf Tertiärstufe (z.B. höhere Fachschule oder Fachhochschule) absolviert haben, bei 67%. Bei Pflegefachkräften auf Sekundarstufe II (z.B. Assistent/in Gesundheit und Soziales oder Fachfrau/Fachmann Gesundheit) liegt der Grad bei 80% etwas höher.

Dementsprechend wird auch in der Pflege und Betreuung die Zuwanderung eine wichtige Rolle spielen. Jedoch war der Wanderungssaldo im Pflegebereich zwischen 2009 und 2019 rückläufig.³⁰ Dies hatte auch einen Rückgang beim Personalzuwachs zur Folge. In den Zeiträumen 2014 bis 2016 und 2017 bis 2019 entspricht der Wanderungssaldo rund der Hälfte der Zunahme der Bestände. Dies hat vor allem Konsequenzen für Spitäler und Kliniken, da die zugewanderten Pflegefachkräfte in dieser Zeitspanne hauptsächlich dort tätig waren.

Abbildung 8: Wachsender Personalbedarf in der Pflege zwischen 2019 und 2035



Anmerkung: Zahlen für 2035 stellen Prognosen dar

Quelle: Obsan 2023

Future of Health: Lösungen für die Schweiz

05

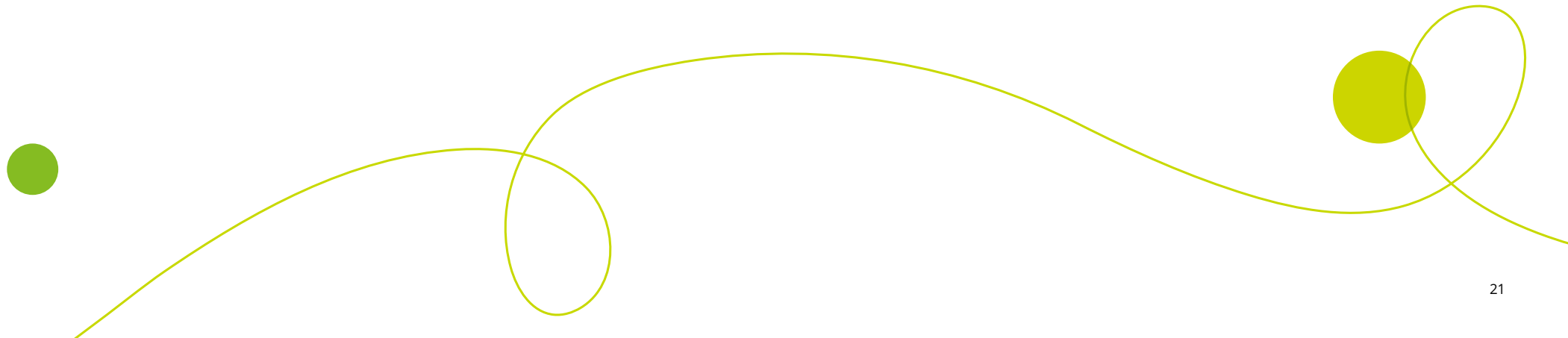
A person is running on a treadmill in a dimly lit room at night. The treadmill's control panel and screen are visible, displaying a heart rate monitor graphic. The background is dark with some blurred lights, suggesting an urban or gym setting.

In vielen europäischen Ländern führen technologische Fortschritte und veränderte Erwartungen der Bevölkerung zu einem Wandel innerhalb der Gesundheitssysteme. Digitale Lösungen, kontinuierliche Innovationen und die zunehmende «Consumerisation» des Gesundheitswesens ermöglichen neue Versorgungsmodelle. Beispielsweise erleichtert der Einsatz von KI-gestützten Diagnose-Tools die Früherkennung von Krankheiten, während vernetzte Gesundheitsplattformen Patientinnen und Patienten direkten Zugang zu personalisierten Behandlungsplänen bieten. Gleichzeitig verbessern digitale Lösungen Abläufe in Spitälern und Arztpraxen, wodurch medizinisches Fachpersonal entlastet wird.

Diese Entwicklungen verbessern nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern steigern auch die Effizienz des Systems – eine wichtige Voraussetzung, um den wachsenden Anforderungen einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden. Der Fokus verlagert sich zudem zunehmend hin zu präventiven und vorausschauenden Ansätzen, die gesundheitliche Probleme frühzeitig erkennen und behandeln, anstatt sie erst im fortgeschrittenen Stadium zu adressieren. Langfristig führt dieser Wandel zu besseren Gesundheitsergebnissen bei geringeren Kosten pro Kopf. Zudem verschiebt sich die Rolle der Akteure: Anstelle eines zentralisierten Finanzierungssystems rückt ein stärker auf individuelle Bedürfnisse ausgerichteter, patientenzentrierter Ansatz in den Vordergrund.

Deloitte hat diesen Wandel in Europa im «Future of Health in Europe» Bericht analysiert und die Länder je nach Fortschritt in verschiedene Kategorien unterteilt.³¹ Während die nordischen Länder und die Niederlande als Vorreiter gelten, zählt die Schweiz zu den «Fast Followers». Ihre Prioritäten sollten insbesondere im Ausbau der digitalen Kompetenz und Infrastruktur sowie in der Stärkung des Vertrauens der Bevölkerung in den sicheren Austausch von Gesundheitsdaten liegen. Zudem sollte der Fokus verstärkt auf Prävention, statt auf eine rein spitalzentrierte Versorgung, gelegt werden.

Dieses Kapitel zeigt, welche Hürden derzeit bestehen und welche Schritte notwendig sind, um Fortschritte in Richtung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems zu erzielen.



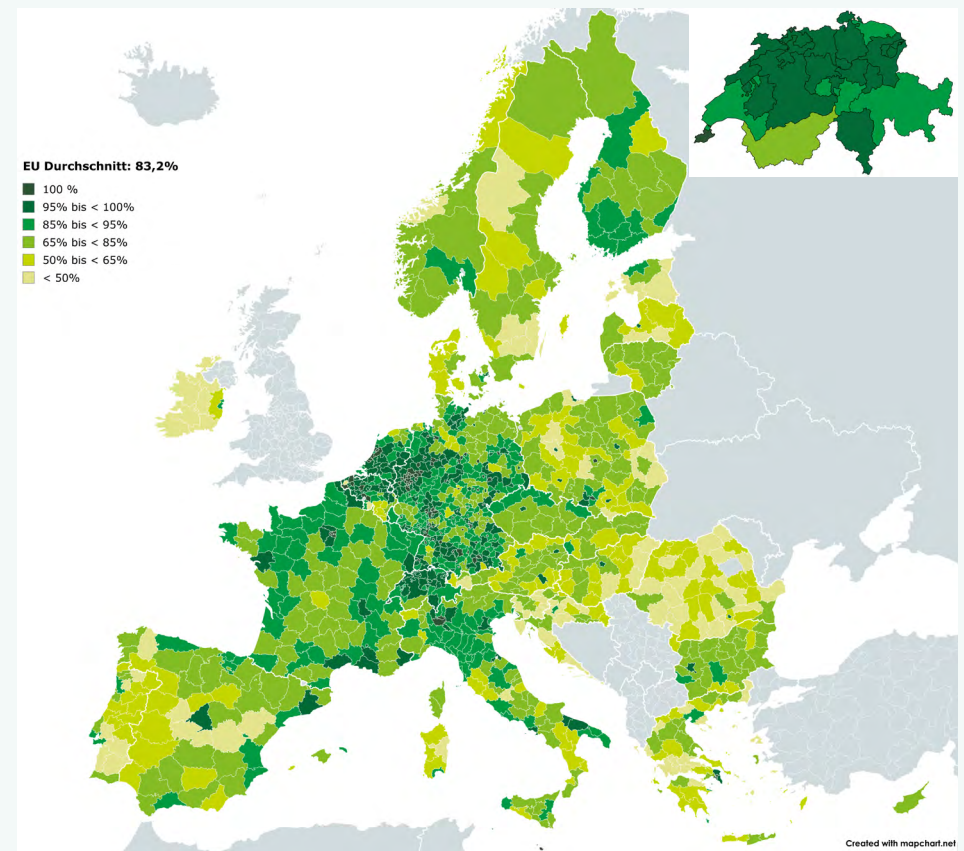
Spitalstrukturen optimieren und regionale Gesundheitsnetzwerke stärken

Die heutige Spitalstruktur der Schweiz bindet erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen, die gezielter eingesetzt werden müssten. Eine spitalzentrierte und stationär geprägte Versorgung ist langfristig nicht nachhaltig – weder aus wirtschaftlicher noch aus gesundheitspolitischer Sicht. Um dem demografischen Wandel zu begegnen, sind eine effizientere Nutzung von Ressourcen und eine stärkere Verlagerung hin zu integrierten Versorgungsmodellen notwendig.

