OBSAN **BERICHT**

09/2025

Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz

Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050

Olivier Pahud, Sonia Pellegrini, Michael Dorn, Laure Dutoit, Jonathan Zufferey

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

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

Impressum

Herausgeber
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen und Autoren
– Olivier Pahud, Obsan
– Sonia Pellegrini, Obsan
– Michael Dorn, Obsan
– Laure Dutoit, Obsan
– Jonathan Zufferey, Obsan

Begleitgruppe
– Anna De Benedetti, Kanton Tessin
– Sandra Grossenbacher, Association Spitex privée Suisse ASPS
– Karen Hofmann, Kanton Bern
– Laura Huber, Kanton Zug
– Cornelis Kooijman, Spitex Schweiz
– Silvia Marti Lavanchy, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
– Yves Martignoni, Kanton Wallis
– Jérôme Perucchi, Kanton Genf
– Reyne-Laure Walk, Kanton Genf
– Lea von Wartburg, Bundesamt für Gesundheit
– Martina Zweiacker, Senesuisse
– Christina Zweifel, Curaviva

Projektleitung Obsan
Olivier Pahud und Sonia Pellegrini

Reihe und Nummer
Obsan Bericht 09/2025

Zitierweise
Pahud, O., Pellegrini, S., Dorn, M., Dutoit, L. & Zufferey, J. (2025). *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050* (Obsan Bericht 09/2025). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte / Informationen
www.obsan.ch
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,
obsan@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 45

Layout
Obsan

Grafiken
Obsan

Titelbild
iStock.com / Matjaz Slanic

Titelseite
Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

Online
www.obsan.ch → Publikationen

Print
www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright
Obsan, Neuchâtel 2025
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer
873-2509

ISBN
978-2-940670-69-7

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

Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz

Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050

Autorinnen und Autoren Olivier Pahud, Sonia Pellegrini, Michael Dorn, Laure Dutoit, Jonathan Zufferey

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2025

Inhaltsverzeichnis

Management Summary 4

Résumé 9

Abkürzungen 14

1 Einleitung 15

1.1 Kontext 15

1.2 Ziele 15

1.3 Vorgehensweise 15

2 Methode 16

2.1 Ziel des Prognosemodells 16

2.2 Berücksichtigte Strukturen 16
2.2.1 Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen 16
2.2.2 Spitex 17
2.2.3 Intermediäre Strukturen: Kurzzeitaufenthalte 17

2.3 Funktionsweise des Prognosemodells 17

2.4 Berücksichtigung regionaler Unterschiede 20
2.4.1 Clustersanalyse 20
2.4.2 Vier Versorgungsmodelle 20

2.5 Bevölkerungsszenarien BFS 2025 22

2.6 Epidemiologische Szenarien 22
2.6.1 Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung 22
2.6.2 Epidemiologische Szenarien der Pflegedauer 24

2.7 Versorgungspolitisches Szenario 25
2.7.1 Alternative Versorgung der nicht bis leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden 25

2.8 Datenquellen 27

3 Ausgangslage und jüngste Entwicklungen in der Alters- und Langzeitpflege 28

3.1 Pflegeheime 28
3.1.1 Langzeitaufenthalte 28

3.2 Spitex 31
3.2.1 Pflege 31
3.2.2 Haushaltshilfe 34

3.3 Intermediäre Strukturen 37
3.3.1 Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen 38

4 Bevölkerungsentwicklung 39

4.1 Ausgangslage 2023 39

4.2 Bevölkerungsszenarien des BFS 39
4.2.1 Entwicklung der älteren Bevölkerung 41
4.2.2 Bevölkerungsszenarien 2020 und 2025 im Vergleich 43

5 Bedarfsprognose 45

5.1 Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen 45

5.2 Spitex 48
5.2.1 Pflege 48
5.2.2 Haushaltshilfe 48

5.3 Intermediäre Strukturen: Kurzzeitaufenthalte 52

5.4 Vergleich der Bedarfsprognosen 2022 und 2025 54
5.4.1 Inwieweit weichen die Bedarfsprognosen voneinander ab? 54
5.4.2 Worin liegen die Ursachen für die Abweichungen? 55

6 Bandbreite der Ergebnisse 58

6.1 Demografische Sensitivitätsanalyse 58

6.2 Epidemiologische Sensitivitätsanalyse 60

7 Regionale Besonderheiten 62

7.1 Porträt der Kantonsgruppen 62
7.1.1 Versorgungsmodelle 62
7.1.2 Inanspruchnahme 63
7.1.3 Bevölkerungsszenarien 69

7.2 Bedarfsprognosen 72
7.2.1 Langzeitaufenthalte im Pflegeheim 72
7.2.2 Spitex-Pflege 74
7.2.3 Spitex-Haushaltshilfe 76
7.2.4 Intermediäre Strukturen: Kurzzeitaufenthalte 76

8 Synthese und Diskussion 79

8.1 Auswirkung der demografischen Alterung auf den Bedarf an Alters- und Langzeitpflege 79
8.1.1 Bedarfsprognosen bei unveränderter Versorgungspolitik (Status-Quo) 79
8.1.2 Sensitivitätsanalyse 81
8.1.3 Vergleich mit bisherige Bedarfsprognosen 82

8.2 Alternative Versorgung der nicht und leicht Pflegebedürftigen 83
8.2.1 Schweizweites Verlagerungspotenzial 83
8.2.2 Regionales Verlagerungspotenzial 84

8.3 Diskussion 86

8.4 Limitationen 88

8.5 Ausblick 89

8.6 Fazit 90

9 Literaturverzeichnis 91

10 Anhang 92

10.1 Anhang: Übersicht der Bedarfsprognosen und Effekte 92

Management Summary

Kontext

Neue BFS-Bevölkerungsszenarien 2025

Vor drei Jahren hat das Obsan schweizweite Bedarfsprognosen für die Alters- und Langzeitpflege publiziert (Pellegrini et al., 2022). Diese Studie – basierend auf Daten aus dem Jahr 2019 – zeigte die grossen bevorstehenden Herausforderungen in diesem Versorgungsbereich auf. Zeitgleich wurde darauf hingewiesen, dass die längerfristige Entwicklung durch die Covid-19-Pandemie geprägt sein könnte. Zum damaligen Zeitpunkt war es allerdings zu früh, den pandemiebedingten Einfluss abzuschätzen.

Im April 2025 veröffentlichte das Bundesamt für Statistik neue Bevölkerungsszenarien (BFS 2025; Kohli & Probst, 2025). Diese basieren auf aktualisierten Annahmen zu Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit, Wanderungsbewegungen und Erwerb des Schweizer Bürgerrechts. Sie zeigen eine Veränderung der Erwartungen hinsichtlich der zukünftigen Bevölkerungsstruktur. Im Vergleich zu den früheren Bevölkerungsszenarien (BFS 2020; Kohli et al., 2020) wurde die erwartete Anzahl hochbetagter Personen nach unten korrigiert. Diese Veränderung allein rechtfertigt eine Aktualisierung der Bedarfsprognosen, da die demografische Entwicklung der Haupttreiber der Bedarfsprognosen ist.

Verändertes Angebot- und Inanspruchnahmeverhalten nach der Pandemie

Die Demografie ist allerdings nicht das einzige Element, dass sich nach der Covid-19-Pandemie verändert hat. Sowohl das Angebot an Alters- und Langzeitpflege sowie das Inanspruchnahmeverhalten der älteren Bevölkerung haben sich weiterentwickelt (siehe Kasten K 1). Diese Veränderungen machen eine Aktualisierung der nationalen Bedarfsprognosen der Alters- und Langzeitpflege notwendig, damit politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger über aktualisierte statistische Grundlagen verfügen.

K 1 Jüngste Entwicklungen in der Alters- und Langzeitpflege

Nach einem deutlichen Rückgang während der Pandemie sinkt die Inanspruchnahme der Pflegeheime weiter, während die Pflegeintensität zunimmt

Die Inanspruchnahmerate hat sich während der Pandemie bekannterweise bedeutend reduziert und obwohl man von einem Wiederanstieg ausging, sinkt sie seither weiter. Interessanterweise ist diese Entwicklung auf einen Rückgang der Eintritte von Personen mit geringem Pflegebedarf zurückzuführen, in Verbindung mit kürzeren Aufenthaltsdauern. Folglich weisen die Bewohnerinnen und Bewohner im Durchschnitt einen höheren Pflegebedarf auf. Zudem ist zu vermerken, dass parallel zu dieser Fokussierung auf pflegebedürftige Fälle, das Angebot an Betten stagniert und somit die Anzahl Plätze pro Einwohnerin und Einwohner im Alter 80+ zurückgeht.

Die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege steigt weiter, was viele Ursachen hat

Die Anzahl Klientinnen und Klienten der Spitex-Pflege sowie die Anzahl Pflegestunden sind seit 2019 stark angestiegen. Auch die Pflegeintensität hat zugenommen, allerdings in einem geringeren Masse. Die Gründe für die Zunahme sind mannigfaltig: Bedürfnisse möglichst lange zuhause zu leben und einen Pflegeheimeintritt hinauszuzögern, teilweise eingeschränkter Zugang zu Pflegeheimen, zunehmende Bedeutung der Spitex-Pflege vor/nach Hospitalisierungen oder auch die Anstellung von pflegenden Angehörigen, die als statistisches Artefakt in den Statistiken erscheint und damit eine bisher unsichtbare Arbeit sichtbar macht.

Unterschiedliche regionale Entwicklungen

Vor allem in der «stark ambulant-basierten» Kantonsgruppe hat die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege seit der Pandemie noch einmal deutlich zugenommen. Dieser Effekt zeigt sich auch in Kantonsgruppen, die das Versorgungsmodell der lateinischen Kantone stärker verfolgen, während er sich in der Zentral- und Ostschweiz schwächer oder nicht zeigt. Am stärksten gestiegen ist die Pflegeintensität jedoch vor allem in der stationär- und ambulant-basierte Kantonsgruppe.

Allerdings zeigen die Zahlen zwischen 2022 und 2023 erstaunlicherweise einen Rückgang der Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen, in der Schweiz insgesamt wie auch in allen Regionen. Zum Zeitpunkt dieser Studie kann die zugrundeliegende Ursache nicht geklärt werden, wobei die bevorstehende Publikation der Spitex-Daten 2024 Aufschluss darüber geben wird, wie der Trend weiterverläuft.

Ziele

Das Hauptziel der vorliegenden Studie ist die Aktualisierung der bisherigen nationalen Bedarfsprognosen mit den neusten vorliegenden Daten. Somit kann für das Jahr 2040 für die Langzeitplätze in den Pflegeheimen, die Spitex-Pflege und -Haushaltshilfe sowie die Kurzzeitaufenthalte in den Pflegeheimen eine aktualisierte Bedarfsschätzung zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich wird aufgezeigt, inwiefern die aktualisierten Bedarfsprognosen im Vergleich mit den bisherigen Bedarfsprognosen ausfallen und was die Gründe für allfällige Unterschiede sind. Einführend gibt der Bericht einen Überblick über die jüngsten Entwicklungen im Versorgungsbereich und macht auf die wichtigsten Veränderungen aufmerksam (siehe Kasten K 1).

Methode

Um die Vergleichbarkeit mit der früheren Studie (Pellegrini et al., 2022) zu gewährleisten, wurden das Prognosemodell und die Szenarien unverändert beibehalten.[1] Die Analyse zeigt somit deutlich die Auswirkungen der revidierten Erwartungen hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung einerseits und der Entwicklung der Inanspruchnahme andererseits. Der Kasten K 2 am Ende des Management Summary enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Modellierungselemente.

Zur Erinnerung: Um die unterschiedlichen politischen Rahmenbedingungen und Ausgangslagen zu berücksichtigen, werden die Bedarfsprognosen für vier Kantonsgruppen erstellt. Sie unterschieden sich hinsichtlich der Versorgungsschwerpunkte von einer stark stationär-basierten hin zu einer ambulant-basierten Versorgung.

Auswirkungen der demografischen Alterung

Der Alterungstrend der Bevölkerung setzt sich fort, wenn auch in einem geringeren Ausmass

Die aktualisierten Bevölkerungsszenarien des BFS (Kohli & Probst, 2025) bestätigen, dass die ältere Bevölkerung bis ins Jahr 2040 stark zunehmen wird, wenngleich das Ausmass leicht geringer ausfällt als vor der Pandemie erwartet (Kohli et al., 2020). Neu wird auch klar, dass dieses Wachstum mindestens bis ins Jahr 2070 anhält – die Kinder der Babyboomer und die hohen Migrationsflüsse bilden eine Art zweite Babyboomer-Welle.

Nach wie vor starkes Bedarfswachstum

Der Gesamtbedarf an Langzeitpflege wird bis ins Jahr 2040 um +43% steigen. Somit müssen in den nächsten 15 Jahren ungefähr 140 000 zusätzliche Personen im Alter 65+ stationär, intermediär und ambulant pflegerisch versorgt werden.

Der aktualisierte Bedarf an Langzeitbetten entspricht dem früheren tiefen Szenario

Der schweizweite Bedarf an Langzeitbetten wird aufgrund der demografischen Entwicklung bis ins Jahr 2040 um die Hälfte steigen. Bei einer durchschnittlichen Grösse von 59 Langzeitbetten pro Pflegeheim[2] entspricht dies +626 neuen Pflegeheimen, die bei unveränderter Versorgungspolitik innerhalb von 15 Jahren erbaut werden müssten. Im Unterschied zur bisherigen schweizweiten Bedarfsprognose sind das zwar –295 Pflegeheime weniger, es ist aber nach wie vor ein starkes Bedarfswachstum. Das neue Status-Quo-Szenario entspricht somit der früheren Bedarfsprognose auf Basis des tiefen Bevölkerungsszenarios BFS 2020.

In der Spitex-Pflege fallen die Bedarfsprognosen höher aus als bisher, trotz des bremsenden Effekts der neuen Bevölkerungsszenarien

Zwischen 2019 und 2023 hat die Spitex-Pflege stark zugenommen. Diese stärkere Inanspruchnahme gleicht den bremsenden Effekt der neuen Bevölkerungsszenarien aus, sodass der geschätzte zukünftige Bedarf höher ausfällt als zuvor. Bis ins Jahr 2040 wird erwartet, dass das Leistungsvolumen um den Faktor 1,4 zunimmt. Es sind +7,6 Millionen zusätzliche Pflegestunden zu den 18,1 Millionen aktuell geleisteten Pflegestunden. In Bezug auf das Personal bedeutet dies +7397 neue Vollzeitäquivalente (VZÄ) bis ins Jahr 2040. Allerdings ist zu beachten, dass die Bedarfsprognosen der Pflege zuhause mehr als die Langzeitpflege im engeren Sinne umfassen. Da keine detaillierteren Quellen vorliegen, umfassen diese Daten die gesamte Pflege von Personen 65+, unabhängig davon, ob es sich um kurzfristige Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt oder um eigentliche Langzeitpflege (d. h. regelmässige Pflege über einen längeren Zeitraum) handelt.

Weitblick: Bis ins Jahr 2050 dürfte der pflegerische Bedarf weiter ansteigen

Bis ins Jahr 2050 dürfte der Bedarf in den verschiedenen Versorgungsstrukturen weiterwachsen. Es ist mit Zunahmen um den Faktor von 1,6 (Spitex-Pflege) bis hin zu einem Faktor 1,8 (Langzeitbetten im Pflegeheim) zu rechnen. Bei solchen Weitblicken gilt es allerdings zu beachten, dass sich das gesundheitspolitische

[1] Eine Ausnahme bilden kleinere Anpassungen in der «stark ambulant-basierten» Kantonsgruppe, wo die Pflegestufen und der Sockel, die die Szenarien der alternativen Versorgung definieren, den aktuellen Gegebenheiten angepasst wurden (siehe 2.7.1 Kapitel).