Mit 275 Spitalbetrieben weist die Schweiz eine sehr hohe Spitaldichte auf. Dabei handelt es sich bei 101 davon um allgemeine Spitäler, der Rest umfasst Spezialkliniken.³²

Zum Vergleich: Die Niederlande, ein flächenmässig ähnlich grosses Land, jedoch mit geografischen Unterschieden, verfügen über lediglich 58 allgemeine Krankenhäuser.³³ Trotz einer deutlich grösseren Bevölkerung von 17,9 Millionen Einwohnern erreichen dort genauso wie in der Schweiz rund 95% der Bevölkerung ein Spital innerhalb von 15 Minuten (siehe Abb. 9).³⁴ In der Schweiz können Patientinnen und Patienten jedoch oft zwischen mehreren Spitälern wählen.

Abbildung 9: Anteil der Bevölkerung mit einer Fahrzeit von maximal 15 Minuten zu einem Spital (2023)



Quelle: Eurostat 2024

Diese Vielfalt mag aus Patientensicht attraktiv sein, bringt jedoch Herausforderungen mit sich:

- **Fachkräftemangel:** Die ohnehin begrenzten Fachkräfte werden zusätzlich strapaziert, da sie auf viele Kliniken verteilt werden. Die Folgen sind eine hohe Quote an offenen Stellen und eine hohe Belastung des Gesundheitspersonals.
- **Qualitätseinbussen:** Grundsätzlich gilt, je öfter ein Eingriff durchgeführt wird, desto sicherer ist die Behandlung. Zu diesem Zweck gelten empfohlene Mindestfallzahlen für Spitäler. Eine Untersuchung ausgesuchter Leistungsgruppen (z.B. spezialisierte Neurochirurgie) von Santésuisse zeigt jedoch, dass viele Spitäler diese Richtwerte nicht erreichen.³⁵
- **Überkapazitäten:** Die Anzahl der Hospitalisierungen verteilt sich auf eine grosse Anzahl von Krankenhäusern, was die Effizienz senkt. Laut einer Studie der Universität Basel waren Schweizer Spitäler in den letzten Jahren oft nicht vollständig ausgelastet. 2021 lag die durchschnittliche Auslastung landesweit bei etwa 80%.³⁶ Daraus folgen:
 - **Hohe Fixkosten:** Auch wenn ein Spital nicht komplett ausgelastet ist, fallen Betriebs- und Personalkosten an. Im Jahr 2023 machten Betriebskosten mit knapp 13 Mrd. CHF etwas mehr als ein Drittel der Gesamtkosten aus. Davon deckte die Hälfte den medizinischen Bedarf, der Rest waren Unterhalts- und verwaltungsbezogene Kosten.³⁷
 - **Defizite:** Die geringe Auslastung und hohe Fixkosten führen trotz staatlicher Beiträge und Subventionen oft zu roten Zahlen. 2023 betrug das Defizit der Spitäler insgesamt 784 Mio. CHF.³⁸

Eine Lösung könnte die gezielte Konsolidierung der Spitallandschaft sein. Ein Beispiel dafür bietet Dänemark, wo seit 2007 die Zahl der Akutspitäler von 40 auf 21 reduziert wurde. Diese wurden zu sogenannten Super-Spitälern umgebaut, die sich auf Notfälle und hochspezialisierte Behandlungen konzentrieren.³⁹

Ergänzend zum Umbau der bestehenden Spitäler hat Dänemark in den Aufbau von Health Clusters um die Super-Spitäler investiert, die die Spitäler mit lokalen Gesundheitszentren, Hausarztpraxen und sozialen Diensten verbinden. Diese bieten einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsleistungen, fördern Prävention und Früherkennung und entlasten die Akutspitäler. In abgelegenen Regionen sichern kleinere Notfallstationen die Gesundheitsversorgung.

Eine ähnliche Strategie wäre auch für die Schweiz denkbar. Durch eine Spezialisierung der Spitäler und eine Verlagerung der Gesundheitsversorgung hin zu anderen Gesundheitseinrichtungen liesse sich nicht nur die Behandlungsqualität steigern, sondern auch die Kosten reduzieren. Gleichzeitig ermöglicht die Entlastung der Spitäler, die wachsende Zahl an Behandlungen infolge der alternden Bevölkerung besser zu bewältigen.

Da die Gesundheitsversorgung in der föderalistischen Schweiz in der Verantwortung der Kantone liegt, ist eine enge Zusammenarbeit bei der Spitalplanung essenziell. Ein überkantonales Denken kann dazu beitragen, die Versorgung effizienter zu gestalten. Darüber hinaus sollten sich Spitäler stärker spezialisieren und die Kooperation mit anderen Gesundheitsanbietern ausbauen.

Ambulante Versorgung ausbauen und stationäre Aufenthalte reduzieren

Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung erfordert eine stärkere Verlagerung von stationären Behandlungen hin zu ambulanten und wohnortnahen Lösungen. Damit die Konsolidierung der Spitallandschaft gelingt, müssen andere Gesundheitsdienstleister gezielt gestärkt werden. Gesundheitszentren, Hausärzte und mobile Versorgungsangebote spielen dabei eine entscheidende Rolle, um eine umfassende, patientennahe Betreuung sicherzustellen und stationäre Aufenthalte auf das medizinisch Notwendige zu beschränken.

Dank medizinischer Fortschritte in Chirurgie, Anästhesie und Schmerztherapie können heute viele Eingriffe ambulant erfolgen – also ohne Übernachtung im Spital. Minimalinvasive Techniken ermöglichen es zudem, zahlreiche Behandlungen direkt in Arztpraxen oder spezialisierten Ambulatorien vorzunehmen. Tatsächlich findet in der Schweiz nur etwa ein Viertel der ambulanten Eingriffe in Spitälern statt.⁴⁰

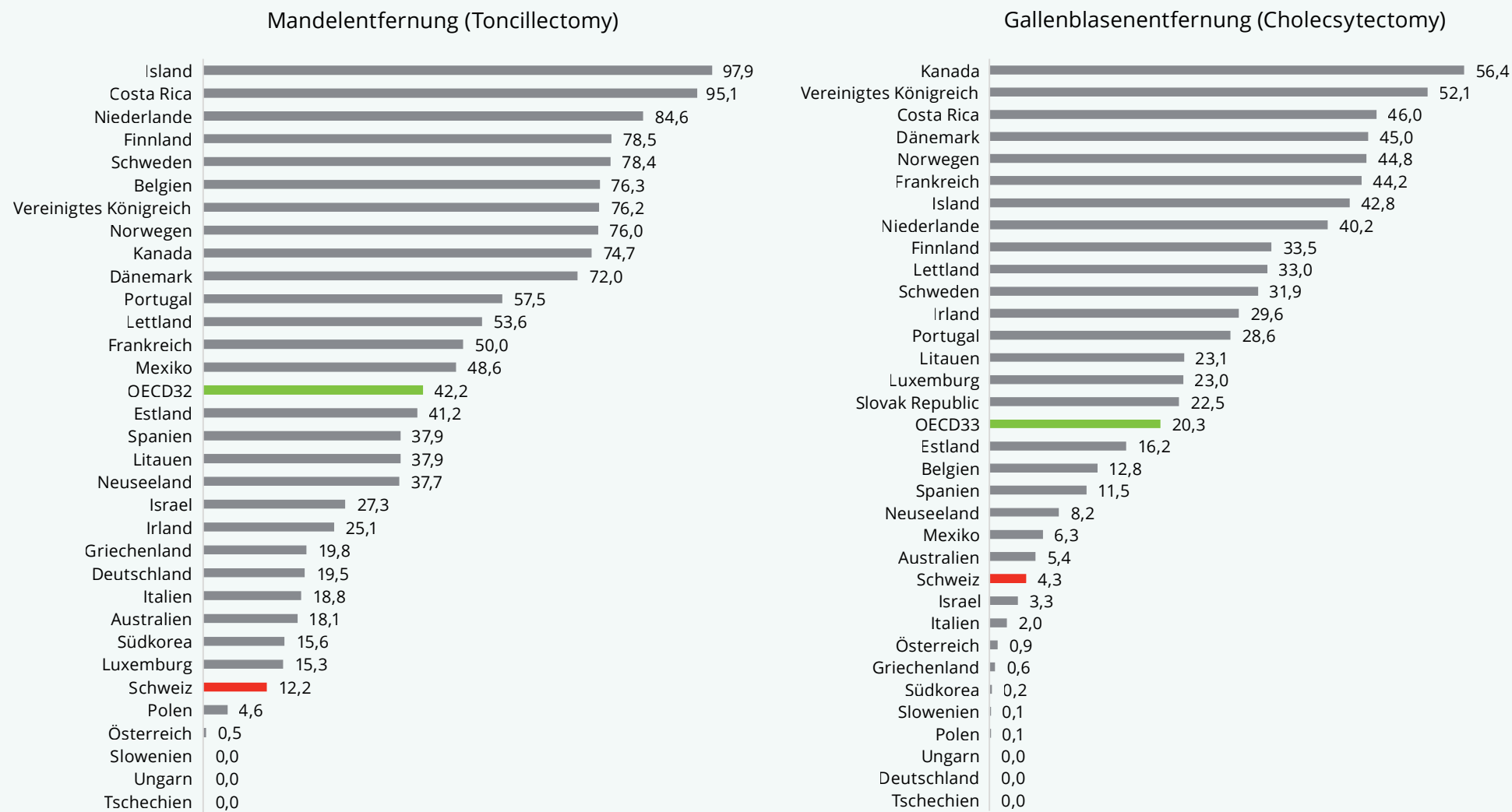
Die Vorteile dieser Entwicklung sind vielfältig: Patientinnen und Patienten verbringen weniger Zeit in medizinischen Einrichtungen und können nach dem Eingriff in ihrem gewohnten Umfeld genesen. Auch das Risiko von Krankenhausinfektionen sinkt erheblich.⁴¹ Ein weiterer Pluspunkt ist die Kosteneffizienz: Eine stationäre Leistenbruchoperation, beispielsweise, kostet 5'500 Franken. Dieselbe Operation ambulant durchzuführen, kostet hingegen die Hälfte.⁴²