[2] Die Grösse von 59 Betten pro Pflegeheim entspricht demselben Wert wie in der bisherigen Bedarfsprognosen (Pellegrini et al., 2022), damit Vergleiche angestellt werden können.

wie auch gesellschaftliche Umfeld weiterentwickeln kann oder auch unvorhersehbare Ereignisse die Demografie beeinflussen. Folglich sind die Bedarfsprognosen als Grössenordnung zu betrachten und es gilt sie in regelmässigen Abständen zu aktualisieren sowie den neusten Gegebenheiten anzupassen.

Sensitivitätsanalyse

Ereignisse wie die pandemiebedingte Sterblichkeit und die Migration aufgrund geopolitischer Krisen unterstreichen die Notwendigkeit, verschiedene Szenarien zu berücksichtigen

Im Allgemeinen und wie auch die jüngsten Erfahrungen gezeigt haben, können nicht vorhersehbare epidemiologische, wirtschaftliche oder geopolitische Ereignisse unerwartete Auswirkungen auf die zukünftige demografische Zusammensetzung haben. Die neuen Bevölkerungsszenarien (BFS, 2025) spiegeln diese erhöhten Unsicherheiten wider und führen folglich zu grösseren Bandbreiten als die bisherigen Bevölkerungsszenarien (BFS 2020). Wie bereits im letzten Bericht (Pellegrini et al., 2022) wurde erneut eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt. Sie zeigt, wie sich die Bedarfsprognosen verändern, wenn anstelle des mittleren Szenarios (BFS 2025) ein anderes Bevölkerungsszenario verwendet wird.

Wird von höherer Sterblichkeit oder mehr Auswanderung bei Personen 65+ ausgegangen (d. h. tiefes BFS-Szenario), so wird der zusätzliche Bedarf auf +18 968 Langzeitbetten geschätzt, was ungefähr +321 anstelle von +626 neuen Pflegeheimen (im Status-Quo-Szenario) entspricht. Wird hingegen von einer optimistischeren Annahme bezüglich der Entwicklung der Lebenserwartung ausgegangen oder anhaltenden geopolitischen Krisen mit starken Migrationszuflüssen (d. h. hohes BFS-Szenario), dann beläuft sich der zusätzliche Bedarf auf +58 039 Langzeitbetten, was wiederum +983 Pflegeheime sein könnten.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass eine Bedarfsprognose die Realität nicht vorhersagen kann. Jede Bedarfsprognose simuliert Entwicklungen unter bestimmten Annahmen und erzielt so eine Bandbreite, in der der tatsächliche Bedarf ungefähr liegen könnte.

Auswirkung der Versorgung von Personen mit tiefen Pflegestufen ausserhalb der Pflegeheime

Die Langzeitbetten werden bei unveränderter Versorgungspolitik schweizweit vor 2030 knapp, bei veränderter Versorgungspolitik in einigen Regionen erst vor 2035

Bei unveränderter Versorgungspolitik dürften die 2023 vorhandenen Langzeitbetten in allen vier Regionen bereits vor 2030 nicht mehr ausreichen. Werden hingegen Anteile der Bewohnerinnen und Bewohnen in den Pflegestufen 0 bis 3 (0 bis 4 in der Westschweiz) alternativ zuhause oder in betreuten Wohnformen versorgt, so dürfte das Angebot an Langzeitbetten in einigen Kantonsgruppe bis kurz vor 2035 reichen. In der Kantonsgruppe mit dem grössten Verlagerungspotenzial (d. h. durchschnittlich 25% Bewohnerinnen und Bewohner mit keiner oder geringer Pflegebedürftigkeit) könnte mit dem Szenario der alternativen Versorgung 0–2 der Bedarfsanstieg an Langzeitbetten um ein Fünftel (20 Prozentpunkte) reduziert werden.

Alternative Versorgung von nicht und leicht Pflegebedürftigen bringt Machbarkeitsfragen mit sich

Eine solche Verlagerungsstrategie setzt die entsprechende Bereitstellung alternativer Angebote voraus, was eine deutliche Aufstockung des Personals in der Versorgung zuhause und einen konsequenten Ausbau von betreuten Wohnformen erfordert. In der Pflege zuhause würde die alternative Versorgung der Pflegestufen 0–2 zu einem Leistungsanstieg von +1,6 Millionen Stunden gegenüber dem Status-Quo führen. Dadurch wird die Zahl der Pflegestunden von derzeit 18,1 Millionen auf 27,3 Millionen im Jahr 2040 steigen.

Die Machbarkeit eines solchen Szenarios muss unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten geprüft werden, wobei der Personalmangel und die Geschwindigkeit der Alterung der Bevölkerung entscheidend sind. Schliesslich ist ein oft übersehener, aber entscheidender Faktor, die Präsenz von Angehörigen. Der Verbleib zuhause einer pflegebedürftigen Person ist oft nur möglich, wenn Angehörige zur Verfügung stehen, die regelmässig für sie da sind und die „logistische" Aufgaben wie Einkäufe, Verwaltungsangelegenheiten und die allgemeine Haushaltsführung übernehmen.

Die Strategie zum Ausbau von betreuten Wohnformen verringert die Abhängigkeit von betreuenden Angehörigen. Je nach Kanton und Projekt ermöglichen solche Wohnformen den Abruf von Leistungen nach individuellen Bedürfnissen und zu dem Moment, in dem sie benötigt werden. Typischerweise ist in diesen Strukturen schnelle Hilfe bei Notfällen erhältlich, eine Ansprechperson ist regelmässig erreichbar, es gibt Angebote zur sozialen Teilhabe und es stehen häufig Dienstleistungen wie Wäscheservice oder Mahlzeitendienst im Vordergrund (Hugentobler & Seifert, 2024; Imhof & Mahrer Imhof, 2019). Somit kann der Selbstbestimmungsgrad und die Autonomie erhöht werden, während Angehörige sowie weitere Leistungserbringer entlastet werden und ein effizienterer Einsatz des Pflegepersonals erreicht wird. Betreute Wohnformen gehen aber mit hohen Mietkosten einher. In der Sommersession 2025 hat das Parlament entschieden, das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV anzupassen. Neu soll es EL-beziehenden Personen möglich sein, Betreuungsleistungen in ihrem zuhause beziehungsweise in einer betreuten Wohnform zu finanzieren. Allerdings bleibt die Zugänglichkeit für die Mittelschichte nach wie vor eine Herausforderung.

Alternatives Versorgungspotenzial ist in der «stark ambulant-basierten» Kantonsgruppe nahezu ausgeschöpft

In der «stark ambulant-basierten» Kantonsgruppe ist der Effekt der alternativen Versorgung mit einer Verringerung des Bedarfs

an Langzeitbetten um etwa zwei Prozentpunkte gering. In dieser Gruppe wurde die Verlagerung in den letzten Jahrzehnten bereits stark vorangetrieben und es befinden sich nur noch sehr wenig nicht beziehungsweise leicht Pflegebedürftige in einem Langzeitaufenthalt. Bestimmte Kantone in dieser Gruppe allozieren die Langzeitbetten beispielsweise erst ab einer Pflegestufe 3 (60 Minuten Pflege pro Tag). Die Weiterverfolgung dieser Verlagerungsstrategie erfordert allerdings Lösungen für Personen die 60 bis 100 Minuten Pflege pro Tag benötigen und häufig kognitive Beeinträchtigungen aufweisen (Pflegestufen 4 und 5). Folglich werden unter anderem spezialisierte mobile Teams für die Versorgung komplexer Fälle und Palliativpflege zuhause gefördert. Einige Kantone haben auch Entlastungsdienste geschaffen, die betreuende Angehörige bei Krankheit vertreten oder sonst unter der Woche entlasten. Solche Organisationsmodelle ermöglichen zwar einen möglichst langen Verbleib zuhause, sie sind allerdings anspruchsvoll in der Koordination und personalintensiv.

Entstehung neuer Versorgungsmodelle

Angesichts der Vor- und Nachteile der verschiedenen Versorgungsmodelle suchen viele Akteure nach neuen Wegen, um Angebote zu kombinieren, die neben Effizienzsteigerungen auch eine bessere Durchlässigkeit zwischen Versorgung und sozial-gesellschaftlicher Lebensumwelt ermöglichen. Folglich entstehen neue Konzepte für Alterszentren, die betreute Wohnungen durchmischt mit klassischen Pflegeheimabteilung anbieten, manchmal mit spezialisierten Demenzabteilungen, einem Restaurant oder Kaffee und weiteren öffentlich zugänglichen Dienstleistungen. Solche neuen Zentren stehen nicht mehr isoliert da, sondern werden in das umliegende Stadt- beziehungsweise Quartierbild integriert. Da sie erhebliche Investitionen erfordern, sind sie vor allem in städtischen Gebieten und Agglomerationen zu finden, auch wenn die ersten solchen Versorgungsstrukturen in geografisch eher abgelegenen Gebieten zu finden waren.

Ausblick und bevorstehende Studien

Aktualisierung der Prognosen zum Personalbedarf im Jahr 2026

Neben der Frage nach dem zusätzlich benötigten Bedarf an Alters- und Langzeitpflege stellt sich auch jene nach dem Personal, das die verschiedenen Strukturen betreiben muss (Merçay et al., 2021). Diese Frage stellt sich insbesondere im Bereich der Versorgung zuhause, wo die demografische Alterung zu einem erheblichen Anstieg des Personalbedarfs führen dürfte, die bei einer alternativen Versorgung noch deutlicher ausfällt. Im Jahr 2026 wird das Obsan die nationalen Pflegepersonalbedarfsprognosen aktualisieren, die neben diesem Versorgungsbereich auch die Spitäler und Kliniken analysieren wird.

Zukünftige Aktualisierungen der nationalen Bedarfsprognosen

Eine Aktualisierung der vorliegenden Bedarfsprognosen wird notwendig, sobald erneut einschneidende epidemiologische, soziale oder wirtschaftliche Ereignisse stattfinden, die die demografische Struktur und das Verhalten der älteren Bevölkerung nachhaltig beeinflussen. Zum jetzigen Zeitpunkt wäre eine Aktualisierung der Bedarfsprognosen spätestens mit der Publikation der neuen Bevölkerungsszenarien durch das BFS im Jahr 2030 vorgesehen.

Kantonale Bedarfsprognosen können sich erheblich unterscheiden

Die hier präsentierten nationalen und regionalen Bedarfsprognosen können deutlich von kantonsspezifischen Bedarfsprognosen abweichen. Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie fielen in den Kantonen unterschiedlich aus. Ebenso haben sich die demografische Struktur, die Leistungsangebote, aber auch das Inanspruchnahmeverhalten von Kanton zu Kanton anders entwickelt. Folglich sollte eine Verallgemeinerung von regionalen Ergebnissen auf einen bestimmten Kanton vermieden werden.

Das Obsan-Prognosemodell bietet den Kantonen nach wie vor die Möglichkeit, eine Datengrundlage für deren Planung des stationären, intermediären und ambulanten Bereichs zu tätigen und Simulationen im Sinne von Substitutionsflüssen zwischen den drei Bereichen zu modellieren. Das Prognosemodell kann an die Besonderheiten und Bedürfnisse der Kantone angepasst sowie mit kantonsspezifischen Daten ergänzt werden.

Rolle und zukünftige Verfügbarkeit der informellen Versorgung

Angehörige und weitere informelle Helfende spielen eine wichtige Rolle in der Betreuung von älteren pflegebedürftigen Personen. Leider bleibt es schwierig, die informelle Versorgung der älteren Bevölkerung zu quantifizieren, weil es hierfür keine oder nur lückenhafte Datenquellen gibt. Das Obsan konsolidiert momentan verschiedene Befragungsdatenbanken (unter anderem SGB, EFG, SAKE, SCOHPICA, etc.), die alle einen Einblick in die informelle Versorgung von Personen 65+ geben. Schätzungen sind im Jahr 2026 im Rahmen eines Bulletins zu erwarten.

Unter bestimmten Bedingungen können sich pflegende Angehörige bei einer Spitex-Organisation anstellen lassen. Seit einem Bundesgerichtsentscheid aus dem Jahr 2019 (siehe K 3.1 in Kapitel 3.2.1) nimmt deren Anstellung zu. *Die von Angehörigen erbrachten Pflegeleistungen erscheinen zwar in der Spitex-Statistik des BFS, können aber nicht eindeutig identifiziert werden. Dies führt wiederum zu einer gewissen Unschärfe in der Interpretation der Daten. Der Bundesrat hat einen Bericht in Aussicht gestellt, den das BAG zurzeit erarbeitet (Publikation im 2. Semester 2025).*

Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS)

Die Einführung der EFAS ab 2032 wird eine Veränderung in der Tarifstruktur mit sich bringen, die zwar die Bedürfnisse der Bevölkerung nicht verändern wird, aber die finanziellen Anreize oder die Tragbarkeit bestimmter Angebote beeinflussen kann. Dadurch könnte sich die Landschaft der Alters- und Langzeitpflege verändern, was wiederum einen Einfluss auf das bestehende Angebot haben könnte. Um solche Entwicklungen zum heutigen Zeitpunkt sachlich und vor allem vollständig nachvollziehen zu können, fehlen allerdings die Daten (siehe nächster Abschnitt).

Fehlenden Datenquellen im intermediären Bereich und in der informellen Versorgung

Es fehlen weiterhin schweizweite systematische Statistiken, um eine ganzheitliche und vergleichbare Übersicht über die Ausgangslage in den verschiedenen Kantonen zu erhalten. Beispielsweise im Bereich der betreuten Wohnformen fehlt es an einer nationalen, lückenlosen und regelmässig erhobenen Datengrundlage, die eine zuverlässige Bedarfsprognose zulassen würde. Es gab zwar punktuelle Erhebungen in Kantonen oder die des Obsan (Werner et al., 2016; 2021), aber keine Datengrundlage, die eine zuverlässige Analyse zulässt. Eine nationale ganzheitliche Datengrundlage im Bereich der Alters- und Langzeitpflege ist wünschenswert.

Fazit

Trotz neuer, konservativerer Szenarien der Bevölkerungsentwicklung, wird der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in den nächsten Jahrzehnten weiter massiv zunehmen. Stationär, intermediär wie auch ambulant werden bedeutende zusätzliche Kapazitäten benötigt und es stellen sich zahlreiche Fragen: Wie kann dem anhaltend hohen Bedarf an Langzeitpflege in der Schweiz und den Kantonen angemessen begegnet werden? Welche Rolle spielt der Mangel an Pflegepersonal? Welche Arbeiten können pflegende Angehörige übernehmen und wie wird sich der Trend der angestellten pflegenden Angehörigen weiterentwickeln beziehungsweise auf den Bedarf auswirken? Welche Rolle werden in Zukunft die Palliativmedizin und Patientenverfügungen spielen? Kann die Versorgungsqualität aufrechterhalten werden? Zurzeit gibt es sehr viele Fragen und bereits erste Ansätze, wie den grossen Herausforderungen begegnet werden könnte. Vermutlich wird der Druck dazu führen, dass die Entwicklung neuer Modelle und Synergien vorangetrieben wird.

K 2 Eckpunkte der Modellierung

Modellierungen des gesamten Versorgungsbereichs und von Substitutionsflüssen

Das Prognosemodell des Obsan verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz der Alters- und Langzeitpflege, wobei es den gesamten Versorgungsbereich sowie die Substitutionsflüsse zwischen den Leistungserbringern berücksichtigt. Im stationären Bereich beinhaltet dies die Langzeitbetten in den Pflegeheimen, im ambulanten Bereich die Spitex-Pflege und -Haushaltshilfe sowie die Kurzzeitaufenthalte in den Pflegeheimen für den intermediären Bereich. Weitere intermediäre Strukturen – wie beispielsweise die Tages- und Nachtstrukturen oder betreute Wohnformen – können aufgrund unzureichender Datenlage nicht geschätzt werden.