Die Schweiz verfolgt seit einigen Jahren den Ansatz «ambulant vor stationär», liegt im internationalen Vergleich dennoch hinter vielen Ländern zurück (siehe Abb. 10). So werden Eingriffe wie Mandel- oder Gallenblasenentfernungen, die ohne Bedenken ambulant durchgeführt werden können, hierzulande deutlich seltener ambulant durchgeführt als im OECD-Durchschnitt.⁴³

Für diese Diskrepanz gibt es mehrere Gründe. Ein zentraler Faktor ist, dass die Tarife für ambulante Behandlungen für Spitäler oft nicht kostendeckend sind – im Gegensatz zu stationären Eingriffen, bei denen die Unterfinanzierung weniger ausgeprägt ist.

Zudem erschwerte das bisherige Finanzierungssystem eine Verschiebung hin zu ambulanten Behandlungen: Die Kosten stationärer Eingriffe wurden bis vor Kurzem zur Hälfte von den Kantonen getragen, was ambulante Behandlungen trotz ihrer niedrigen Gesamtkosten aus Sicht der Krankenkassen und Prämienzahler weniger attraktiv machte. Mit der Annahme der Reform zur einheitlichen Finanzierung im November 2024 wurde jedoch eine neue Grundlage geschaffen, die Tarifverhandlungen erleichtert und den Weg für eine stärkere Verlagerung in den ambulanten Bereich ebnet.

Abbildung 10: Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe, in %



Anmerkung: Die Daten stammen aus dem Jahr 2022 oder dem letzten verfügbaren Jahr.

Quelle: OECD 2024

Ein weiteres Hindernis ist gesellschaftlicher Natur: Der Wohlstand der Schweiz ermöglicht es, Patientinnen und Patienten maximale Sicherheit und Überwachung nach einer Operation zu bieten – oft durch einen längeren Spitalaufenthalt. Viele Patientinnen und Patienten sorgen sich, dass eine frühzeitige Entlassung das Risiko birgt, Komplikationen zu übersehen.

Hier könnten Konzepte wie «Hospital at Home» ansetzen: Dort, wo eine engere Nachbetreuung sinnvoll oder erwünscht ist, könnten Kontrolltermine, mobile Unterstützung oder digitale Anwendungen den Übergang erleichtern. Dies ermöglicht eine frühere Entlassung nach Eingriffen, während Patientinnen und Patienten weiterhin gezielt im Genesungsprozess begleitet werden.

Das Prinzip ähnelt den Erfahrungen der Spitex in der Langzeitpflege, wo seit Jahren darauf hingearbeitet wird, ältere Menschen möglichst lange in ihrem Zuhause zu betreuen. In der Praxis zeigt sich, dass die meisten Bewohnerinnen und Bewohner erst hochbetagt und oft nur für kurze Zeit in Pflegeeinrichtungen eintreten.⁴⁴ Dadurch können sich Pflegeheime auf spezialisierte Leistungen wie Demenzzpflege oder Palliative Care ausrichten.

Mit dem Hospital at Home Konzept können diagnostische Verfahren, Schmerzmanagement, Infusionstherapien und sogar die postoperative Nachsorge durch mobile Teams direkt zu Hause erfolgen (siehe Abb. 11). Dies erlaubt Spitälern, sich stärker auf komplexere Behandlungen zu fokussieren, die eine stationäre Betreuung benötigen.

Abbildung 11: Hospital at Home



Quelle: Deloitte Hospital at Home 2022

In Ländern wie den USA, dem UK und Frankreich ist das Hospital at Home Modell bereits etabliert. Auch in der Schweiz gibt es vielversprechende Erfahrungen: Ein Pilotprojekt betreute im Jahr 2023 über 100 Patientinnen und Patienten. Die Rate der Rehospitalisationen – also ungeplante Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen – sowie der sekundären Rehospitalisationen, bei denen eine erneute stationäre Behandlung erforderlich wurde, lag bei lediglich 3%.⁴⁵

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden waren durchweg positiv: 88,9% würden sich erneut für eine Behandlung im Hospital at Home entscheiden. Aufgrund dieser vielversprechenden Ergebnisse wurde der Bundesrat im Rahmen eines Postulates beauftragt, das Konzept für die gesamte Schweiz zu prüfen, doch dieser erachtet den Zeitpunkt als verfrüht.⁴⁶ Gleichwohl dürfte der Druck aus dem Parlament hoch bleiben.

Damit die Gesundheitsversorgung langfristig sichergestellt werden kann, braucht es eine konsequente Umsetzung des Prinzips «ambulant vor stationär» sowie innovative Versorgungsmodelle. Mit der einheitlichen Finanzierung und künftig besseren Tarifen für ambulante und stationäre Behandlungen entstehen neue Möglichkeiten, um solche Lösungen gezielt zu fördern.

Konzepte wie Hospital at Home, die eine wohnortnahe und effiziente Versorgung ermöglichen, sollten weiter ausgebaut werden. Auch sollten die Rahmenbedingungen so angepasst werden, dass künftig innovative Ansätze frühzeitig geprüft und gefördert werden können. Entscheidend ist, dass Spitäler entlastet werden und Ressourcen gezielt dort eingesetzt werden, wo sie am dringendsten benötigt werden.

Hospital at Home muss alles umfassen, was einen Spitalaufenthalt ersetzt – mit der nötigen Infrastruktur, ohne Abstriche bei Qualität und Sicherheit. Jetzt gilt es, diesen Ansatz ernsthaft für die Schweiz zu prüfen.



Dr. med. Bettina Balmer

Nationalrätin FDP Zürich & Fachärztin Kinderchirurgie FMH

Technologie als Schlüssel für die patientenorientierte Behandlung

Um eine hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen und Patientinnen und Patienten eine umfassende Betreuung zu bieten, ist eine enge Koordination zwischen den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern unerlässlich. Darüber hinaus ist das Vertrauen der Bevölkerung entscheidend – sie muss darauf vertrauen können, dass ihre Versorgung auch ausserhalb des Spitals nahtlos gewährleistet ist. In einer vernetzten, aber dezentralen Versorgungsstruktur dürfen keine Informationen verloren gehen. Wichtige Daten müssen die Patientinnen und Patienten durch den gesamten Behandlungsverlauf hinweg begleiten, um eine lückenlose und effiziente Betreuung zu ermöglichen.

Digitale Lösungen können dabei eine Schlüsselrolle spielen, indem sie den Informationsaustausch erleichtern und Patientinnen und Patienten mehr Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten geben. Doch die Schweiz hinkt bei der digitalen Transformation des Gesundheitswesens hinterher. Laut dem Digital Health Report 2021 der ZHAW liegt der Digitalisierungsgrad im Gesundheitswesen bei 44% - unter dem Schweizer Durchschnitt von 50%.⁴⁷ Auch im internationalen Vergleich schneidet die Schweiz schlecht ab: Im Digital Readiness Index 2023 des Forschungsunternehmens BAK Economics belegt sie nur Platz 16 von insgesamt 41 untersuchten Ländern.⁴⁸ Besonders schwach ist die Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten (Platz 21), obwohl sie bei regulatorischen Rahmenbedingungen und Partnerschaften für personalisierte Medizin zu den Top 10 zählt (Platz 9).