Modellierung demografischer, epidemiologischer und versorgungspolitischer Szenarien

Drei Faktoren beeinflussen die Schätzung des zukünftigen Bedarfs massgeblich: Die zukünftige Anzahl und die Lebenserwartung älterer Menschen, die Dauer der Lebensphase mit eingeschränkter Selbstständigkeit beziehungsweise erhöhter Pflegebedürftigkeit sowie die politische Reaktion auf die beiden zuvor genannte Punkte. Deren Modellierung stützen sich in erster Linie auf die Bevölkerungsszenarien 2025 (Kohli & Probst, 2025). Hinzu kommen drei epidemiologische Szenarien auf Basis der SGB 2022, die verschiedenen Annahmen zum Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und künftiger Pflegebedürftigkeit berücksichtigen. Schliesslich simuliert das Modell die Auswirkungen möglicher Entwicklungen der Versorgungspolitik, die gemeinsam mit einer Begleitgruppe erarbeitet wurden. Das Prognosemodell ist dasselbe wie in der bisherigen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022).

Daten

Die Bedarfsprognose basiert auf den Daten der SOMED und SPITEX (BFS, 2023), die aufbereitet wurden, um eine kohärente Datenbasis zu schaffen. Mittels statistischer Methoden wurden gewissen Einschränkungen in den zugrundliegenden Daten behoben. Dies gilt insbesondere für die aggregierten SPITEX-Daten, die nur zwei Altersklassen (65-79 und 80+) umfassen, während aber die stark altersabhängige Pflegebedürftigkeit einer feiner Altersaufschlüsselung bedarf. Eine aktuell nicht zu lösende Einschränkung betrifft die Unterscheidung zwischen Kurz- und Langzeiteinsätzen, womit der tatsächliche Umfang der Langzeitpflege nicht eindeutig quantifiziert werden kann. Eine Revision der Datengrundlage ist für Analyse- und Planungszwecke wünschenswert.

Résumé

Contexte

Nouveaux scénarios démographiques de l'OFS

Il y a trois ans, l'Obsan publiait des projections sur les besoins en soins de longue durée en Suisse (Pellegrini et al., 2022). Cette étude – basée sur des données de l'année 2019 – mettait en lumière les grands défis à venir pour ce domaine. Elle soulignait en outre que l'évolution à plus long terme pourrait être influencée par la pandémie de Covid-19. Au moment de l'étude, il était toutefois trop tôt pour évaluer cet impact.

En avril 2025, l'Office fédéral de la statistique a publié de nouveaux scénarios démographiques (OFS 2025 ; Kohli & Probst, 2025). Ceux-ci se basent sur des hypothèses actualisées concernant la natalité, la mortalité, les mouvements migratoires et l'acquisition de la nationalité suisse. Ils révèlent une évolution des attentes concernant la structure démographique future. En ce qui concerne la population âgée, le nombre de personnes très âgées attendu a été revu à la baisse par rapport aux scénarios démographiques précédents (OFS 2020 ; Kohli et al., 2020). Ce changement à lui seul justifie une actualisation des projections des besoins en soins, dont la dynamique démographique est le principal moteur.

Évolution de l'offre et du comportement de recours après la pandémie

La démographie n'est toutefois pas le seul élément à avoir évolué après la pandémie de Covid-19. Tant l'offre de soins de longue durée que le comportement de la population âgée en matière de recours se transforment (voir Encadré 1). Ces évolutions renforcent la nécessité d'une actualisation des projections nationales, afin que les décideurs politiques disposent de bases statistiques à jour.

Encadré 1 Évolutions récentes dans le domaine des soins de longue durée

Après un recul marqué durant la pandémie, le recours aux EMS poursuit sa baisse, tandis que l'intensité des soins augmente

Comme chacun le sait, le recours aux EMS a fortement diminué pendant la pandémie. Alors qu'on l'imaginait remonter ensuite, il continue en réalité de diminuer. Il est intéressant de relever que cette baisse s'obtient par un recul des entrées de personnes avec faibles besoins en soins couplé à des durées de séjours plus courtes. Ainsi, la patientèle prise en charge en EMS présente en moyenne un besoin en soins plus élevé. En parallèle, il convient de relever que l'offre en lits stagne, ce qui se traduit par une baisse du nombre de places disponibles par habitant âgé de 80 ans et plus.

Le recours aux soins à domicile continue d'augmenter, et ce pour de différentes raisons

Le nombre de clients recevant des soins à domicile et le nombre d'heures de soins ont fortement augmenté depuis 2019. L'intensité des soins a elle aussi augmenté, mais dans une moindre mesure. Les raisons de cette augmentation sont multiples : le souhait de vivre le plus longtemps possible à domicile et de retarder l'entrée en EMS, l'accès parfois plus restrictif aux EMS, le rôle accru des services de soins à domicile en suite d'hospitalisation, ou encore l'artefact statistique que constitue l'engagement de proches aidants rémunérés, lequel fait apparaître dans les statistiques un travail jusqu'alors invisible.

Des évolutions régionales différentes

C'est surtout dans le groupe de cantons « fortement orientés sur les soins ambulatoires » que le recours aux soins à domicile a encore nettement augmenté depuis la pandémie. Cet effet est également observé dans le groupe de cantons « de plus en plus orientés sur les soins ambulatoires ». C'est cependant dans le groupe de cantons « fortement orientés à la fois vers le stationnaire et vers l'ambulatoire » que l'intensité des soins a le plus fortement augmenté.

Entre 2022 et 2023, les chiffres montrent néanmoins, et de manière étonnante, une réduction des taux de recours aux soins à domicile, en Suisse et dans toutes les régions. Au moment de la réalisation de cette étude, la cause sous-jacente ne peut être déterminée. Les données SPITEX 2024 permettront de mieux apprécier l'évolution en cours.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'actualiser les projections des besoins en soins de longue durée en Suisse à l'aide des données les plus récentes. Elle fournit ainsi une estimation à jour des besoins à l'horizon 2040 en matière de places de long séjour en EMS, de prestations de soins et d'aide à domicile ainsi que de courts séjours en EMS. Elle montre également dans quelle mesure ces nouvelles projections diffèrent des projections précédentes et explique les raisons de ces différences. En introduction, le rapport donne un aperçu des évolutions récentes dans le domaine des soins de longue durée et met en évidence les changements les plus importants (voir Encadré 1).

Méthode

Afin de garantir la comparabilité avec l'étude précédente (Pellegrini et al., 2022), le modèle de projection et les scénarios sont restés inchangés [3]. L'analyse montre ainsi clairement l'impact des nouvelles projections démographiques d'une part et de l'évolution du recours d'autre part. L'encadré 2 à la fin du résumé contient un résumé des principaux éléments de modélisation.

Pour mémoire, afin de tenir compte de l'hétérogénéité des politiques et des situations initiales, les projections sont réalisées pour quatre groupes de cantons, des plus orientés sur une prise en charge stationnaire aux plus orientés sur une prise en charge ambulatoire.

Impact du vieillissement démographique

Le vieillissement de la population se confirme même si de moindre ampleur

Les nouveaux scénarios démographiques de l'OFS (Kohli & Probst, 2025) confirment que la population âgée continuera d'augmenter fortement jusqu'en 2040, même si l'ampleur de cette augmentation sera légèrement inférieure à ce qui était attendu avant la pandémie (Kohli et al., 2020). Les projections de long terme laissent en outre apparaître que cette croissance se poursuivra au moins jusqu'en 2070, les enfants des baby-boomers combinés aux flux migratoires élevés formant l'équivalent d'un second baby-boom.

La croissance des besoins reste forte

Les besoins totaux en soins de longue durée augmenteront de +43% d'ici 2040. Ainsi, quelque 140 000 personnes supplémentaires âgées de 65 ans et plus nécessiteront des soins stationnaires, intermédiaires et ambulatoires au cours des 15 prochaines années.

Dans le domaine des EMS, les projections correspondent au scénario bas de l'étude précédente

Les besoins en lits de long séjour en Suisse augmenteront de moitié d'ici 2040 en raison de l'évolution démographique. Avec une moyenne de 59 lits de long séjour par EMS[4], cela correspond à +626 nouveaux EMS qui devraient être construits en 15 ans si la politique en matière de soins reste inchangée. Par rapport aux projections précédentes, cela représente certes 295 EMS de moins, mais la croissance des besoins reste néanmoins forte. Le nouveau scénario de référence correspond ainsi aux projections basées sur le scénario démographique bas OFS 2020.

Dans le domaine des soins à domicile, les projections sont plus élevées qu'auparavant en dépit de l'effet modérateur des nouveaux scénarios démographiques

Entre 2019 et 2023, les soins à domicile ont connu une forte progression. Ce recours plus élevé de la population à ces services compense l'effet modérateur des nouveaux scénarios démographiques, de sorte que les besoins futurs estimés sont plus élevés que précédemment. D'ici 2040, il est attendu que le volume des prestations augmente d'un facteur 1,4. Cela représente +7,6 millions d'heures de soins supplémentaires s'ajoutant aux 18,1 millions actuellement délivrées. En termes de personnel soignant, cela représente +7397 nouveaux équivalents plein temps (ETP) d'ici 2040. Il convient toutefois de noter que ces projections des besoins en soins à domicile couvrent davantage que les soins de longue durée au sens strict. En l'absence de sources plus détaillées, les données englobent en effet l'ensemble des soins prodigués aux personnes de 65+ ans, qu'il s'agisse de soins post-hospitaliers ou de soins de longue durée proprement dits (c'est-à-dire de soins réguliers sur une longue période).

Perspective : les besoins en soins pourraient continuer d'augmenter au moins jusqu'en 2050

Les besoins continueront d'augmenter dans les différentes structures de soins jusqu'en 2050. Sur la base des scénarios démographiques actuels, il faut s'attendre à une augmentation comprise entre un facteur 1,6 (soins à domicile) et 1,8 (lits de long séjour en EMS). Dans ce type de projections à long terme, il convient toutefois de garder à l'esprit que le contexte, tant sanitaire que sociétal, peut évoluer et que des événements imprévisibles peuvent influencer la démographie. Les projections des besoins doivent donc être considérées comme des ordres de grandeur et actualisées régulièrement avec les données les plus actuelles pour tenir compte des évolutions de la réalité.

[3] À l'exception des légères adaptations apportées dans le groupe de cantons « fortement orientés sur les soins ambulatoires », où les niveaux de soins et le socle qui définissent les scénarios de prise en charge alternative ont été adaptés à la situation actuelle (voir chapitre 2.7.1).

[4] Afin de pouvoir établir des comparaisons, la taille de 59 lits par EMS est la même que dans les projections de besoins précédentes (Pellegrini et al., 2022).

Analyse de sensibilité

Des événements comme la mortalité liée à la pandémie de Covid-19 et les migrations dues aux crises géopolitiques soulignent la nécessité de considérer différents scénarios

De manière générale et comme l'a montré l'expérience récente, des événements externes, non prévisibles, de nature épidémiologique mais aussi économiques ou géopolitique, peuvent avoir des effets inattendus sur la composition future de la population. Les nouveaux scénarios (OFS 2025) reflètent les incertitudes accrues du contexte actuel et aboutissent à des fourchettes plus larges que les précédents scénarios (OFS 2020). En conséquence, et comme dans le précédent rapport (Pellegrini et al., 2022), une analyse de sensibilité a été réalisée afin de déterminer comment les projections des besoins évoluent lorsque l'on considère un scénario démographique différent du scénario moyen (OFS 2025).

Si l'on table sur une mortalité plus élevée ou une émigration plus importante chez les personnes de 65 ans et plus (scénario OFS bas), les besoins supplémentaires en lits de long séjour sont estimés à +18 968 lits, ce qui correspond à environ +321 nouveaux EMS au lieu de +626 estimés dans le scénario du statu quo.

En revanche, si l'on suppose une évolution plus favorable de l'espérance de vie ou une persistance de crises géopolitiques accompagnées de forts flux migratoires (scénario OFS élevé), le besoin supplémentaire s'élève à +58 039 lits de long séjour, soit +984 EMS.

Ces résultats soulignent qu'une projection ne peut pas prédire la réalité. Toute projection des besoins simule des évolutions sur la base d'hypothèses données et aboutit ainsi à une fourchette dans laquelle les besoins réels devraient se situer.

Impact de la prise en charge hors EMS des personnes avec faible besoins en soins

Si la politique en matière de soins restait inchangée, l'offre actuelle en lits de long séjour deviendrait insuffisante au niveau national d'ici 2030. Avec un renforcement de la prise en charge hors EMS, certaines régions pourraient reporter cette échéance à 2035.

En cas de politique de prise en charge inchangée, les lits de long séjour disponibles en 2023 au niveau national ne devraient plus suffire d'ici 2030. En revanche, si à l'avenir une partie des résidents actuellement en EMS avec des niveaux de soins OPAS 0 à 3, voire 0 à 4 en Suisse romande, était prise en charge à domicile ou dans des appartements protégés, l'offre de lits de long séjour pourrait être suffisante jusqu'à peu avant 2035 dans certaines régions. Dans le groupe de cantons où ce potentiel est le plus grand (avec une moyenne de 25% de résidents en EMS peu ou pas dépendants de soins), le scénario de prise en charge alternative 0–2 permettrait de réduire la croissance des besoins de places d'EMS d'un cinquième (20 points de pourcentage).

La prise en charge alternative des personnes pas ou peu dépendantes de soins soulève cependant des questions de faisabilité

Une telle stratégie suppose, en parallèle, le déploiement correspondant d'offres alternatives, nécessitant une augmentation sensible du personnel d'aide et de soins à domicile et un développement conséquent des appartements avec encadrement. En ce qui concerne les soins à domicile, le scénario de prise en charge alternative 0–2 ferait augmenter le volume des soins à délivrer de +1,6 millions d'heures supplémentaires par rapport à une prise en charge inchangée, faisant passer le nombre d'heures de soins des 18,1 millions actuels à 27,3 millions en 2040.

La faisabilité d'un tel scénario, dans un contexte de pénurie de personnel et dans les délais imposés par le rythme du vieillissement de la population, doit être évaluée en fonction des situations locales. Enfin, un facteur souvent sous-estimé est la nécessaire présence de proches. Le maintien à domicile d'une personne fragilisée n'est souvent possible que si des proches sont disponibles pour assurer une présence régulière et prendre en charge les tâches « logistiques » comme les courses, l'administratif et l'entretien général du logement.

La stratégie consistant à développer des appartements avec encadrement réduit cette dépendance aux proches. Selon les cantons et les projets, ces hébergements permettent de faire appel à des prestations en fonction des besoins individuels. En règle générale, ces offres prévoient qu'une aide rapide est disponible en cas d'urgence, qu'une personne de contact est joignable régulièrement, propose des animations favorisant la participation sociale et des services tels que la blanchisserie ou les repas (Hugentobler & Seifert, 2024 ; Imhof & Mahrer Imhof, 2019). Cela permet d'accroître le degré d'auto-détermination et d'autonomie, tout en soulageant les proches et les autres prestataires de services et en optimisant l'affectation du personnel soignant. Les appartements protégés s'accompagnent toutefois de loyers élevés. Lors de la session d'été 2025, le Parlement a décidé d'adapter la loi fédérale sur les prestations complémentaires (PC) à l'AVS/AI. Dorénavant, les bénéficiaires de PC pourront financer des prestations d'accompagnement à domicile ou en appartement protégé. L'accessibilité pour la classe moyenne reste toutefois un défi.