Ein wesentlicher Schwachpunkt ist das elektronische Patientendossier (EPD). Laut dem Swiss eHealth Barometer 2024 kennen nur 37% der befragten Einwohnerinnen und Einwohner das EPD (siehe Abb. 12). Von diesen könnten sich etwa drei Viertel (73%) eine Nutzung des EPD vorstellen.⁴⁹ Zahlen von eHealth Suisse zeigen jedoch,

dass die tatsächliche Nutzung tief bleibt: Bis Ende Februar 2025 wurden nur 104'407 EPD eröffnet – das entspricht knapp 1% der Bevölkerung.⁵⁰ Gemäss einer Analyse von Deloitte aus 2022 ist dies auf das niedrige Vertrauen der Bevölkerung zurückzuführen. Potenzielle Nachteile wie das erhöhte Missbrauchspotenzial, Verletzung der Privatsphäre und mangelnde Kontrolle über die eigenen Daten werden dabei höher bewertet als potenzielle Vorteile.⁵¹ Seither hat sich wenig verändert: In einer nachfolgenden Umfrage aus 2024 äusserten 70% der Befragten Bedenken hinsichtlich Datensicherheit und Datenschutz im Bereich der digitalen Gesundheitsversorgung.⁵²

Während das EPD noch wenig genutzt wird, gibt es andere digitale Anwendungen, die auch Gesundheitsdaten sammeln und dennoch einen besseren Ruf geniessen. Ein eindrückliches Beispiel ist die hohe Akzeptanz für Fitness- und Bewegungs-Apps, die oft über Wearables etliche Aktivitäten der Nutzerinnen und Nutzer erfassen und auswerten. Dies zeugt von einer gespaltenen Wahrnehmung in der Bevölkerung gegenüber der Nutzung von Gesundheitsdaten, deutet aber zugleich darauf hin, dass der Ruf des EPD durchaus erhöht werden kann.

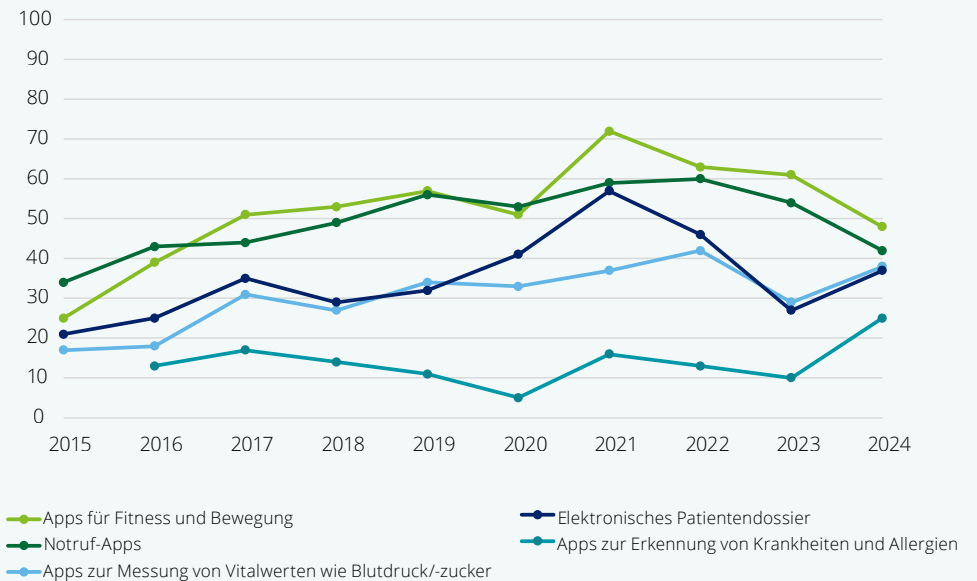
Ein Beispiel, wie die Akzeptanz gesteigert wurde, liefert Dänemark, das bereits seit mehreren Jahren auf ein Opt-out-Modell für die digitale Erfassung von Gesundheitsdaten setzt. Um Datenschutzbedenken zu begegnen, wurden strikte Regeln darüber, wer Zugriff darauf erhält, eingeführt. Zudem behalten Patientinnen und Patienten jederzeit den Überblick über die Nutzung ihrer Daten und können rechtlich vorgehen, wenn sie einen unrechtmässigen Zugriff vermuten.

Diesen Ansatz sollte auch die Schweiz verfolgen, denn eine stärkere Integration digitaler Anwendungen kann das Gesundheitspersonal entlasten und das Monitoring ausserhalb von Spitälern und Praxen – zum Beispiel im Rahmen von Hospital at Home – optimieren. In Grossbritannien konnten dank der erfolgreichen Digitalisierung mehrere Projekte umgesetzt werden, bei denen digitale Anwendungen zur Unterstützung von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen zum Einsatz kamen. Dafür wurde eine App entwickelt, die eine standardisierte Erfassung von Patientendaten ermöglicht und eine nahtlose digitale Betreuung gewährleistet – von der ersten Diagnose über die konservative Behandlung bis hin zur postoperativen Nachsorge.⁵³

Um diese Entwicklung voranzutreiben, braucht es auch die Unterstützung der Gesundheitsanbieter. Diese haben sich bis jetzt jedoch nur zögerlich ans EPD angeschlossen. Bis August 2024 waren 82% der Spitäler und 57% der Pflegeheime mit dem EPD verbunden – bei den Spitex-Diensten, die sich freiwillig anschliessen können, lag die Quote sogar nur bei 3%.⁵⁴ Ein Grund für den zögerlichen Anschluss an das EPD ist der Zusatzaufwand für das Personal, da die Integration mit internen Systemen oft mangelhaft ist.

Abbildung 12: Kenntnis digitaler Angebote

In % der Einwohnerinnen und Einwohnern ab 18 Jahren



Hinweis: bis 2017: in % Stimmberechtigte, 2018-2022: in % Einwohner ab 18 Jahre (n = jeweils ca. 1'310)

Quelle: gfs.bern 2024

Die Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen scheitert nicht an der Technologie, sondern an fehlenden Anreizsystemen und an einer zögerlichen Umsetzung. Es bedarf klarer regulatorischer Weichenstellungen und mehr Mut zur Digitalisierung.



Prof. Dr. Alfred Angerer

Professor für Management im Gesundheitswesen, ZHAW

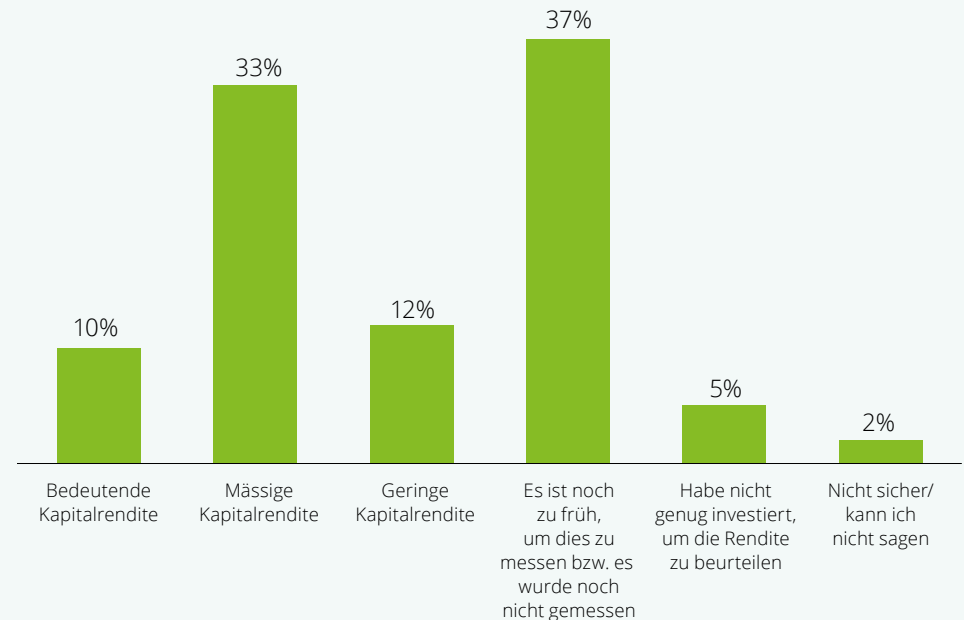
Tatsächlich stellt der administrative Aufwand für Gesundheitseinrichtungen in der Schweiz eine erhebliche Belastung dar. Gemäss einer von gfs.bern verwendeten Ärztinnen und Ärzte 2024 zwei Stunden pro Tag für ärztliche Dokumentationsarbeit. Damit macht diese den zweitgrössten Zeitaufwand aus – für medizinische patientennahe Tätigkeiten werden knapp drei Stunden verwendet.⁵⁵ Laut dem Digital Health Bericht 2023/2024 der ZHAW steht die Schweiz damit auch international schlecht da: in Bezug auf den administrativen Zeitaufwand für Datenerhebung und -aufbereitung landete sie auf Platz 9 von 10 untersuchten Ländern.⁵⁶

Dieser Aufwand entsteht oftmals, weil Daten mehrmals erfasst werden müssen. Ein nahtloser Austausch nach der Ersterhebung der Gesundheitsdaten wäre somit bereits ein grosser Effizienzgewinn. Danach muss die Interoperabilität zwischen verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen sichergestellt sein. Hierfür braucht es einheitliche Standards und klare Richtlinien bezüglich der Nutzung von IT-Anwendungen im Gesundheitssektor.