Le potentiel de prise en charge hors EMS est pratiquement épuisé dans le groupe de cantons « fortement orientés sur les soins ambulatoires »

Dans le groupe de cantons « fortement orientés sur les soins ambulatoires », l'effet de la prise en charge alternative est faible, avec une réduction des besoins de places en EMS d'environ deux points de pourcentage. Dans ce groupe, la politique de maintien à domicile a déjà été fortement mise en œuvre au cours des dernières décennies et il ne reste que très peu de personnes pas ou peu dépendantes de soins en EMS. Certains de ces cantons n'attribuent, par exemple, de lits de long séjour qu'à partir du niveau de soins 3 (60' de soins par jour). Renforcer encore cette politique nécessite de trouver des solutions de prise en charge hors EMS

pour des personnes qui requièrent 60 à 100 minutes de soins par jour et qui peuvent présenter des troubles cognitifs (niveaux de soins 4 et 5). Par conséquent, des équipes mobiles spécialisées complètent les soins à domicile « classiques » pour permettre la prise en charge à domicile des situations complexes ou de fin de vie. Ces cantons ont parfois aussi mis en place des services prenant la relève des proches en cas d'absence ou de maladie, ou les soulageant d'un certain nombre d'heures par semaine. Ces modèles d'organisation, s'ils permettent au maximum le maintien à domicile, sont exigeants en termes de coordination et intenses en personnel.

Émergence de nouveaux modèles

Au vu des avantages et inconvénients des différents modèles évoqués, nombreux sont ceux qui cherchent de nouvelles manières de combiner les offres, permettant des gains d'efficience, une plus grande perméabilité entre les prises en charge et un cadre de vie plus « vivant ». On voit ainsi de plus en plus émerger des nouveaux concepts de centres pour personnes âgées, combinant des appartements avec encadrement, une partie EMS, parfois avec maison pour les personnes atteintes de démence, un restaurant et parfois d'autres services ouverts au public. Ces centres ne sont plus isolés, mais intégrés dans la cité. Nécessitant d'importants investissements, ils sont surtout présents en zones urbaines même si les tout premiers modèles ont émergés dans des zones plutôt géographiquement isolées.

Perspectives et études à venir

Actualisation des projections concernant les besoins de relève en personnel de soins et d'accompagnement en 2026

Outre la question des besoins supplémentaires en matière de soins de longue durée, se pose également celle du personnel nécessaire pour répondre à ces besoins (Merçay et al., 2021). Cette question se pose tout particulièrement pour l'aide et les soins à domicile, où le vieillissement démographique devrait entraîner une augmentation significative des besoins en personnel, qui serait encore plus marquée en cas de prise en charge alternative. En 2026, l'Obsan actualisera ses projections nationales sur les besoins en personnel soignant, qui analyseront non seulement le domaine des soins de longue durée, mais aussi celui des hôpitaux et cliniques.

Mises à jour futures des projections nationales des besoins

Une mise à jour des projections actuelles serait nécessaire si de nouveaux événements majeurs, sanitaire, sociaux ou économiques, devaient à nouveau exercer une influence durable sur la structure démographique et le comportement de la population âgée. À l'heure actuelle, une mise à jour des projections est prévue lors de la publication des nouveaux scénarios démographiques par l'OFS en 2030.

Les projections cantonales peuvent varier considérablement

Les résultats spécifiques à un canton peuvent différer sensiblement des projections nationales et régionales présentées dans le cadre de ce rapport. En effet, la pandémie de COVID-19 a affecté les cantons différemment. De même, la structure démographique, l'offre et le comportement de recours aux soins évoluent différemment d'un canton à l'autre. Une généralisation des résultats régionaux à un canton particulier devrait donc être évitée.

Le modèle de projection de l'Obsan offre toujours aux cantons la possibilité de disposer de bases statistiques pour planifier les secteurs stationnaire, intermédiaire et ambulatoire et de modéliser des simulations en termes de flux de substitution entre les trois secteurs. Le modèle de projection peut être adapté aux spécificités et aux besoins cantonaux et complété par des données propres aux cantons.

Rôle et disponibilité future de soins informels

Les proches et autres aidants informels jouent un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées. Malheureusement, il reste difficile de quantifier les soins informels prodigués à la population âgée, car les sources de données sont inexistantes ou lacunaires. L'Obsan consolide actuellement différentes bases de données (notamment ESS, EFG, ESPA, SCOHPICA, etc.) qui donnent toutes un aperçu des soins informels prodigués aux personnes âgées de 65 ans et plus. Des estimations sont attendues en 2026 dans le cadre d'un bulletin.

Sous certaines conditions, les proches aidants peuvent être engagés et rémunérés par une organisation d'aide et de soins à domicile. Depuis un arrêt du Tribunal fédéral de 2019 (voir K 3.1 au chapitre 3.2.1), ce phénomène est en augmentation. Les personnes engagées apparaissent dans la statistique Spitex (OFS) sans toutefois que l'on puisse les identifier clairement, ce qui crée un certain flou dans l'interprétation des données. À la demande du Parlement, l'OFSP élabore un rapport complet à ce sujet (publication prévue au deuxième semestre 2025).

Introduction du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS)

L'introduction d'EFAS à partir de 2032 entraînera une modification de la structure tarifaire qui, si elle n'aura pas d'impact sur les besoins de la population, pourra toutefois influencer les incitations financières ou la viabilité de certaines offres. Cela pourrait modifier le paysage des soins longue durée, ce qui pourrait à son tour avoir une incidence sur l'offre existante. Il est toutefois à regretter que les données nécessaires pour évaluer de manière objective et surtout exhaustive une telle évolution font actuellement défaut (voir ci-dessous).

Manque de sources de données dans le secteur intermédiaire et dans les soins informels

Il n'existe en effet pas de statistiques systématiques à l'échelle nationale permettant d'obtenir une vue d'ensemble complète et comparable de la prise en charge dans les différents cantons. Dans le domaine des logements protégés, par exemple, il manque une base de données nationale, complète et régulièrement mise à jour qui permettrait d'établir une vision complète de l'offre de soins. Il existe certes des enquêtes ponctuelles dans certains cantons ou celles menées par l'Obsan (Werner et al., 2016 ; 2021), mais aucune base de données permettant une analyse fiable. Des données de base au niveau national et couvrant l'ensemble du domaine des soins de longue durée seraient souhaitables.

Conclusion

Malgré de nouveaux scénarios démographiques plus conservateurs, les analyses confirment que les besoins en soins de longue durée aux personnes âgées continueront à augmenter fortement et rapidement au cours des prochaines décennies. Tout au plus l'augmentation est-elle un peu reportée dans le temps dans certaines régions. Des capacités supplémentaires importantes seront nécessaires dans les domaines stationnaire, intermédiaire et ambulatoire. Face à ce défi, de nombreuses questions se posent : comment répondre de manière adéquate aux besoins élevés et persistants en soins de longue durée, en Suisse et dans les cantons ? Comment relever le défi du manque de personnel soignant ? Quelles tâches peuvent être prises en charge par les proches aidants et comment la tendance à l'emploi de proches aidants va-t-elle évoluer et influer sur les besoins ? Quel sera le rôle des soins palliatifs et des directives anticipées à l'avenir ? La qualité des soins pourra-t-elle être maintenue ? À l'heure actuelle, les questions sont nombreuses et les premières pistes pour relever ces défis importants ont déjà été esquissées. La pression exercée conduira probablement à accélérer le développement de nouveaux modèles et synergies.

Encadré 2 Points clés de la modélisation

Modélisation de l'ensemble du secteur et des flux de substitution

Le modèle de projection de l'Obsan adopte une vision intégrée du domaine des soins de longue durée. Il considère ainsi l'ensemble des structures de soins ainsi que les flux de substitution et les interdépendances entre les prestations. Dans le domaine stationnaire, il prend en considération les lits de long séjour dans les EMS, les prestations d'aide et de soin à domicile dans le domaine ambulatoire, ainsi que les courts séjours en EMS dans le domaine intermédiaire. Les autres structures relevant du domaine intermédiaire – accueil de jour/nuit et appartements avec encadrement, ne peuvent être chiffrés dans les projections nationales en raison de l'insuffisance des données disponibles.

Modélisation de scénarios démographiques, épidémiologiques et de politique de prise en charge

Le nombre futur et la longévité des personnes âgées, la durée de vie avec une perte d'autonomie et un besoin en soins quotidiens et la réponse politique à ces besoins sont les trois paramètres influençant l'estimation des besoins futurs dans les différentes structures. Leur modélisation s'appuie en premier lieu sur les scénarios démographiques 2025 (Kohli & Probst, 2025). S'y ajoutent trois scénarios épidémiologiques, qui intègrent différentes hypothèses sur le lien entre longévité et durée future des besoins en soins, basés sur l'ESS (2022). Enfin, le modèle simule l'impact d'évolutions envisageables de la politique de prise en charge, qui avait été élaborées avec un groupe d'accompagnement. Le modèle de projection est le même que celui utilisé dans les projections précédentes (Pellegrini et al., 2022).

Données

L'étude se base sur les données SOMED et SPITEX (OFS 2023). Les bases de données sont travaillées pour garantir un univers de base cohérent. Des méthodes statistiques appropriées sont appliquées pour pallier à certaines limites des relevés, et notamment au fait que les données SPITEX relèvent les prestations non pas pour chaque client, mais pour deux grandes classes d'âge (65-79 et 80+ ans) alors que les besoins en soins, qui dépendent fortement de l'âge, nécessiteraient une ventilation plus fine. Une limitation qu'il n'est pas possible de lever à l'heure actuelle concerne la possibilité de différencier les interventions à court et à long terme et donc de quantifier l'ampleur réelle des soins de longue durée. Une révision de la base de données est souhaitable à des fins d'analyse et de planification.

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BFS–SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, BFS
BFS–SPITEX	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause, BFS
BFS–STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte, BFS
BGE	Bundesgerichtsentscheid
CH	Schweiz
CoD	Statistik der Todesursachen und Totgeburten
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen
EFG	Erhebung zu Familien und Generationen
EL	Ergänzungsleistungen
IV	Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KZA	Kurzzeitaufenthalt(e)
LZA	Langzeitaufenthalt(e)
PH	Pflegeheim(e)
Obsan	Schweizerische Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SCOHPICA	Schweizer Kohorte der Gesundheitsfachkräfte und pflegenden Angehörigen
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPITEX	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
VZÄ	Vollzeitäquivalent
65+	Altersklasse oder Personen im Alter von 65 Jahren und mehr
80+	Altersklasse oder Personen im Alter von 80 Jahren und mehr

1 Einleitung

1.1 Kontext

Die bisherige nationale Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) basiert auf Daten aus dem Jahr 2019. Sie hat die grossen bevorstehenden Herausforderungen aufgezeigt, vor welchen die Leistungserbringer, die Gesundheitspolitik und nicht zuletzt die gesamte Bevölkerung stehen. Bereits damals stellte sich die Frage wie die Situation nach der Covid-19-Pandemie aussehen könnte und welchen Einfluss dies auf die Bedarfsentwicklung hat.

Im April 2025 hat das Bundesamt für Statistik (BFS) neue Bevölkerungsszenarien publiziert, die auf der neuen demografischen Struktur basieren. Sie basieren unter anderem auf aktualisierten Hypothesen zu Gesundheit oder Migrationsflüssen. Zudem setzten sie die jüngsten demografischen Entwicklungen fort und enthalten somit die Auswirkungen der pandemiebedingten Sterblichkeit. Sie stellen den Haupttreiber der Bedarfsprognosen dar.

Zum heutigen Zeitpunkt kann gesagt werden, dass die Covid-19-Pandemie nicht nur bedeutende Auswirkungen auf die Demografie hatte, sondern auch auf das Verhalten der (älteren) Bevölkerung der Schweiz. Zum einen hatte die Pandemie eine erhöhte Sterblichkeit der älteren Bevölkerung zur Folge, die über die Jahre 2020 und 2021 anhielt und die demografische Struktur massgeblich beeinflusst hat. Zum anderen haben die pandemiebedingten Schutzmassnahmen und die sozialen Folgen bei Personen im vierten Lebensabschnitt dazu geführt, dass sich der Wunsch nach Autonomie und Unterstützung zuhause zusätzlich verstärkt hat. Letztere Bedürfnisse haben direkte Auswirkungen auf das individuelle Inanspruchnahmeverhalten, dass sich mittlerweile sowohl in der SOMED- wie auch SPITEX-Datenbank niedergeschlagen hat.

Aufgrund dieser zahlreichen Veränderungen und den weiterhin bevorstehenden Herausforderungen erachtet es das Obsan als dringlich, die nationalen Bedarfsprognosen der Alters- und Langzeitpflege zu aktualisieren. Damit erhalten politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger neue statistische Grundlagen, die in der Bewältigung der bevorstehenden Herausforderungen dienen.

1.2 Ziele

Das Hauptziel der vorliegenden Studie ist die Aktualisierung der bisherigen nationalen Bedarfsprognosen (Pellegrini et al., 2022) mit den neusten vorliegenden Daten. Diese umfassen zum einen die neuen Bevölkerungsszenarien des BFS und zum anderen den aktuellen Stand der Alters- und Langzeitpflege, der zum Zeitpunkt der Studie durch die vorliegenden BFS-Daten der SOMED und der SPITEX aus dem Jahr 2023 dargestellt wird. Für das Jahr 2040 sollen für die Langzeitplätze in den Pflegeheimen, die Spitex-Pflege und -Haushaltshilfe sowie die Kurzzeitaufenthalte in den Pflegeheimen aktualisierte Bedarfsschätzung gegeben werden. Aufgrund fehlender, lückenhafter und nicht aktualisierter Datenquellen können für das betreute Wohnen keine Bedarfsprognose mehr erstellt werden.

In diesem Prozess soll auch aufgezeigt werden, inwiefern die aktualisierten Bedarfsprognosen im Vergleich mit den bisherigen Bedarfsprognosen ausfallen und was die Gründe für allfällige Unterschiede sind. Schlussendlich soll der Bericht der Leserschaft einen Überblick über die jüngsten Entwicklungen im diesen Versorgungsbereich seit 2019 geben und auf die wichtigsten Veränderungen aufmerksam machen.

1.3 Vorgehensweise

Die Vorgehensweise ist nahezu identisch mit der bisherigen nationalen Bedarfsprognose, allerdings erfordern die jüngsten Entwicklungen kleine Anpassungen wie beispielsweise die Aktualisierung der Clusteranalyse oder das Auslassen von Strukturen (wie den betreuten Wohnformen) aufgrund von unvollständigen sowie unzuverlässigen Datenquellen. Nach einer methodischen Einführung (Kapitel 2) werden die jüngsten Entwicklungen im Bereich der Alters- und Langzeitpflege geschildert (Kapitel 3) sowie die neuen Bevölkerungsszenarien (Kapitel 4) eingeführt. Anschliessend werden die aktualisierten Bedarfsprognosen (Kapitel 5) präsentiert gefolgt von den Bandbreiten (Kapitel 6), die die Unsicherheit der Bedarfsprognosen verdeutlichen. Abschliessend wird auf regionale Besonderheiten (Kapitel 7) eingegangen und die Ergebnisse werden in der Synthese (Kapitel 8) integriert wie auch diskutiert.

2 Methode

Dieses Kapitel hat zum Ziel, die Methodik des Prognosemodells auf vereinfachte Weise zu beschreiben und modellierungsrelevante Aspekte zu erläutern. Hierzu wird zuerst das Ziel des Prognosemodells geschildert und die berücksichtigten Alters- und Langzeitpflegestrukturen sowie deren Modellierung erläutert. Anschliessend wird auf die Funktionsweise des Prognosemodells eingegangen und aufgezeigt, wie regionale Unterschiede berücksichtigt werden. Abschliessend werden die Szenarien der Bevölkerungsentwicklung, der Epidemiologie und der Versorgungspolitik präsentiert sowie die Datenquellen beschrieben.

2.1 Ziel des Prognosemodells

Das verwendete statistische Prognosemodell schätzt den zukünftigen **Bedarf für die Bevölkerung 65+** der Schweiz, basierend auf deren Inanspruchnahme im Referenzjahr 2023 und unter Berücksichtigung verschiedener Szenarien. Den Modellierungen liegen theoriegeleitete Annahmen und Hypothesen zugrunde, weshalb es sich bei den Ergebnissen der Bedarfsprognosen nicht um Vorhersagen handelt, sondern vielmehr um **Simulationen von möglichen Entwicklungen**. Folglich sind die Ergebnisse als Grössenordnung zu interpretieren und nicht als eine exakte Punktschätzung (siehe auch Kapitel 6).

Das Prognosemodell dient als Basis für eine integrierte Planung der Alters- und Langzeitpflege. Es schätzt den zukünftigen Bedarf in beiden Kernstrukturen der Alters- und Langzeitpfleg (d. h. in Pflegeheimen und der Spitex) und in intermediären Strukturen wie beispielsweise die in dieser Studie analysierten Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen. Zwischen diesen drei Strukturen können Abhängigkeiten mittels **Substitutionsflüssen** modelliert werden: Entlastenden Massnahmen in einer Struktur führen zu zunehmender Belastung in den nachgelagerten Strukturen, die die Entlastungen auffangen müssen. Bei den Substitutionsflüssen handelt es sich folglich um Kapazitätsverlagerungen.

Für die nachfolgenden Strukturen wird der zukünftige Bedarf an Alters- und Langzeitpflege für die Jahre 2030 bis 2040 beziehungsweise 2050 prognostiziert:

- **Pflegeheime:** Zukünftige Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in einem Langzeitaufenthalt beziehungsweise die zukünftige Anzahl benötigter Langzeitbetten.
- **Spitex**: Zukünftigen Anzahl der Klientinnen und Klienten 65+ in der Spitex-Pflege und der Spitex-Hauswirtschaft sowie die zukünftige Anzahl der Leistungsstunden in ebendiesen Spitex-Bereichen.
- **Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen**: Zukünftige Anzahl der Klientinnen und Klienten 65+ in einem Kurzzeitaufenthalt beziehungsweise die zukünftige Anzahl benötigter Kurzzeitbetten.

Intermediäre Strukturen wie beispielsweise die Tages- und Nachtstrukturen oder betreute Wohnformen konnten aufgrund unvollständiger Datenquellen, ungenügender Datenqualität oder überholter Datengrundlage nicht beziehungsweise nicht mehr in das Prognosemodell aufgenommen werden. Damit solche Datengrundlagen in Prognosemodelle aufgenommen werden können, ist die Schaffung einer zuverlässigen und schweizweit flächendeckenden Datenbank begrüssenswert.

Obwohl betreuende Angehörige einen substanziellen Anteil an pflege- und betreuungsbedürftigen älteren Personen unterstützen, kann die informelle Versorgung vorläufig nicht ins Prognosemodell integriert werden. Hierfür müsste zuerst – analog zu den intermediären Strukturen – eine zuverlässige und schweizweite Datengrundlage der gesamten informellen Versorgung erarbeitet werden.

2.2 Berücksichtigte Strukturen

Nachfolgend werden die berücksichtigten Alters- und Langzeitpflegestrukturen beschrieben sowie modellierungsrelevante Informationen gegeben.

2.2.1 Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen

Pflegeheime sind medizinisch-pflegerisch betreute Einrichtungen, in denen (vor allem) pflegebedürftige Personen stationär durch Gesundheitsfachpersonal versorgt werden. Für die Bedarfsprognosen wird zwischen dauerhaften Langzeitpflegeplätzen und den befristeten Kurzzeitpflegeplätzen (siehe Kapitel 2.2.3) unterschieden. Für die Langzeitaufenthalte werden die Bewohnenden für ihre Aufenthaltsdauer im Referenzjahr 2023 gewichtet, womit die prognostizierte Anzahl Personen mit dem zukünftigen Bedarf an Langzeitplätzen gleichgesetzt werden kann. Dem prognostizierten Bedarf wird das vorhandene Bettenangebot für Personen 65+ (gemäss SOMED 2023) gegenübergestellt, womit die zusätzlich benötigten Langzeitbetten im jeweiligen Prognosejahr abgeleitet werden können.

2.2.2 Spitex

Spitex (fr. aide et soins à domicile) bezeichnet die ambulante Gesundheitsversorgung am Wohnort einer Person wie beispielsweise im angestammten Zuhause oder in einer betreuten Wohnform. In der SPITEX-Datenbank des BFS werden zwei Leistungsarten erfasst: Pflege und Hauswirtschaft. Des Weiteren können beide Leistungen nach drei Organisationstypen differenziert werden: gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Unternehmen (im Bericht öffentliche Spitex genannt), erwerbswirtschaftliche Unternehmen (im Bericht private Spitex genannt) und selbstständige Pflegefachpersonen.

Für die Bedarfsprognose der Spitex werden nur die klassischen Leistungserbringer in die Analyse einbezogen, d. h. Leistungserbringer, deren Kerngeschäft die Pflege und Hauswirtschaft ist.[5] In der Spitex wird unter Bedarf an Alters- und Langzeitpflege die zukünftige Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ nach Leistungsart sowie die zukünftig zu erbringenden Leistungsstunden für dieses Klientel verstanden. Die Stunden können aufgrund der Datenlage nicht nach Pflegediagnose und der Leistungsdauer (im Sinne von einem Kurz- beziehungsweise Langzeiteinsatz) differenziert werden.

2.2.3 Intermediäre Strukturen: Kurzzeitaufenthalte

Intermediäre Strukturen sind zwischen dem angestammten Zuhause und dem Leben im Pflegeheim anzusiedeln, wobei sie pflege- und betreuungsbedürftigen Seniorinnen und Senioren ein längeres selbstbestimmtes Leben ermöglichen und den Wechsel von der ambulanten Versorgung hin zum stationären Pflegeheimaufenthalt hinauszögern (Kraft et al., 2023; Werner et al., 2021). Die wichtigsten Formen der intermediären Strukturen in der Schweiz sind:

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

Diese Strukturen spielen eine zunehmend wichtigere Rolle in der Alters- und Langzeitpflege sowie in der Entlastung von betreuenden Angehörigen. Allerdings liegen nach wie vor keine umfassenden und zuverlässigen statistischen Informationen vor, weshalb einzig die Kurzzeitaufenthalte in den Pflegeheimen (SOMED BFS) in die Bedarfsprognosen einfliessen können (siehe Kapitel 2.8 für Hinweise zu weiteren intermediären Strukturen).

Die Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen entlasten die Spitex-Dienste, die betreuenden Angehörigen oder dienen zur sicheren Genesung nach einem Spitalaufenthalt. Somit werden sie von zuhause lebenden pflege- und betreuungsdürftigen Personen in Anspruch genommen, aber nicht von Langzeitaufenthalterinnen und Langzeitaufenthaltern in einem Pflegeheim. Weil wir aber den Anteil der pflege- und betreuungsbedürftigen Bevölkerung nicht genau kennen, wird die Bedarfsprognose der Kurzzeitaufenthalte in Relation zu den Klientinnen und Klienten der Spitex-Pflege prognostiziert und nicht wie bei den Langzeitaufenthalten in Relation zur gesamten Bevölkerung.[6]

Für die Kurzzeitaufenthalte wird unter Bedarf die zukünftige Anzahl Klientinnen und Klienten beziehungsweise die zukünftig benötigten Kurzzeitplätze für Personen 65+ verstanden. Da die Klientinnen und Klienten anhand ihrer Aufenthaltsdauer im Referenzjahr 2023 gewichtet werden, kann die prognostizierte Anzahl Klientinnen und Klienten mit den zukünftig benötigten Kurzzeitbetten gleichgesetzt werden.

2.3 Funktionsweise des Prognosemodells

Das Prognosemodell basiert auf drei grundlegenden Faktoren: der Bevölkerungsentwicklung, dem Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung und der damit assoziierten Pflegedauer sowie der Inanspruchnahme der verschiedenen Strukturen. Der zukünftige Bedarf ist in erster Linie von der zukünftigen Grösse der Bevölkerung 65+ abhängig, die die verschiedenen Strukturen in Anspruch nehmen könnte (siehe Kapitel 2.5). Des Weiteren wird die zunehmende Lebenserwartung und die damit verbundene mögliche Änderung der zukünftigen Pflegebedürftigkeit mittels epidemiologischer Szenarien modelliert (siehe Kapitel 2.6). Schliesslich spielt auch die zukünftige Inanspruchnahme der Strukturen eine wichtige Rolle, die zum einen von individuellen Präferenzen und Möglichkeiten abhängt, aber vor allem auch von der nationalen, kantonalen oder kommunalen Alterspolitik und dem tatsächlich vorhandenen Angebot (siehe Kapitel 2.7). Nachfolgend findet sich eine Erläuterung der drei Etappen der Berechnung der Bedarfsprognosen, welche in Grafik G 2.1 visualisiert sind.

Etappe 1 – Berechnung der Modellparameter im Referenzjahr

In der ersten Etappe werden anhand der Daten aus dem Referenzjahr 2023 die alters- und geschlechterspezifischen Modellparameter der berücksichtigten Strukturen abgeleitet. Hierzu wird beispielsweise die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner 65+ in den Pflegeheimen ins Verhältnis zur gesamten Bevölkerung 65+ in derselben Region gesetzt, was eine Inanspruchnahmerate ergibt.

[5] Seit 2015 sind Leistungserbringer wie z. B. die Krebsliga oder die Lungenliga in der SPITEX-Statistik des BFS enthalten. Diese Leistungserbringer tätigen beispielsweise wichtige Beratungsleistungen, erbringen jedoch keine klassischen Pflege- und Hauswirtschaftsleistungen. Aufgrund der hohen Anzahl an Klientinnen und Klienten bei gleichzeitig geringer Anzahl an Beratungsstunden, werden diese Leistungserbringer von den Analysen ausgeschlossen. So kann eine Verzerrung der präsentierten Indikatoren und der Pflege- sowie Hauswirtschaftsbedarfsprognose vermieden werden.

[6] Diese Annahme ermöglicht eine präzisere Schätzung der Inanspruchnahme der Kurzzeitaufenthalte, obwohl durchaus denkbar ist, dass auch nicht durch die Spitex gepflegte Personen eine Entlastung beanspruchen (z. B. aufgrund einer Genesung nach einer Grippe). Dennoch dürfte die Inanspruchnahme einer Entlastungsstruktur durch zuhause lebende, nicht pflegebedürftige Personen selten sein.

Etappe 2 – Modifikation der Modellparameter aufgrund der epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien

Um die möglichen Bedarfsentwicklungen zu simulieren, werden die Modellparameter aus der ersten Etappe anhand der epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien modifiziert. Hierbei gilt es zu beachten, dass die verschiedenen Szenarien nicht unabhängig voneinander modelliert, sondern miteinander kombiniert werden.

Etappe 3 – Berechnung der Bedarfsprognosen

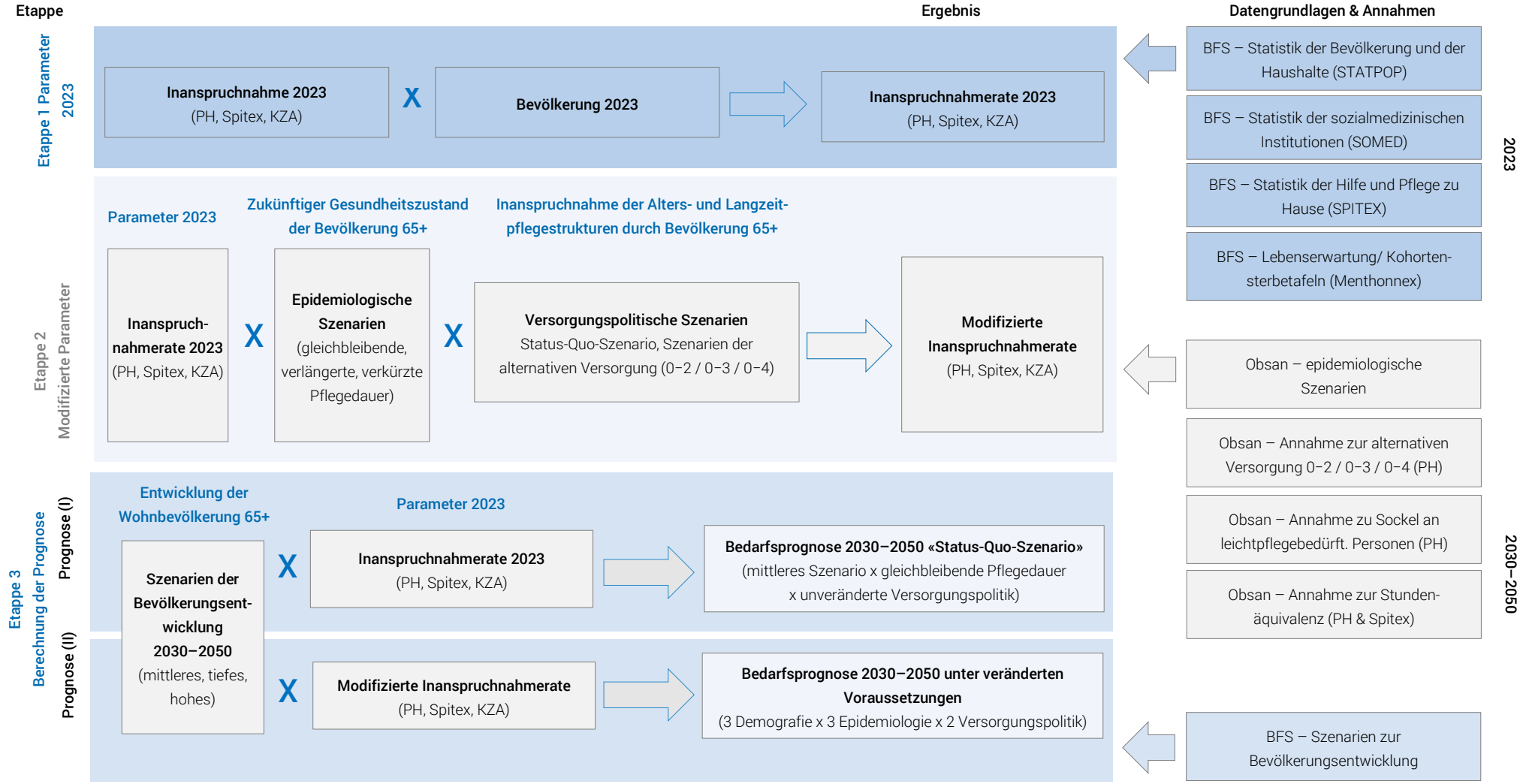
In der dritten Etappe werden die Bedarfsprognosen berechnet, in dem die berechneten Modellparameter auf die Szenarien der Bevölkerungsentwicklung bis ins Jahr 2040 beziehungsweise 2050 angewendet werden. Hierbei werden zwei Arten von Prognosen unterschieden: Status-quo-Prognose und die Prognosen bei veränderter Versorgungspolitik.