Damit das Gesundheitssystem von der wachsenden Menge an Gesundheitsdaten profitieren kann, ist zudem die Entwicklung eines Schweizer Gesundheitsdatenraums von zentraler Bedeutung. Darunter ist die Summe aller Gesundheitsdaten zu verstehen, die zum Zweck der Forschung, Prävention, Behandlung, Langzeitpflege und/oder zur Erfüllung staatlicher Aufgaben erfasst und getauscht werden dürfen. Besteht einmal ein sicherer Datenraum, können nämlich weitere technologische Innovationen wie die Künstliche Intelligenz (KI) eingesetzt werden. Diese können die automatisierte Erfassung von Daten erleichtern, grosse Datenmengen analysieren und so präzisere Diagnosen ermöglichen.

Gemäss dem 2025 Global Health Care Outlook Bericht von Deloitte haben über 40% der befragten Führungskräfte von Gesundheitseinrichtungen weltweit bereits mässige bis erhebliche Renditen auf ihre KI-Investitionen erfahren (siehe Abb. 13).

Abbildung 13: Erzielte Rendite von Generativer KI-Investitionen im Gesundheitsbereich



Anmerkung: Umfrageteilnehmer n = 121. Führungskräfte aus dem Gesundheitswesen in Australien, Kanada, Deutschland, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und den USA

Quelle: Deloitte Global Health Care Outlook 2025

Longevity statt Krankheitsbehandlung

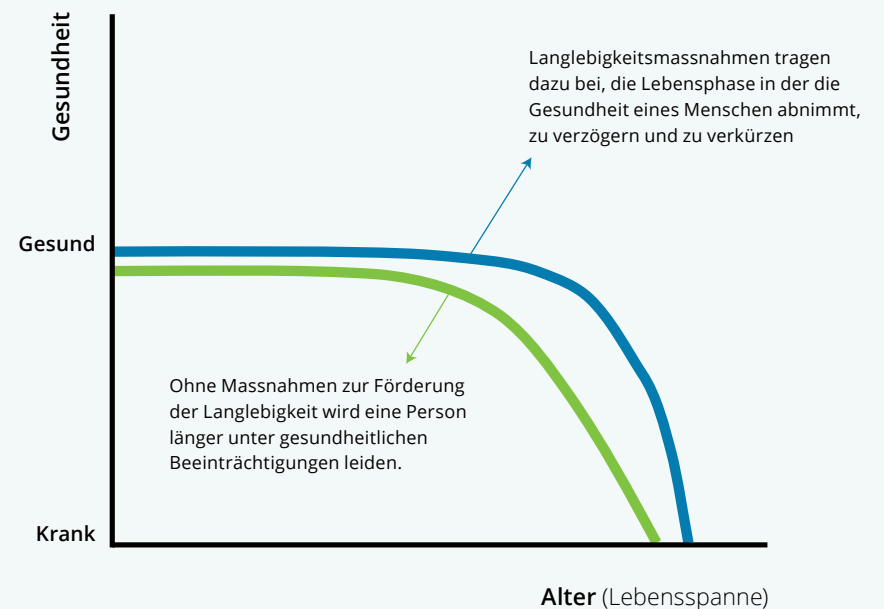
Eine umfassende Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in Kombination mit einer konsequenten Digitalisierung bietet enormes Potenzial, das Gesundheitssystem zu entlasten. Derzeit liegt der Fokus vieler bestehender Angebote jedoch auf der reaktiven Behandlung – das bedeutet, dass medizinische Massnahmen erst dann greifen, wenn eine Erkrankung bereits ausgebrochen ist und eine Intervention erforderlich wird. Dabei könnte eine gezielte Prävention in vielen Fällen den Krankheitsverlauf abmildern oder gänzlich verhindern. Besonders in einer alternden Gesellschaft wird es immer wichtiger, Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen und vorzubeugen, um ein möglichst langes und gesundes Leben zu ermöglichen.

In der Schweiz wurden im Jahr 2022 laut dem BFS 3,7 Mrd. CHF für Prävention ausgegeben – das entspricht etwa 4% der gesamten Gesundheitskosten in diesem Jahr.⁵⁷ Fast zwei Drittel davon gehen an die Vorbeugung von nichtübertragbaren Krankheiten durch Impfprogramme und Testungen. Im Vergleich dazu flossen 41 Mrd. CHF in die kurative und rehabilitative Pflege (44%), weitere 14 Mrd. CHF wurden in die Langzeitpflege (15%) investiert. Diese Zahlen verdeutlichen, dass der Grossteil der Gesundheitsausgaben nach wie vor in die Behandlung und nicht in die Vermeidung von Krankheiten fliesst.

Prävention bedeutet nicht nur, länger zu leben, sondern vor allem, gesünder. Dank medizinischer Fortschritte ist dies heute einfacher denn je. Auch das Altern verläuft nicht mehr wie früher: Viele altersbedingte Erkrankungen lassen sich gut therapieren. So können Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte medikamentös behandelt werden, um das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle erheblich zu senken. Doch nicht nur Medikamente spielen eine Rolle – auch der Lebensstil hat einen grossen Einfluss. Regelmässige körperliche Aktivität hilft, das Risiko für Diabetes, Demenz und muskuloskelettale Beschwerden zu senken. Ebenso kann eine bewusste Ernährung altersbedingten Entzündungsprozessen entgegenwirken und zur Erhaltung der kognitiven Funktionen beitragen.

Insgesamt zeigt sich also, dass eine frühzeitige und konsequente Prävention sowohl die Lebensdauer verlängert als auch die Lebensqualität steigert. Hier setzt somit auch das Konzept der Langlebigkeit an: Ziel ist es, die Gesundheitsspanne (wie viele Jahre ein Mensch bei guter Gesundheit lebt) so nah wie möglich an die Lebensspanne (wie viele Jahre ein Mensch insgesamt lebt) anzupassen (siehe Abb. 14).

Abbildung 14: Lebens- versus Gesundheitsspanne



Quelle: Deloitte Krankenversicherungsstudie Schweiz 2024

Dieser Ansatz geht über die traditionelle Prävention hinaus und umfasst weit mehr (siehe Abb. 17 auf S. 32). Technologische Innovationen spielen jedoch eine entscheidende Rolle – von neuen Medikamenten über Wearables und Apps, die einen gesünderen Lebensstil fördern, bis hin zu fortschrittlicher Diagnostik wie DNA-Mapping zur frühzeitigen Erkennung genetischer Risiken.

Der Markt für Langlebigkeits- und Präventionslösungen wächst rasant, bleibt jedoch schwer zu quantifizieren. Ein Indikator ist allerdings die Anzahl an Investitionen, die in diesem Bereich getätigt werden. Eine Analyse von Deloitte ergab, dass die 50 führenden Unternehmen im Bereich der Langlebigkeit bis 2020 mehr als 1 Milliarde US-Dollar an Risikokapital aufgenommen hatten für die Autoren ein Zeichen, dass der Markt für Langlebigkeit den Gesundheitssektor langfristig überholen könnte. Sie gehen daher auch von einer Verschiebung innerhalb der bestehenden Gesundheitsausgaben weg von der «Krankheitsversorgung» hin zu Wellness und Wohlbefinden aus.⁵⁸

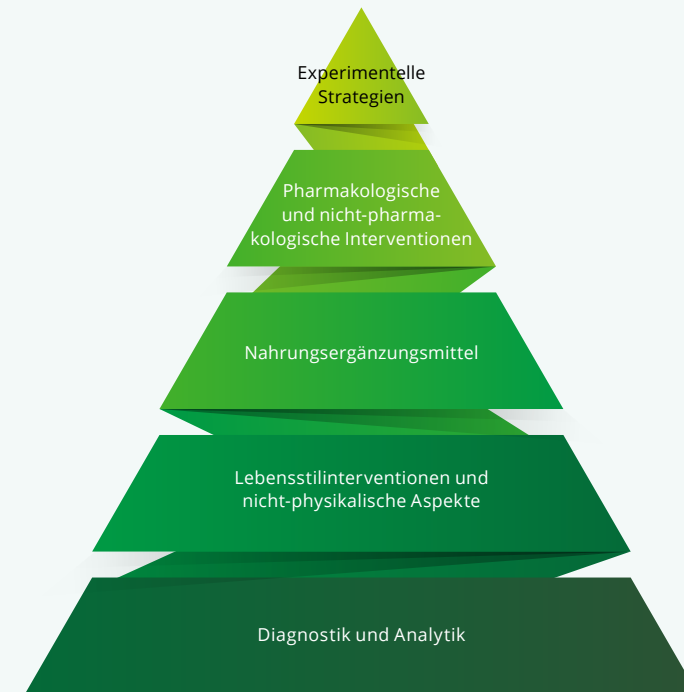
Langlebigkeit ist wie eine Pyramide: Die Basis bildet ein gesunder Lifestyle, gestützt durch präzise Diagnostik. Aufbauend darauf wirken gezielte Nahrungsergänzungsmittel und medizinische Interventionen. An der Spitze stehen fortschrittliche Technologien, doch alles beginnt mit den Grundlagen.