Die Status-Quo-Prognose schätzt, wie sich der Bedarf entwickeln könnte, wenn nur die demografische Entwicklung den zukünftigen Bedarf beeinflusst. Es wird also angenommen, dass die zukünftige Pflegebedürftigkeit und die zukünftige Versorgungspolitik im Vergleich zum Referenzjahr 2023 unverändert bleiben. Dazu werden die in Etappe 1 berechneten konstanten („Status quo"-) Modellparameter auf das mittlere Szenario der demografischen Entwicklung angewendet.

Im Gegensatz zur Status-Quo-Prognose gehen die Prognosen unter veränderten Bedingungen davon aus, dass sich der Pflegebedürftigkeit und die Versorgungspolitik in Zukunft ändern könnten. Diese «Was-wäre-wenn-Prognosen» zeigen also, wie sich der Bedarf entwickeln könnte, wenn sich neben der demografischen Entwicklung auch die epidemiologischen Bedingungen und die Versorgungspolitik ändern würden. Dazu werden die in Etappe 2 angepassten Modellparameter auf das Szenario der demografischen Entwicklung angewendet. Das «was-wäre-wenn-Prinzip» greift ab dem ersten Prognosejahr und es findet keine kontinuierliche Annäherung über die Zeit statt.

G 2.1 Funktionsweise des erweiterten Prognosemodells

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



Anmerkung: PH: Pflegeheime – Langzeitaufenthalte, KZA: Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2025

2.4 Berücksichtigung regionaler Unterschiede

Das grundlegende Ziel des Berichts sind strukturspezifische Bedarfsprognosen auf nationaler Ebene. Bei der Bewerkstelligung sollen regionale Besonderheiten berücksichtigt werden, weil sich die 26 Kantone der Schweiz in ihrer soziodemografischen Struktur und in ihrer Alters- und Versorgungspolitik teilweise deutlich unterscheiden (Dutoit, Füglister-Dousse & Pellegrini 2016; Dutoit, Pellegrini & Füglister-Dousse, 2016, Pellegrini et al., 2022). Um diesen regionalen Unterschieden in den nationalen Bedarfsprognosen Rechnung zu tragen, wurden Kantone mit ähnlicher Versorgungslandschaft in der Alters- und Langzeitpflege anhand einer Clusteranalyse zu Kantonsgruppen zusammengefasst. Nachfolgend werden die Clusteranalyse und die daraus resultierenden Kantonsgruppen beschrieben.

2.4.1 Clustersanalyse

Die vier Cluster der nationalen Bedarfsprognose aus dem Jahr 2022 (Pellegrini et al.) wurden für die vorliegende Aktualisierung überprüft, da die letzte Clusteranalyse auf dem Datenjahr 2019 basiert und sich die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung sowie die kantonalen Versorgungspolitiken seit der zwischenzeitlichen Pandemie weiterentwickelt haben. Es ist folglich davon auszugehen, dass sich die Momentaufnahme aus dem Jahr 2019 im neuen Datenreferenzjahr 2023 nicht auf dieselbe Weise präsentiert. Das Ziel der aktualisierten Clusteranalyse bleibt dasselbe: Der Zusammenschluss der Kantone zu Clustern soll in sich möglichst homogene Kantonsgruppen ergeben, die untereinander möglichst heterogen sind.

Die Überprüfung der Cluster wurde auf den geleisteten Vorarbeiten aufgebaut und es wurden erneut die drei bestimmenden Indikatoren in die Analyse verwendet: (standardisierte) Inanspruchnahmerate der Pflegeheime, Anteil der nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden und die (standardisierte) Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege. Weitere Indikatoren wie beispielsweise die Pflegeintensität in Pflegeheimen, die Inanspruchnahmerate der Spitex-Haushaltshilfe oder das Spitex-Pflegevolumen wurden in der Clusteranalyse nicht direkt berücksichtigt. Diese Indikatoren wurden aber hinzugezogen, um die Cluster und Clusterwechsel von Kantonen zu plausibilisieren und zu interpretieren. Eine ausführlichere Beschreibung der vier Cluster anhand weiterer Indikatoren, die nicht zum Clustering verwendet wurden, findet sich in Kapitel 7.1.1.

2.4.2 Vier Versorgungsmodelle

Das Ergebnis der aktualisierten Clusteranalyse sind wie bisher der Zusammenschluss der Kantone in vier Kantonsgruppen (siehe G 2.2). Das ambulant-basierte[7] und das zunehmend ambulant-basierte Cluster zeigen keine Veränderung in ihrer kantonalen Zusammensetzung, während sich das stationär- und ambulant-basierte sowie das stationär-basierte Cluster leicht von der der letzten Clusteranalyse unterscheiden. Im Unterschied zu 2022 hat sich das stationär-basiert Cluster um die drei Kanton AI, LU und SZ reduziert, wobei diese Kantone neu dem angrenzenden stationär- und ambulante-basierten Cluster zugeordnet werden können. Nachfolgend werden die vier Kantonsgruppen beschrieben, wobei zu beachten ist, dass es sich um eine Momentaufnahme in einem föderal-geprägten und sich kontinuierlich wandelnden Versorgungsbereich handelt.

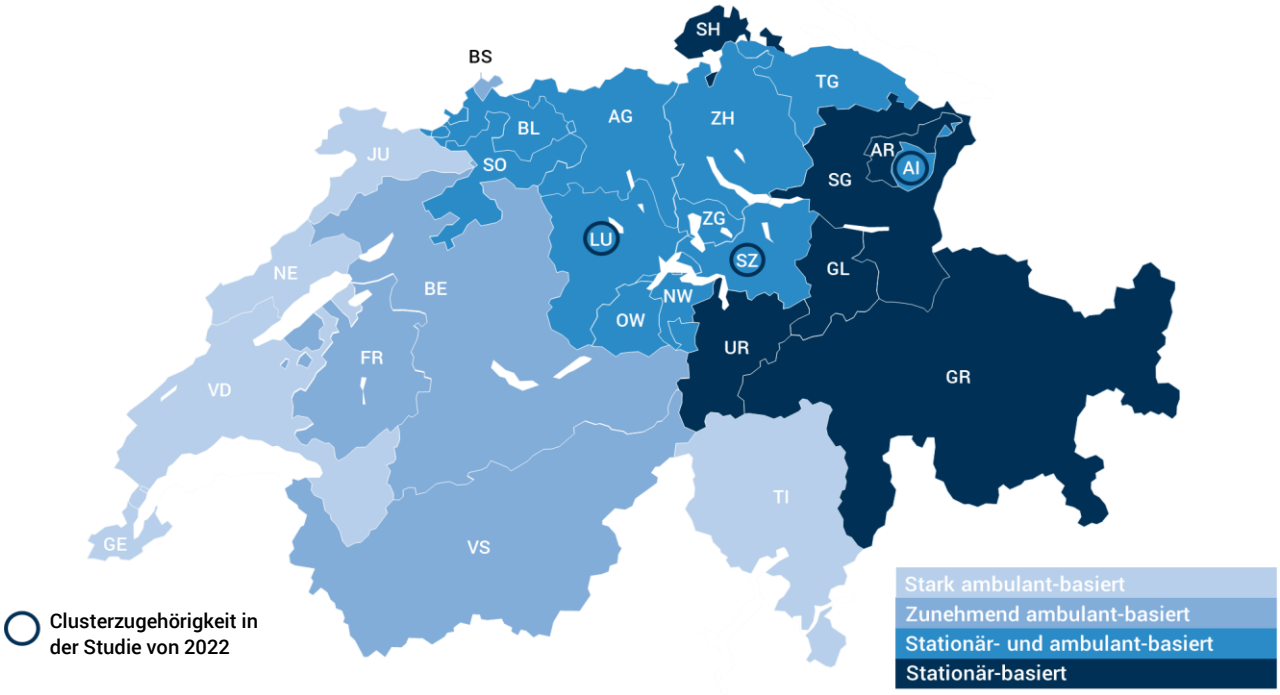
Stark ambulant-basierte Kantonsgruppe (GE, JU, NE, TI und VD): Die häusliche Versorgung ist in dieser Kantonsgruppe bereits stark umgesetzt. In den Pflegeheimen befindet sich der mit Abstand kleinste Anteil an nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Bewohnenden und die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime fällt ebenfalls am niedrigsten aus. Die Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege ist am höchsten und liegt deutlich über dem Schweizer Durchschnitt. In diesem Cluster wird bereits deutlich darauf geachtet, dass die Langzeitplätze in Pflegeheimen primär den pflegebedürftigen Personen vorbehalten sind, die nicht (oder nur schwer) ausserhalb von einem Pflegeheim versorgt werden können.

Zunehmend ambulant-basierte Kantonsgruppe (BE, BS, FR und VS): Die Versorgung zuhause ist relativ stark ausgebaut und liegt mit der zweithöchsten Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege leicht über dem Schweizer Durchschnitt. Die stationäre Inanspruchnahmerate ist zwar am zweithöchsten, allerdings ist der Anteil der nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Bewohnenden deutlich niedriger ist als in den beiden dunkelblauen Kantonsgruppen. Dies deutet darauf hin, dass in diesem Cluster bereits stärker darauf geachtet wird, dass die stationären Langzeitplätze auch durch stärker pflegebedürftige Personen besetzt werden.

Stationär- und ambulant-basierte Kantonsgruppe (AG, AI, BL, GR, LU, NW, OW, SZ, TG, SO, ZG und ZH): Einige Kantone in diesem Cluster befinden sich in einer Übergangsphase: Sie haben die Reduktion von nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden und den Ausbau der häuslichen Pflege eingeleitet, weshalb die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime am zweitniedrigsten ausfällt, während aber die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege (noch) unter dem Schweizer Durchschnitt liegt. Die weiteren Kantone zeigen dasselbe Inanspruchnahmemuster, aber aus anderen Gründen: Sie sind in beiden Versorgungsbereichen interkantonal vergleichsweise weniger stark ausgebaut und/oder nachgefragt, was unter anderem auf die Unterstützung durch betreuende Angehörige oder auf in der Clusteranalyse nicht

[7] Im Unterschied zur Bedarfsprognose von 2022 wurde die Bezeichnung von «orientiert» auf «basiert» geändert, da der Begriff der Orientierung impliziert, dass sich ein Kanton beziehungsweis eine Kantonsgruppe auf einen spezifischen Versorgungsbereich oder ein Versorgungsmodell ausrichtet, während der Begriff des Basierens eindeutiger auf die zugrundeliegende Momentaufnahme in den Daten verweist.

G 2.2 Ergebnis der Clusteranalyse: vier Kantonsgruppen



Kantonsgruppe / Cluster	Kantone	Personen 65+		
		Standardisierte Inanspruchnahmerate Pflegeheime (%)	Standardisierte Inanspruchnahmerate Spitex-Pflege (%)	Anteil Pflegestufen 0 bis 2 im Pflegeheim (%)
Stark ambulant-basierte Kantone	GE, JU, NE, TI, VD	3,7	19,9	1,6
Zunehmend ambulant-basierte Kantone	BE, BS, FR, VS	4,7	13,7	9,2
Stationär- und ambulant-basierte Kantone	AI, AG, BL, GR, LU, NW, OW, SO, SZ, TG, ZG, ZH	4,4	9,9	18,1
Stationär-basierte Kantone	AR, GL, SG, SH, UR	5,4	8,4	25,2
CH		**4,4**	**12,8**	**13,4**

Anmerkung: Luzern (LU), Schwyz (SZ) und Appenzell-Innerrhoden (AI) gehörten in der nationalen Bedarfsprognose 2022 noch zu stationär-basierten Kantonsgruppe, was folglich mit einem dunkelblauen Kreis gekennzeichnet ist. Des Weiteren handelt es sich bei einer Clusteranalyse um eine Momentaufnahme, deren Ergebnisse stark von den Bedingungen im Referenzjahr abhängig sind.

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan
© Obsan 2025

berücksichtige Strukturen zurückzuführen sein könnte. Insgesamt ist der Anteil nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftiger Pflegeheimbewohnenden im Cluster leicht überdurchschnittlich.

Stationär-basierte Kantonsgruppe (AR, GL, SG, SH und UR): Diese Kantonsgruppe scheint stark stationär geprägt und weist die höchste Inanspruchnahmerate der Pflegeheime aus, die deutlich über dem Schweizer Durchschnitt liegt. Zudem ist der Anteil nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftige Bewohnenden mit ungefähr einem Fünftel doppelt so hoch wie im Schweizer Durchschnitt. Die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege ist am niedrigsten und liegt unter dem Schweizer Durchschnitt. Gesamthaft deuten die Indikatoren darauf hin, dass Personen mit keiner oder niedriger Pflegebedürftigkeit häufiger in ein Pflegeheim ziehen als in anderen Kantonsgruppen.

2.5 Bevölkerungsszenarien BFS 2025

Die Bevölkerungsszenarien 2025 des BFS (Kohli & Probst, 2025) beschreiben unterschiedliche Entwicklungen der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten. Sie setzen sich aus einer Kombination von Hypothesen über die zukünftige Entwicklung von Fruchtbarkeit, Sterblichkeit, Migration und Erwerb des Schweizer Bürgerrechts zusammen. Folglich sind es mögliche Szenarien und keine punktegenauen Vorhersagen.

Wie bereits in der nationalen Bedarfsprognosen von 2022 (Pellegrini et al.) werden erneut die drei Basisszenarien ins Bedarfsprognosemodell aufgenommen. Das mittlere Szenario geht von einer Fortsetzung der Entwicklungen der letzten Jahre aus und nutzt Hypothesen bezüglich Fruchtbarkeit, Migration oder Sterblichkeit, die ein mittleres Bevölkerungswachstum erwarten lassen. Im Gegenzug stützt sich das tiefe Szenario auf eine Kombination von Hypothesen, die eine schwächeres Wachstum erwarten lassen, weil beispielsweise die Geburtenhäufigkeit oder die Lebenserwartung niedriger ausfällt als im mittleren Szenario. Im Gegensatz dazu geht das hohe Szenario von Hypothesen aus, die ein noch stärkeres Bevölkerungswachstum begünstigen. Die Ausprägung aller Hypothesen in den drei Bevölkerungsszenarien können im Bericht von Kohli und Probst (2025) in Tabelle 6 eingesehen werden.

Die neuen Bevölkerungsszenarien des BFS haben Auswirkungen auf die nationalen Bedarfsprognosen

Die Bevölkerungsszenarien des BFS werden im Fünfjahresrythmus aktualisiert und können so den aktuellen Erkenntnissen sowie unvorhergesehenen Geschehnissen (wie z. B. eine Pandemie oder geopolitische Krise) angepasst werden. In den neuen Szenarien sind die Auswirkungen der Coronapandemie oder des Krieges in der Ukraine auf die demografische Entwicklung in der Schweiz enthalten, womit der Einfluss dieser Aspekte auch direkt in die aktualisierte Bedarfsprognose einfliesst. Auf die gesamte Bevölkerung gesehen fallen die prozentualen Differenzen zwischen den Bevölkerungsszenarien 2020 und 2025 relativ gering aus, während in der altersdifferenzierten Betrachtung deutlichere Abweichungen festzustellen sind (Kohli & Probst, 2025; für Analysen siehe Kapitel 4.2.2 und für die Diskussion bezüglich der Unterschiede in den Bedarfsprognose Kapitel 8.1.3).

Die wichtigsten Anpassungen von 2020 auf 2025 beinhalten die Hypothesen bezüglich Wanderungssaldi beziehungsweise Migration sowie bezüglich Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung. In allen drei Bevölkerungsszenarien 2025 fallen die Hypothesen zur Migration leicht höher aus, werden ab durch tiefere Hypothesen zur Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung ausgeglichen. Demzufolge nimmt die Bevölkerung im erwerbstätigen Alter stärker zu, weil aus den Nachbar- und Kriegsländer ein Zustrom entsteht, während weniger Kinder geboren werden und die Lebenserwartung gesunken ist. Obwohl gerade die Hypothesen im höheren Alter weniger optimistisch ausfallen, ist nach wie vor mit einem starken Wachstum der älteren Bevölkerung zu rechnen.

2.6 Epidemiologische Szenarien

Im Kapitel 2.6.1 wird aufgezeigt wie sich die Lebenserwartung (mit und ohne Beeinträchtigung) in jüngster Zeit entwickelt hat. Es baut auf den Analysen der bisherigen nationalen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022; Seematter-Bagnoud, et al., 2021) auf und ist die Grundlage für die verwendeten epidemiologischen Szenarien, die in Kapitel 2.6.2 ausgeführt werden.

2.6.1 Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung

Die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung bezeichnet die Anzahl Jahre, die eine Person voraussichtlich «bei guter Gesundheit» leben wird. Das heisst, ohne wesentliche Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens. Dieser Indikator spielt eine bedeutende Rolle in der Erarbeitung von Planungsgrundlagen für ältere Menschen, da er Aufschluss über die potenziellen Lebensjahre mit funktionellen Einschränkungen gibt und somit über die benötigte Versorgungsdauer.

Die Lebenserwartung ohne funktionelle Beeinträchtigung bildet die Grundlage der epidemiologischen Szenarien, die das Obsan für sein Prognosemodell entwickelt hat. Steigt die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung in den nächsten Jahren, so ist zukünftig mit einer geringeren Pflegebedürftigkeit und somit auch mit einer geringeren Pflegedauer zu rechnen, was wiederum den zukünftigen Bedarf reduziert. Werden die zusätzlichen Lebensjahre hingegen mit Beeinträchtigung verbracht, so erhöht sich die Pflegebedürftigkeit und somit auch die Pflegedauer, was wiederum den zukünftigen Bedarf erhöht. In den Arbeiten zur bisherigen nationalen Bedarfsprognosen (Pellegrini et al., 2022) wurde dieser Aspekt eingehend analysiert und in einem separaten Bulletin (Seematter-Bagnoud et al., 2021) publiziert.

Nachfolgend wir erläutert, ob die Annahmen der bisherigen nationalen Bedarfsprognose angesichts der neusten verfügbaren Daten nach wie vor gültig sind. Nach einer kurzen Zusammenfassung des aktuellen Wissensstands werden die neusten Trends der Schweiz anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2022 des BFS vorgestellt.

Bedeutet die Zunahme der Lebenserwartung in der Schweiz auch mehr gesunde Lebensjahre?

Zwischen 2000 und 2019 verzeichnete die Schweiz einen deutlichen Anstieg der Lebenserwartung: Bei den Männern stieg sie von 76,9 auf 81,8 Jahre (+4,9 Jahre) und bei den Frauen von 82,5 auf

85,5 Jahre (+3,0 Jahre).[8] Dieser Fortschritt wirft grundlegende Fragen auf. Bedeutet ein längeres Leben auch ein Leben bei besserer Gesundheit? Oder – im Sinne dieses Kapitel – werden die gewonnen Lebensjahre hauptsächlich ohne funktionelle Beeinträchtigung verbracht.

Mehrere Studien versuchen den Zusammenhang zwischen der zunehmenden Lebenszeit und dem damit einhergehenden Gesundheitszustand zu erklären (siehe Seematter-Bagnoud et al., 2021). Die Befunde variieren allerdings stark nach Land und Betrachtungszeitraum, sodass sich kein allgemeiner Trend identifizieren lässt. In der Schweiz haben Untersuchungen aus den frühen 2000er Jahren eine Reduktion schwerer Beeinträchtigungen parallel zur steigenden Lebenserwartung gezeigt, was die Hypothese der relativen Kompression der Morbidität stützt (Höpflinger et al., 2011). Das bedeutet, dass ältere Menschen länger leben und gleichzeitig weniger Jahre mit funktionellen Beeinträchtigungen verbringen. Jüngere Studien (2007–2017) bestätigen diesen Trend, obwohl bei den über 80-Jährigen eine leichte Verlangsamung zu beobachten war, was auf eine geringere Kompression hindeutet (Seematter-Bagnoud et al., 2021).

Wie sieht die Situation heute aus, insbesondere vor dem Hintergrund Covid-19-Pandemie und deren Folgen?

Die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung basiert auf drei grundlegenden Dimensionen: Sterblichkeit, Prävalenz von funktionellen Beeinträchtigungen bei zuhause lebenden älteren Menschen und der Inanspruchnahme von Pflegeheimen (siehe Kasten K 2.1).

Die Covid-19-Pandemie führte zu einer erhöhten Sterblichkeit und hat den kontinuierlichen Fortschritt in Sachen Lebenserwartung der letzten Jahre unterbrochen. Im Jahr 2020 sank die Lebenserwartung für Männer um 0,9 Jahre und für Frauen um 0,5 Jahre. Erst 2023 hat die Lebenserwartung wieder das Niveau vor der Covid-19-Pandemie erreicht. Trotz dieses zwischenzeitlichen Tiefs ist im Zeitraum 2017–2022 ein moderater Anstieg der Lebenserwartung zu beobachten.

Gemäss SGB zeigt der Anteil der zuhause lebenden Personen ab 65 Jahren, die starke Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens berichten, zwischen 2017 und 2022 tendenziell eine Stagnation, obwohl kleinere Unterschiede zu beobachten sind. Bei den 65- bis 79-Jährigen ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern eine leichte Reduktion zu verzeichnen (siehe Tabelle T 2.1). Bei den über 80-Jährigen sind die Einschränkungen bei den Frauen leicht rückläufig, während sie hingegen bei den Männern zunehmen. Diese Unterschiede sind allerdings gering und statistisch nicht signifikant, da diese Ergebnisse auf einer kleinen Teilstichprobe mit grossen Standardabweichungen basieren.

Die Inanspruchnahme[9] von Pflegeheimen durch die über 65-Jährigen ist ebenfalls zurückgegangen, von 5,0% im Jahr 2017 auf 4,4% im Jahr 2022 (siehe Kasten K 2.1). Über einen längeren Zeithorizont ist diese Reduktion Teil des Vorhabens, den Verbleib und die Versorgung zuhause zu fördern.

T 2.1 Personen 65+ in Privathaushalten mit Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens, 2012–2022

	Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (in Prozent)			
	65-79 Jahre		80+ Jahre	
Jahr	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2012	1,8 [1,0–2,7]	1,9 [1,2–2,6]	10,2 [6,9–13,4]	4,2 [1,8–6,7]
2017	2,5 [1,6–3,5]	1,5 [0,9–2,1]	6,5 [4,5–8,6]	4,3 [2,4–6,1]
2022	2,1 [1,4–2,7]	1,2 [0,7–1,6]	6,2 [4,3–8,1]	6,8 [4,3–9,3]

Anmerkungen: Zu den Aktivitäten gehören 1.) selbstständig essen, 2.) selbstständig ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufstehen, 3.) selbstständig an- und ausziehen, 4.) selbstständig zur Toilette gehen und 5.) selbstständig baden oder duschen. Personen, die mindestens eine Aktivität nur mit grossen Schwierigkeiten oder gar nicht ausführen können, gelten als eingeschränkt in Aktivitäten des täglichen Lebens.

Lesehinweis: Unterhalb des Prozentwertes ist die Ober- und Untergrenze des Konfidenzintervalls angegeben. Überschneiden sich die Konfidenzintervalle von zwei verglichenen Prozentwerten, so ist von einem nicht signifikanten Unterschied auszugehen. Ist keine Überschneidung vorhanden, so ist von einem signifikanten Unterschied auszugehen.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung steigt (leicht) und der Anteil mit Beeinträchtigung gelebter Zeit an der Lebenserwartung reduziert sich weiter

Die Integration der oben erwähnten Dimensionen ermöglicht die Schätzung der Lebenserwartung ohne schwere Beeinträchtigung. Zwischen 2017 und 2022 ist diese für Frauen 65+ von 19,6 auf 20,0 Jahre leicht – aber nicht signifikant – gestiegen. Bei Männern 65+ blieb die Lebenserwartung nahezu unverändert (18,3 beziehungsweis 18,4 Jahre; siehe Tabelle T 2.2).

Diese Entwicklung widerspiegelt die Reduktion der Lebenserwartung, die aber teilweise durch einen moderaten Rückgang der Prävalenz von funktionellen Einschränkungen ausgeglichen wird. Infolgedessen nimmt der Anteil der nach dem 65. Lebensjahr mit einer Beeinträchtigung verbrachten Zeit weiter ab: Er sank bei Frauen von 12,4% auf 10,9% und bei Männern von 7,0% auf 6,8% (siehe Tabelle T 2.2).

[8] Siehe Obsan-Indikator «Lebenserwartung (in Jahren) online unter: https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/lebenserwartung

[9] Siehe den Indikator «Inanspruchnahmerate von Alters- und Pflegeheimen durch 65-Jährige und Ältere» mit standardisierten Daten online unter https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/inanspruchnahme-rate-von-alters-und-pflegeheimen

T 2.2 Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung und Lebenserwartung gelebt mit Beeinträchtigung, Personen 65+, 2012–2022

	Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung (in Jahren)		Anteil der Lebenserwartung gelebt mit Beeinträchtigung	
Jahr	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2012	19,0	17,6	13,7%	7,4%
2017	19,6	18,3	12,4%	7,0%
2022	20,0	18,4	10,9%	6,8%

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Statistik der Todesursachen und Totgeburten (CoD) / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Die Lebenserwartung steigt nach wie vor, wenn auch langsamer als früher

Zusammenfassend lässt sich für die Schweiz feststellen, dass der Anstieg der Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung in jüngster Zeit eine Verlangsamung zeigt. Dieser Trend hat sich in den Jahren von 2017 und 2022 verstärkt und scheint mir der Covid-19-Pandemie zusammenzuhängen, die zu einem Anstieg der Sterblichkeit geführt und somit den Anstieg der Lebenserwartung im Vergleich zu früheren Perioden gebremst hat. Die im Jahre 2023 beobachtete Rückkehr der Ausdehnung der Lebenserwartung auf das Ausgangsniveau vor der Covid-19-Pandemie lässt für die kommenden Jahre vorteilhafte Aussichten erwarten. Die analysierten Daten deuten nicht auf einen dauerhaften pandemiebedingten Effekt auf einen (möglichen) Anstieg der Beeinträchtigungen hin. Allerdings ist bei solchen zukunftsbezogenen Abschätzungen Vorsicht geboten.

Was die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen angeht, stellen die hier präsentierten Ergebnisse die Annahmen und Schlussfolgerungen der bisherigen nationalen Bedarfsprognose nicht infrage. Das Status-Quo-Szenario dieser Studie basiert folglich erneut auf dem epidemiologischen Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer, dass sich auf die Annahme einer relativen Kompression der Morbidität stützt. Folglich bedeute dies, dass der Bedarf an pflegerischen Leistungen mit der steigenden Lebenserwartung weiter sinken dürfte.

2.6.2 Epidemiologische Szenarien der Pflegedauer

Aufgrund der Herleitungen der Lebenserwartung (mit und ohne Beeinträchtigungen) in Kapitel 2.6.1, werden für die vorliegenden Bedarfsprognosen dieselben – nach wie vor gülitgen – epidemiologischen Szenarien verwendet wie in den bisherigen nationalen Bedarfsprognosen (siehe Pellegrini et al., 2022). Nachfolgend werden die drei verwendeten Szenarien erläutert:

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

Nachfolgend sind die drei epidemiologischen Szenarien sowie deren Annahmen in Bezug zur Situation im Referenzjahr dargestellt,

K 2.1 Messung der Lebenserwartung

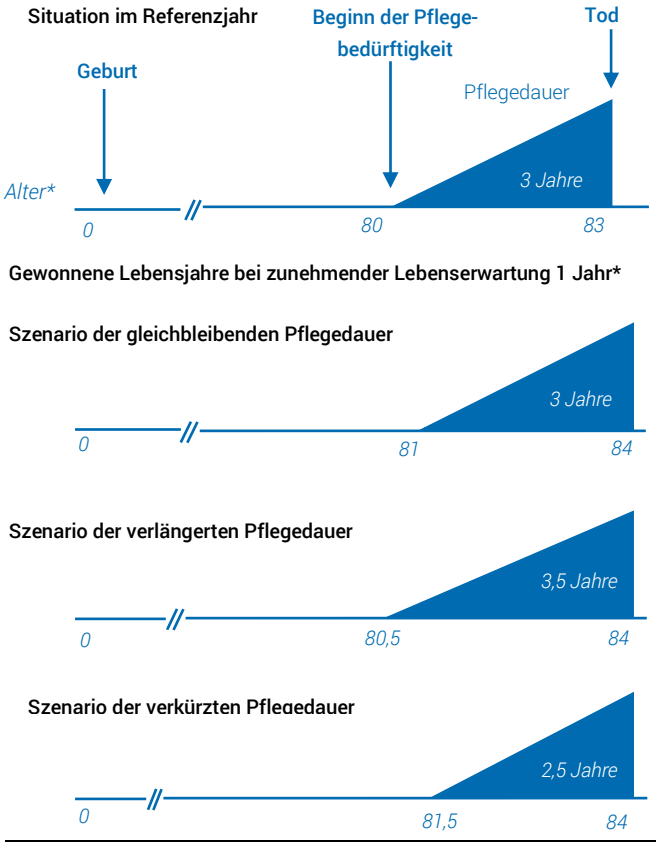
Die **Lebenserwartung** gibt die durchschnittliche Anzahl Jahre an, die eine Person voraussichtlich leben wird. Diese Schätzung kann bei der Geburt oder in einem bestimmten Alter berechnet werden. Für Themen rund um die ältere Bevölkerung wird sie meistens ab einem Alter von 65 Jahren berechnet.

Lebenserwartung ohne Beeinträchtigung: Die Lebenserwartung kann auch unter Berücksichtigung von Informationen über das Vorliegen von funktionellen Einschränkungen (oder einem anderen Gesundheitsindikator) berechnet werden. Auf diese Weise ist die gesamte Lebenserwartung die Summe der Lebenszeit ohne und mit Einschränkungen.

Daten und Berechnung
Die Berechnung der Lebenserwartung mit Beeinträchtigung berücksichtigt neben der Lebenserwartung auch Daten zur Häufigkeit von Beeinträchtigungen in der älteren Bevölkerung, aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht. Die Werte der Lebenserwartung werden anhand der Periodensterbetafeln nach Geschlecht und Fünfjahresaltersklassen geschätzt. Zudem werden die Werte für die Lebenserwartung mit Beeinträchtigung anhand der Methode von Sullivan (1971) geschätzt. Die Häufigkeit von funktionellen Einschränkungen bei Personen ab 65 Jahren stammt aus der SGB. Dabei werden sogenannte schwere Einschränkungen berücksichtigt, d. h. Einschränkungen bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Waschen, Toilettengang, Ankleiden, Hinlegen und Aufstehen. Da die SGB nur Personen in Privathaushalten befragt, wird die Inanspruchnahmerate der Pflegeheime (nach Geschlecht und Fünfjahresaltersklasse) in die Berechnungen einbezogen, wobei davon ausgegangen wird, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner irgendeine Einschränkung haben.

wenn sich die Lebenserwartung beispielsweise um eine hypothetische Anzahl von einem Jahr erhöht (siehe die dazugehörigen Erläuterungen in Kasten K 2.2 in Grafik G 2.3).