Dr. Dr. Elisabeth Roider

Partner & Chief Scientific and Medical Officer, Maximon

Abbildung 15: Langlebigkeitspyramide



Quelle: Martinovic et al. 2024

Altern ist kein Mangel, den man beheben muss. Der Körper verändert sich – und statt der ewigen Jugend nachzujagen, sollten wir klüger altern: mit dem Fokus auf eine bewusste Lebensgestaltung, Krankheitsprävention, wo immer möglich, und einer gesunden Portion Realismus, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.



Dr. Dr. Isabell von Loga

Partner & Co-Founder, Nexus Longevity

Ebenso schwierig wie die Abschätzung des Marktes ist es, das langfristige Einsparpotenzial für das Gesundheitssystem genau zu beziffern. Fest steht jedoch, dass ein verstärkter Fokus auf Prävention und Langlebigkeit nicht nur die Lebensqualität der Menschen verbessern, sondern auch zur finanziellen Stabilität des Gesundheitssystems beitragen könnte.

Im Rahmen des Future of Health in Europe Berichts von Deloitte wurde berechnet, welches Einsparpotenzial entsteht, wenn Gesundheitssysteme stärker auf Prävention setzen. Für die Schweiz schätzen die Autoren, dass die Gesundheitskosten im Jahr 2040 um 30 Milliarden CHF tiefer ausfallen würden (siehe Abb. 16). Die Ausgaben für die Prävention und Gesundheitsförderung würden zwar im Vergleich zu heute höher ausfallen, die Kosten für kurative Behandlungen wären hingegen halbiert. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei allerdings auch ein höherer Digitalisierungsgrad, damit das Potenzial neuer digitaler Anwendungen ausgeschöpft wird.

Abbildung 16: Potenzielle Kosteneinsparungen im Rahmen von «Future of Health 2040»



Quelle: Berechnungen basierend auf Deloitte Future of Health in Europe 2023

Abbildung 17: Der Langlebigkeitsmarkt

Nanotechnologie

- Einsatz von Nanotechnologie zur Bereitstellung gezielter Therapien und zur Gewährleistung der Wirksamkeit der Arzneimittelverabreichung
- Nanobots, Nano-Kosmezeutika, gezielte Heilmethoden und Nanochirurgie

KI-basierte Diagnostik

- Nutzung von Omics-Daten zur Identifizierung von Präventionsmethoden und zur Erstellung von Diagnosen
- Überwachungsgeräte für zu Hause, Diagnostik

Wearables und Robotik

- Einsatz von Robotik zur Verbesserung des emotionalen, geistigen und körperlichen Wohlbefindens
- Sozialroboter, Pflegeroboter

Age-Tech

- Lösungen, die die vielschichtigen Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung unterstützen
- Insurtech, Medikamentenmanagement

Kennzeichen der Altersforschung

- Konzentriert sich auf die zugrunde liegenden biologischen Ursachen des Alterns
- Behandlungen, die auf zelluläre Seneszenz, mitochondriale Dysfunktion usw. abzielen

Therapeutika gegen das Altern

- Therapien zur Verlangsamung oder Umkehrung der durch den biologischen Alterungsprozess bedingten Veränderungen
- Senolytische Medikamente, Nährstoffregulatoren, Medikamente für neue Ziele (z. B. IGF-1)

Zell- und Gentherapie

- Zell- und Gentherapien zur Behandlung des Alterns und altersbedingter Krankheiten
- Gene Editing, Stammzelltherapie, CAR-T-Zelltherapie

Wellness und Prävention

- Mobilität, intelligentes Zuhause und Sturzprävention zur Verringerung von Behinderungen und Krankenhausaufenthalten
- Mobilitätslösungen, Sturzprävention, intelligente Haustechnologien

Umkehrung des Alterungsprozesses

- Umkehrung der altersbedingten Schädigung von Organen und anderen Geweben
- Geweberegenerierung, 3D-Druck von Organen, Wachstumshormone

Regierungspolitik und Regulierung

- Überprüfung der Finanzierungsstruktur und -politik
- Zulassungsoptionen über die derzeitige krankheitsorientierte Regulierung hinaus

Handlungsempfehlungen

06



Stärkung regionaler Gesundheitsnetzwerke und effizientere Nutzung von Ressourcen

Mit der demografischen Alterung steigt auch der medizinische und pflegerische Bedarf, was nicht nur höhere Kosten verursacht, sondern auch den bestehenden Fachkräftemangel verschärft. Um diesem Wandel zu begegnen, braucht es daher eine effizientere Nutzung der personellen und finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen.

Für den Staat

Spitalstrukturen strategisch konsolidieren und spezialisieren:

Die Gesundheitsversorgung sollte durch eine stärkere Konzentration auf spezialisierte, leistungsfähige Spitäler optimiert werden, um Arbeitsmarktengpässe zu reduzieren, ohne die Behandlungssicherheit und Serviceleistung einzuschränken. Kleine Allgemeinspitäler, die regelmässig unterausgelastet sind, sollten in spezialisierte Kompetenzzentren umgewandelt oder in regionale Gesundheitsnetzwerke integriert werden.

Fehlanreize vermeiden und innovative Versorgungsmodelle fördern:

Der Grundsatz «ambulant vor stationär» kann nur dann konsequent verfolgt werden, wenn ambulante Tarife attraktiver gestaltet und finanzielle Fehlanreize zugunsten stationärer Behandlungen abgebaut werden. Tarifmodelle müssen so ausgestaltet sein, dass nach medizinischer Abwägung auch die kostengünstigere ambulante Option gewählt werden kann, ohne dass wirtschaftliche Nachteile entstehen. Darüber hinaus sollten Tarife so gestaltet werden, dass auch innovative Modelle wie Hospital at Home wirtschaftlich tragfähig sind und flächen-deckend implementiert werden können.

Überkantonale Spitalplanung:

Für eine effiziente Gesundheitsversorgung, braucht es eine enge Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und eine überregionale Spitalplanung. Damit kann den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung getragen und gleichzeitig eine Überversorgung vermieden werden. Ressourcen werden dort eingesetzt, wo sie am sinnvollsten sind.

Gesundheitsnetzwerke ausbauen und Kooperation stärken:

Ein Ausbau regionaler Gesundheitsnetzwerke, die aus Hausärzten, mobilen Pflegediensten und weiteren Leistungserbringern bestehen, kann Spitäler entlasten. Sie bieten einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsleistungen und sollten daher stärker in die Spitalplanung eingebunden werden, damit ihre Rolle als erste Anlaufstelle weiter gestärkt wird. Klardefinierte Regeln bezüglich Überweisungen an andere Leistungserbringer sowie zur Zusammenarbeit mit Spitälern, gewährleisten eine nahtlose Betreuung von Patientinnen und Patienten entlang der gesamten Behandlungskette.

Für Gesundheitseinrichtungen und Unternehmen im Gesundheitssektor

Ausbau wohnortnaher Gesundheitszentren:

Durch den verstärkten Auf- und Ausbau wohnortnaher Gesundheitszentren mit Hausärzten, Fachärzten und Therapeuten können Patientinnen und Patienten bei Beschwerden schnelle Beratung und Hilfe erhalten. Diese Anbieter übernehmen eine Gatekeeper-Funktion, indem sie Untersuchungen zur Früherkennung durchführen und Erstkonsultationen anbieten. Grössere Gesundheitszentren sollten zudem dafür ausgestattet sein, kleinere Notfälle selbst zu behandeln.

Gemeinsame Nutzung administrativer und logistischer Prozesse:

Durch die Bündelung nicht-medizinischer Prozesse – von Einkauf über IT bis zur Personalverwaltung – lassen sich Fixkosten senken und Synergien nutzen. Dies stärkt die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und entlastet medizinische Fachkräfte von administrativen Aufgaben.

Zusammenarbeit und Koordination stärken:

Arztpraxen, Apotheken, Gesundheitszentren und Spitäler sollten gemeinsame Abläufe mit klar definierten Aufgaben festlegen, um die Zusammenarbeit effizient zu gestalten und eine patientenorientierte Behandlung zu garantieren.

Digitalisierung zur Entlastung von Fachkräften und Verbesserung der Patientenversorgung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann nicht nur die Arbeitskräfte entlasten, es schafft auch die Grundlagen für die Anwendung innovativer Technologien wie die KI-gestützte Diagnostik und ermöglicht die Integration digitaler Versorgungsmodelle.

Durch eine patientenorientierte Behandlung lässt sich besser auf die wachsenden Pflegebedürfnisse der alternden Bevölkerung eingehen.

Für den Staat

Vertrauen in Datenaustausch erhöhen:

Klare und verständliche Datenschutzbestimmungen sowie regelmässige Aufklärungskampagnen helfen, das Vertrauen der Bevölkerung in digitale Gesundheitslösungen zu stärken. Patientinnen und Patienten müssen jederzeit nachvollziehen können, welche Daten erfasst und geschützt werden, wer Zugriff darauf hat und wie (personalisiert/ anonymisiert) und zu welchem Zweck sie genutzt werden.

Interoperabilität sicherstellen:

Neben der Schaffung eines Gesundheitsdatenraums braucht es eine einheitliche Strategie, die die Interoperabilität von verschiedenen Systemen im Gesundheitswesen sicherstellt. Nur so kann der Zusatzaufwand bei der Datenerfassung und Austausch vermieden und der Effizienzgewinn realisiert werden.

Einführung eines einheitlichen Gesundheitsdatenraums:

Um die Digitalisierung voranzutreiben und die Zusammenarbeit zu erleichtern, braucht es ein Schweizer Gesundheitsdatenraum. In diesem Datenraum sind Daten anonymisiert und einheitliche Regeln garantieren, dass die Daten strukturiert, standardisiert und für alle Berechtigten entlang der Behandlungskette leicht zugänglich und analysierbar sind.

Telemedizin gezielt ausbauen und Fachkräfte unterstützen:

Damit Telemedizin ihr volles Potenzial entfalten kann, sollte die nötige Infrastruktur flächendeckend ausgebaut und der Zugang zu digitalen Gesundheitslösungen, wie beispielsweise E-Rezepten, erleichtert werden. Zudem können neue Berufsfelder wie Tele-Pflegekräfte oder spezialisierte Telemedizin-Koordinatoren dazu beitragen, die Telemedizin stärker in die reguläre Gesundheitsversorgung zu integrieren.

Für Unternehmen inner- und ausserhalb des Gesundheitssektors

Vertrauen stärken und Vorteile hervorheben:

Unternehmen, die Gesundheitsdaten verarbeiten, müssen transparent kommunizieren, dass sie Informationssicherheit und Datenschutz einhalten. Sie müssen Schutzmassnahmen wie Verschlüsselung und Zugangsverwaltung sicherstellen und die Zweckbindung der Nutzung personenbezogener Daten garantieren. Dies erhöht das Vertrauen in digitale Anwendungen. Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die bereits hohes Vertrauen geniessen, können als „Digitalisierungsambassadoren“ fungieren und Patienten die Vorteile digitaler Anwendungen aufzeigen.

Aktive Förderung des elektronischen Patientendossiers:

Möglichst alle Gesundheitsleistungsanbieter sollten das elektronische Patientendossier konsequent in ihre internen Systeme integrieren und Patientinnen und Patienten aktiv dazu anregen, dieses zu nutzen, um die medizinische Versorgung und die Kommunikation zu verbessern.

Betreuung durch digitale Monitoring-Lösungen:

Gesundheitsleistungsanbieter sollten verstärkt Programme wie «Hospital at Home» anbieten und digitale Monitoring Tools nutzen, um Patientinnen und Patienten eine zeitgemässe und flexible Versorgung zu ermöglichen. Damit kann auch das Vertrauen in eine dezentrale, patientenorientierte Versorgung gestärkt werden.

Fachkräfte mit digitalen Anwendungen unterstützen:

Investitionen in die digitale Infrastruktur und Schulungen des Personals können die Nutzung von Telemedizin, digitalen Gesundheitsplattformen und KI-gestützten Entscheidungshilfen fördern. Digitale Terminsteuerung und automatisierte Triage-Prozesse können beispielsweise Wartezeiten verkürzen und den administrativen Aufwand für Fachkräfte reduzieren.

Digitale Koordination und Zusammenarbeit:

Gesundheitsdienstleister sollten sich stärker untereinander vernetzen und gemeinsame digitale Plattformen nutzen, um die Versorgungseffizienz zu steigern und den Informationsaustausch zu optimieren. Dabei sollten sie Patientinnen und Patienten gegenüber stets offen kommunizieren und bei der Datenerfassung unterstützen.

Förderung von Longevity für gesundes Altern und Kosteneinsparungen

Besonders in einer alternden Gesellschaft wird es immer wichtiger, Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen und vorzubeugen. Dies ermöglicht nicht nur ein längeres, sondern vor allem ein gesünderes Leben, und senkt langfristig die Kosten.

Für den Staat

Longevity als integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung verankern:

Prävention und Longevity sollten nicht nur als separate Massnahmen, sondern als fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung behandelt werden. Dies erfordert eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungskette von Prävention bis zur Pflege mit klarer Aufgabenverteilung innerhalb des Gesundheitssystems, sodass Vorsorge, Früherkennung und Gesundheitsförderung gleichermassen Priorität erhalten.

Förderung von Public-Private-Partnerships zur Finanzierung von Innovationen im Gesundheitswesen:

Durch die Zusammenarbeit von Staat und Privatwirtschaft können innovative Lösungen schneller entwickelt und finanziert werden. Dies beschleunigt die Einführung neuer Technologien und sorgt für eine moderne, effiziente Gesundheitsversorgung.

Früherkennung statt Symptombehandlung:

Werden altersbedingte Krankheiten wie Demenz rechtzeitig diagnostiziert, können sie oftmals besser behandelt werden. Eine Ausweitung von Screening-Programmen für Risikogruppen ist daher sinnvoll. Neben der Erforschung von weiteren altersbedingten Krankheiten kann zudem die Schaffung von Innovationsclustern für Technologien wie etwa KI-gestützte Diagnostik dazu beitragen, gesundes Alter zu fördern und die Anzahl Jahre, die in guter Gesundheit verbracht werden, zu erhöhen.

Für Unternehmen inner- und ausserhalb des Gesundheitssektors

Ausbau personalisierter Angebote im Longevity Bereich:

Durch moderne Diagnostik und Big-Data-Analysen können individuelle Präventionspläne erstellt werden, die auf persönliche Gesundheitsrisiken zugeschnitten sind.

Betriebliche Gesundheitsförderung ausbauen:

Unternehmen können durch gezielte Programme zur körperlichen und mentalen Gesundheit aktiv zur Prävention beitragen. Dies umfasst Massnahmen wie Bewegungsangebote, ergonomische Arbeitsplätze, gesunde Ernährung am Arbeitsplatz und Stressmanagement-Workshops.

Förderung gesundheitsfördernden Verhaltens durch digitale Anwendungen:

Gesundheits-Apps können präventives Verhalten fördern, indem sie Nutzerinnen und Nutzer zu einem aktiveren Lebensstil motivieren und frühzeitig auf mögliche Gesundheitsrisiken hinweisen. Um ihr Potenzial besser auszuschöpfen, sollten Entwickler enger mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen zusammenarbeiten. Eine stärkere Vernetzung würde es ermöglichen, Gesundheitsdaten besser in die Versorgung zu integrieren und so individuellere, personalisierte Behandlungen zu unterstützen.

Kontakte und Autoren



Alexander Mirow

**Partner, Life Sciences &
Healthcare Industry Lead**

+41 58 279 6708

alexmirow@deloitte.ch



Dr. Michael Grampp

**Chefökonom &
Leiter Research**

+41 58 279 6817

mgrampp@deloitte.ch



Annieck de Vocht

Leiterin Healthcare

+41 58 279 7260

adevocht@deloitte.ch



Teresa Hug Alonso

Senior Researcher

+41 58 279 6953

thugalonso@deloitte.ch

Endnoten

- 1 BFS (2024). Lebenserwartung bei Geburt. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.assetdetail.32486290.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 2 The Economist (2016). Die Langlebigkeitsrevolution. <https://www.swisslife.com/de/home/blog/langlebigkeitsrevolution.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 3 BFS (2024). Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.assetdetail.32486291.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 4 BFS (2024). Indikatoren der Geburtenhäufigkeit in der Schweiz, 1950-2023. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.32374900.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 5 BFS (2021). Szenarien für die Bevölkerungsentwicklung 2020-2050: Schweiz, Kantone sowie Haushalte. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 6 Deloitte (2025). Alternde Schweiz: Arbeitsmarktdynamik für nachhaltiges Wachstum überdenken.
- 7 OECD (2023). Health expenditure per capita. Health at a Glance 2023.
- 8 Anderes, M. und Gersbach, H. (2024). KOF-Prognose der Gesundheitsausgaben Herbst 2024. KOF Studien, Nr. 180, 11/2024.
- 9 Brändle, T. und Colombier, C. (2022). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050: Alterung und Coronakrise. Working Paper der EFV Nr. 25. FEV, Bern.
- 10 SIRIS (2024). Annual Report of the SIRIS Registry Hip & Knee, 2012-2023. Report 2024.
- 11 NZZ (2024). Frau Näf braucht eine neue Hüfte. Von: Wachter, Isabelle. <https://www.nzz.ch/gesellschaft/frau-naef-braucht-eine-neue-huefte-das-kostet-18-000-franken-lohnt-sich-das-ld.1848638>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 12 BFS (2024). Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung, 2010-2023. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/32207864>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 13 ANQ und SIRIS (2024). Jahresbericht Hüft- und Knieimplantate 2012-2023, Kurzfassung – SIRIS Report 2024. Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Dezember 2024, Version 1.0.
- 14 Stucki et al. (2023). What drives health care spending in Switzerland? Findings from a decomposition by disease, health service, sex, and age. BMC Health Services Research, Article No. 1149 und Santésuisse (2021). Gesundheitskosten während der Pandemie: Schweiz und Kantone im Vergleich. Sonderpublikation.
- 15 WHO (2024). World health statistics 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 16 Seematter-Bagnoud et al. (2023). Trends in the disability-free life expectancy in Switzerland over a 10-year period: an analysis of survey-based data. Swiss Medical Weekly.
- 17 BFS (2024). Allgemeiner Gesundheitszustand. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/allgemeiner.html>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 18 BFS (2023). Herz- und Kreislauf-Erkrankungen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 19 BFS (2023). Herz- und Kreislauf-Erkrankungen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 20 The Lancet (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Public Health 7(2), E105-E125.
- 21 Siehe Endnote 14.
- 22 Der OECD-Durchschnitt lag bei 9.2 praktizierenden Pflegefachkräften pro 1'000 Einwohner. Siehe Endnote 7.
- 23 SECO (2023). Indikatorensystem Arbeitskräftesituation - Methodische Grundlagen und Ergebnisse. Grundlagen für die Wirtschaftspolitik, Nr. 40. SECO, Bern.
- 24 Obsan (2022). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz 2023. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, 04/2022.
- 25 Obsan (2021). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung. Obsan Bericht 03/2021.
- 26 BAG (2024). Statistiken aller Medizinalberufe. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 27 Obsan (2021). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten in der Schweiz. Obsan Bericht 05/2023.
- 28 Bundesministerium für Gesundheit (2024). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundeskabinett-beschliesst-versorgungsstaerkungsgesetz-pm-22-05-2024.html>. Zuletzt aufgerufen 17.03.2025.
- 29 Siehe Endnote 24.
- 30 Ebd.
- 31 Deloitte (2023). The Future of Health in Europe.

- 32 BAG (2024). Kennzahlen der Schweizer Spitäler. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 33 CBS (2025). Health care institutions; key figures, finance and personnel. <https://www.cbs.nl/en-gb/figures/detail/83652ENG>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 34 Eurostat (2024). Health statistics at regional level. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_statistics_at_regional_level_-_Health_care Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 35 Santésuisse (2024). Fallzahlen in Spitälern und Kliniken für ausgewählte Eingriffe im Jahr 2022. https://www.santesuisse.ch/de/newsdetail/news/fallzahlen-in-spitaelern-und-kliniken-fuer-ausgewaehlte-eingriffe-im-jahr-2024-mindestfallzahlen_8029/. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 36 Felder, S. und Meyer, S. (2023). Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2021. Universität Basel. Studie im Auftrag von ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen.
- 37 BFS (2024). Finanzbuchhaltung der Krankenhäuser nach Betriebstyp. https://www.bfs.admin.ch/asset/de/px-x-1404010100_104. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 38 Ebd.
- 39 Birk, HO. et al. (2024). Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 26(1): i-152.
- 40 H+ (2019). Leistungen Ambulant. H+ Spital- und Klinik-Monitor. <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/gesamtbranche/leistungen>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 41 Die Volkswirtschaft (2022). Ambulant vor Stationär: Mehr als eine Kostenfrage. Von: Otto, S. und Zglinski, D. <https://dievolkswirtschaft.ch/de/2022/08/ambulant-vor-stationaer-mehr-als-eine-kostenfrage/>. Zuletzt aufgerufen am: 17.03.2025.
- 42 NZZ (2024). Ambulante Operationen sind klar günstiger – doch ein exklusiver Blick in die Rechnungsbücher zeigt, warum sie sich für die Kliniken überhaupt nicht lohnen. Von: Hehli, S. <https://www.nzz.ch/schweiz/ambulante-operationen-sind-klar-guenstiger-doch-ein-exklusiver-blick-in-die-rechnungsbuecher-zeigt-warum-sie-sich-fuer-die-kliniken-ueberhaupt-nicht-lohnen-ld.1836700> Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 43 OECD (2025). Surgical procedures. <https://data-explorer.oecd.org/>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 44 Obsan (2025). Indikatoren Langzeitpflege. https://ind.obsan.admin.ch/topic/1ALP_LZP. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 45 Universimed (2024). Hospital@Home: Spitalpflege einmal anders – nämlich zu Hause. Von: Scharf, R. <https://www.universimed.com/ch/article/allgemeine-innere-medicin/hospital-home-spitalpflege-377177>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 46 Parlament (2024). Postulat 24.4339 Homemonitoring und Hospital@Home.
- 47 Angerer, A., Hollenstein, E. und Russ, C. (2021). Digital Health Report 21/22 – Die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens. ZHAW, Winterthur.
- 48 BAK Economics (2023). Global Industry Competitiveness Index (GICI) 2023.
- 49 Gfs.bern (2024). eHealth Bevölkerung 2024 – Künstliche Intelligenz als grosse Unbekannte mit viel Potenzial. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/ehealth-bevoelkerung-2024/>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 50 Ehealthsuisse (2024). Das elektronische Patientendossier – Aktueller Stand. <https://www.e-health-suisse.ch/koordination/elektronisches-patientendossier/aktueller-stand>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 51 Deloitte (2022). Digitalisierung der Gesundheitsdaten: Grosse Chancen, grosse Skepsis.
- 52 Deloitte (2025). The Future of Swiss Healthcare: A Call for Innovation and Collaboration.
- 53 NHS. Supporting people and optimising services through digital care pathways: key regional and national learning from musculoskeletal and gastroenterology Adoption Fund projects. <https://transform.england.nhs.uk/covid-19-response/technology-nhs/learning-from-msk-and-gastro-adoption-fund-projects/>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 54 AG (2024). Das elektronische Patientendossier. Faktenblatt, 27.09.2024.
- 55 Gfs.bern (2024). Unter Druck: Ärzteberuf droht an Attraktivität zu verlieren. Studie im Auftrag der FMH. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/begleituntersuchung-fmh-2024/>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 56 Angerer, A. und Berger, S. (2024). Digital Health Report 2023/2024 – Mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen wagen. ZHAW, Winterthur.
- 57 BFS (2024). Kosten des Gesundheitswesens nach Leistung, Art der Leistungserbringung, Geschlecht und Altersklasse. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/31246614>. Zuletzt aufgerufen am: 18.03.2025.
- 58 Deloitte (2021). Cracking longevity science.



Diese Publikation ist allgemein abgefasst und wir empfehlen Ihnen, sich professionell beraten zu lassen, bevor Sie gestützt auf den Inhalt dieser Publikation Handlungen vornehmen oder unterlassen. Deloitte AG übernimmt keine Verantwortung und lehnt jegliche Haftung für Verluste ab, die sich ergeben, wenn eine Person aufgrund der Informationen in dieser Publikation eine Handlung vornimmt oder unterlässt.

Deloitte AG ist eine Tochtergesellschaft von Deloitte NSE LLP, einem Mitgliedsunternehmen der Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), eine "UK private company limited by guarantee" (eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung nach britischem Recht). DTTL und ihre Mitgliedsunternehmen sind rechtlich selbständige und unabhängige Unternehmen. DTTL und Deloitte NSE LLP erbringen selbst keine Dienstleistungen gegenüber Kunden. Eine detaillierte Beschreibung der rechtlichen Struktur finden Sie unter www.deloitte.com/ch/about.

Deloitte AG ist eine von der Eidgenössischen Revisionsaufsichtsbehörde (RAB) und der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA zugelassene und beaufsichtigte Revisionsgesellschaft.

© Deloitte AG 2025. Alle Rechte vorbehalten.

Designed by CoRe Creative Services. RITM2018282