G 2.3 Exemplarische Visualisierung der epidemiologischen Szenarien



Quelle: Eigene Darstellung © Obsan 2025

K 2.2 Erläuterung

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

2.7 Versorgungspolitisches Szenario

Mit den versorgungspolitischen Szenarien soll aufgezeigt werden, wie sich der Bedarf entwickeln könnte, wenn die im Referenzjahr 2023 geführte Versorgungspolitik angepasst würde. Für die bisherigen nationalen Bedarfsprognosen aus dem Jahr 2022 hat das Obsan mit relevanten Akteurinnen und Akteuren aus dem politischen sowie beruflichen Umfeld der Alters- und Langzeitpflege verschieden Szenarien diskutiert und entwickelt (detaillierte Ausführungen in Pellegrini et al., 2022). Diese Szenarien wurden seither in etlichen kantonalen Mandaten angewendet und finden eine breite Abstützung. Für die vorliegenden Studie werden erneut die Szenarien der alternativen Versorgung von nicht bis leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden verwendet und nachfolgend beschrieben.

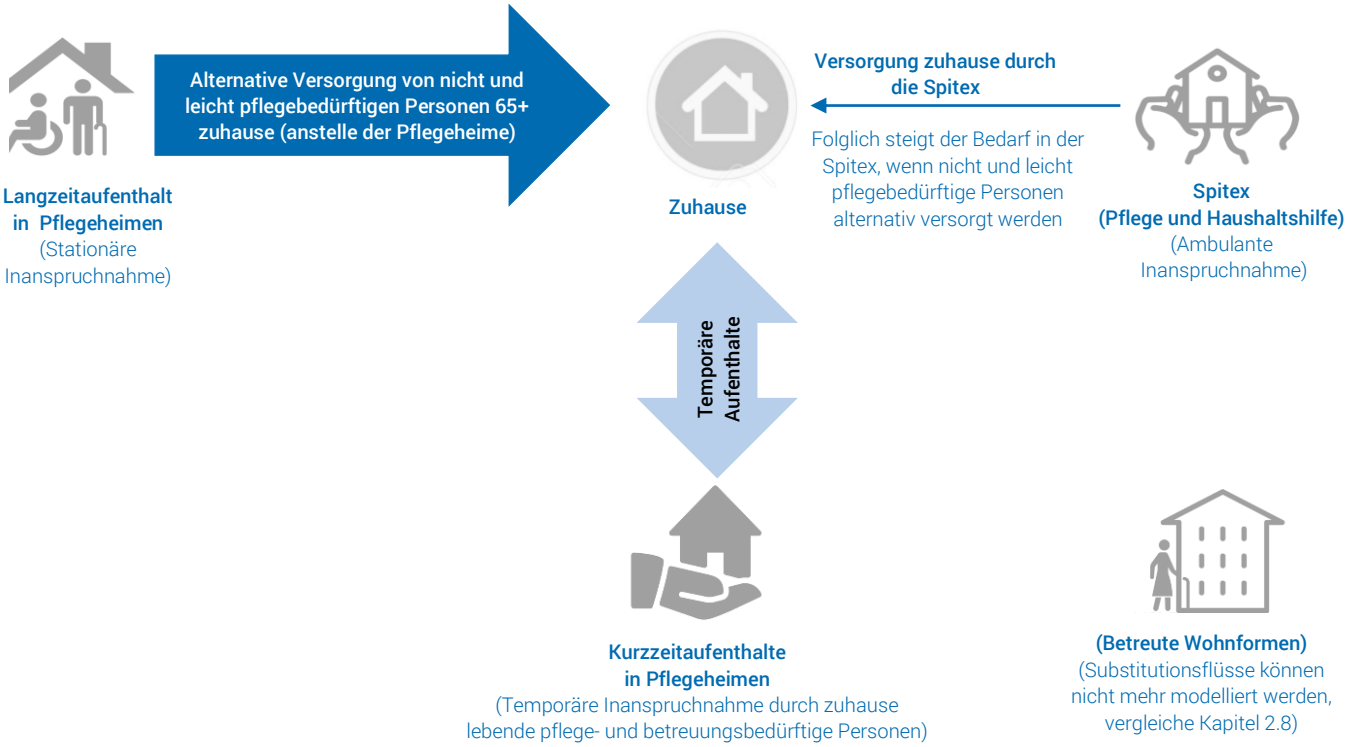
2.7.1 Alternative Versorgung der nicht bis leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden

Nachfolgend wird auf die verschiedenen Aspekte dieses Szenarios eingegangen und die notwendigen Anpassungen seit der bisherigen nationalen Bedarfsprognose werden erläutert.

Orientierung der alternativen Versorgung an Pflegestufen

Es werden zwei Szenarien der alternativen Versorgung von nicht bis leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden verwendet. Das Szenario 0–2 geht davon aus, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Pflegestufe 0 bis 2 (d. h. bis zu 40 Minuten täglicher Pflege gemäss Art. 7a Abs. 3 im KLV) zukünftig nicht mehr stationär in einem Pflegeheim versorgt werden, sondern alternativ im angestammten Zuhause (oder in einer betreuten Wohnform). Das zweite Szenario ist nahezu identisch, orientiert sich allerdings an den Pflegestufen 0 bis 3 (d. h. bis zu 60 Minuten täglicher Pflege gemäss KLV). Im Unterschied zu 2022 werden für das ambulant-basierte Cluster die Grenzwerte in beiden versorgungspolitischen Szenarien für die Pflegestufen auf 0 bis 3 und 0 bis 4 erhöht. Diese Anpassung findet aus zwei Gründen statt. Erstens war der Effekt der Entlastung anhand der Pflegestufen 0–2 beziehungsweise 0–3 bereits in der bisherigen nationalen Bedarfsprognose sehr gering und die Begleitgruppenmitglieder aus der Romandie haben bereits im Jahr 2022 höher Grenzwerte für die alternative Versorgung als sinnhaft angesehen. Zudem finden in einigen Kantonen in diesem Cluster bereits Diskussion statt, ob und wie höhere Pflegestufen (besser) ausserhalb der Pflegeheime versorgt werden können. Zweitens gibt es mittlerweile im ambulant-basierten Cluster noch weniger Pflegeheimbewohnenden in diesen tieferen Pflegestufen (siehe Kapitel 7.1.2), womit kein oder nur unbedeutsames Entlastungspotenzial aufgezeigt werden könnte.

G 2.4 Versorgungspolitische Szenarien: Visualisierung der Substitutionsflüsse



Anmerkung: Die betreuten Wohnformen können nicht (mehr) modelliert werden, da aktuell keine zuverlässige und schweizweit flächendeckende Datenbank zur Verfügung steht.

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2025

Sockel

Gemäss Expertinnen und Experten finden sich in tieferen Pflegestufen auch immer Personen, die aus medizinischen und psychosozialen Gründen nur schwer ausserhalb eines Pflegeheims versorgt werden können. Folglich werden regionsspezifische Sockel angewendet, die einen Anteil Personen definieren, die trotz niedriger Pflegebedürftigkeit zukünftig weiterhin in ein Pflegeheim eintreten. Der Sockel orientiert sich am regionalen Entlastungspotenzial und ist somit dort höher, wo weniger nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftige Personen in den Pflegeheimen leben.

Die Sockel sind mit der bisherigen nationalen Bedarfsprognose identisch, allerdings mit einer Ausnahme: Im ambulant-basierten Cluster, in dem auch die Pflegestufen angepasst wurden, ist auch der Sockel von 90% auf 80% verkleinert worden (siehe Tabelle T 2.3). Vor dem Hintergrund der stark anwachsenden älteren Bevölkerung in allen Regionen der Schweiz (siehe Kapitel 0) ist davon auszugehen, dass auch im ambulant-basierten Cluster nach wie vor oder gar zusätzliche Langzeitplätze benötigt werden. Dabei scheint ein Ausbau von intermediären Angeboten zweckdienlicher, aber bringt mit sich, dass stationäre Langzeitplätze für die Personen reserviert werden, die nicht zuhause oder in einer intermediären Struktur versorgt werden können. Folglich ist eine vorsichtige Entlastung der Pflegeheime auch in diesem Cluster sinnvoll.

T 2.3 Regionsspezifische Sockel

Kantonsgruppe	Definition Nicht/Leicht pflegebedürftige in Pflegeheim	Sockel
		Anteil Personen mit Verbleib im Pflegeheim
Stark ambulant-basierte Kantone	0–3 / 0–4	80%
Zunehmend ambulant-basierte Kantone	0–2 / 0–3	70%
Stationär- und ambulant-basierte Kantone	0–2 / 0–3	60%
Stationär-basierte Kantone	0–2 / 0–3	50%

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2025

Substitutionsflüsse

Aufgrund einer alternativen Versorgung von nicht bis leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden entstehen Substitutionsflüsse von den Pflegeheimen in Richtung der nachgelagerten Strukturen, namentlich die Spitex und die Kurzzeitaufenthalte (siehe Grafik G 2.4). Es wird davon ausgegangen, dass eine alternativ versorgte Person die Spitex in Anspruch nimmt, egal ob sie in ihrem angestammten Zuhause oder in einer betreuten Wohnform lebt. Durch diese Substitution in die Spitex steigt auch indirekt die Nutzung der Kurzzeitaufenthalte, da davon ausgegangen wird, dass (die nun erhöhte Spitex-Population) auch das Entlastungsangebot der Kurzzeitaufenthalte nutzt.
Bei der Substitution von den Pflegeheimen in die Spitex werden folgenden Annahmen getroffen:

– Jede alternativ versorgte Person entspricht einer Klientin beziehungsweise einem Klienten der Spitex-Pflege sowie der Spitex-Hauswirtschaft.
– Die individuelle Pflegediagnose und der Pflegebedarf bleiben gleich, unabhängig vom neuen Aufenthaltsort der Person. Folglich entspricht das zeitliche Ausmass an Pflege in einem Pflegeheim eins zu eins dem zeitlichen Ausmass an Pflege in der Spitex. Diese Annahme wurde mit der Begleitgruppe im Rahmen der bisherigen nationalen Bedarfsprognosen diskutiert und festgelegt (vergleiche Pellegrini et al., 2022). Hierfür werden die täglich anfallenden Pflegeminuten der SOMED in die durchschnittlichen, jährlichen Pflegestunden der Spitex transformiert, jeweils nach Geschlecht und Kantonsgruppe.
– In der SOMED finden sich keine zeitlichen Angaben zu den Hotellerie- und Betreuungsleistungen, weshalb die zur Verfügung stehenden Informationen der SPITEX-Datenbank verwendet werden. Eine alternativ versorgte Person erhält folglich die durchschnittlichen, jährlichen Hauswirtschaftsstunden der SPITEX, jeweils nach Kantonsgruppe.

2.8 Datenquellen

Für die Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen, die Spitex-Pflege und die Spitex-Haushaltshilfe sowie die Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen stehen BFS-Daten von ausreichender Qualität zur Verfügung. Nachfolgend werden die verschiedenen Datenquellen kurz beschrieben (siehe Tabelle T 2.4). Die Daten zu Versorgungsstrukturen wie Tages- und Nachtstrukturen oder betreuten Wohnformen sind lückenhaft, da keine gesetzliche Grundlage zur obligatorischen Erhebung vorliegt. Das Obsan hat wiederholt Aufträge zur Erhebung solcher Daten und Befragungen in diesem Bereich vergeben (Kraft et al., 2023; Werner et al., 2016, 2021). Allerdings gibt es seit der bisherigen nationalen Bedarfsprognose keine aktualisierte und qualitativ verbesserte Erhebung zu solchen Strukturen. Solange kein gesetzlicher Auftrag zur (lückenlosen) Erhebung solcher Daten verankert wird, können auch keine zuverlässigen Bedarfsprognosen im intermediären Bereich erstellt werden. Dieselbe Problematik ergibt sich schlussendlich auch im Bereich der informellen Versorgung durch betreuende Angehörige.

T 2.4 Verwendete Datenquellen

Bezeichnung	Datenquelle	Anmerkung
Bevölkerung 65+	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (BFS-STATPOP, 2023)	Bestand der Bevölkerung 65+ in der Schweiz und den Kantonen.
Szenarien der Bevölkerungsentwicklung	Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung 2025-2050 (BFS, 2025)	Prognose der Entwicklung der Bevölkerung 65+ in der Schweiz und den Kantonen für den Zeitraum 2030 bis 2050 anhand von drei Szenarien (tiefes, mittleres und hohes Szenario des BFS).
Lebenserwartung	Sterbetafeln, 2024 (BFS)	Sterbetafeln, welche sich auf Beobachtungen von insgesamt sechs Kalenderjahren abstützen, erlauben statistisch aussagekräftige Werte für Sterblichkeit in der Schweiz (nach Geburtsjahr) zu erhalten.
Pflegeheime	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (BFS-SOMED, 2023)	Anzahl der Bewohner/-innen 65+ in Langzeitaufenthalten in den Pflegeheimen
Spitex	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (BFS-SPITEX, 2023)	Anzahl der Klienten/Klientinnen 65+, die Pflegedienste in Anspruch nehmen und durchschnittliche Anzahl der geleisteten Pflege- und Haushaltshilfestunden; Informationen nach Art der Organisation (öffentliche Spitex, private Spitex oder selbstständige Pflegefachpersonen). Die SPITEX-Daten sind nur für die aggregierten Altersklassen 65-79 und 80+ vorhanden. Organisationen, deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege oder Hilfe ist (z. B. Krebsliga, Lungenliga, Pro Senectute), werden in der Analyse nicht berücksichtigt.
Kurzzeitaufenthalte in den Pflegeheimen	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (BFS-SOMED, 2023)	Anzahl der Klienten/Klientinnen 65+ in Kurzzeitaufenthalten in den Pflegeheimen.

Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2025

3 Ausgangslage und jüngste Entwicklungen in der Alters- und Langzeitpflege

Die bisherige nationale Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) basiert auf Daten aus dem Jahr 2019 und somit auf der Inanspruchnahme sowie den Gegebenheiten vor der Covid-19-Pandemie. Seither hat sich die Alters- und Langzeitpflege bedeutend weiterentwickelt.

Dieses Kapitel zeigt die neue Ausgangslage der Bedarfsprognosen und beschreibt die jüngsten Entwicklungen, die die Alters- und Langzeitpflege seit 2019 durchlaufen hat. So können sich beispielsweise Veränderungen in den Bedürfnissen und dem Verhalten der älteren Bevölkerung sowie auch Anpassungen und Massnahmen der Versorgungspolitik auf die Bedarfsprognosen auswirken. In der vorliegenden Aktualisierung mit Datenjahr 2023 dürften sich die gesellschaftlichen, sozialen wie auch politischen Entwicklungen seit der Covid-19-Pandemie mittlerweile auch in den Daten niederschlagen. Folglich sind diese Auswirkungen nun in den Ergebnissen enthalten, während sie in der bisherigen nationalen Bedarfsprognose lediglich diskutiert werden konnten.

Die Ausgangslage schafft zudem eine Übersicht zu den strukturspezifischen Merkmalsausprägungen wie Alter und Geschlecht, die einen entscheidenden Einfluss auf die Bedarfsprognosen haben. Die Bevölkerung entwickelt sich je nach geschlechterspezifischen Altersklassen unterschiedlich, was sich wiederum auf den zukünftigen strukturspezifischen Bedarf auswirkt. Wächst beispielsweise der Anteil der Bevölkerung ab 80 Jahren bis ins Jahr 2040 besonders stark, so ist auch von einem stärkeren Bedarfswachstum in jenen Strukturen auszugehen, die einen hohen Anteil an Personen im Alter von 80 und mehr Jahren im Ausgangsjahr 2023 versorgen.

3.1 Pflegeheime

Seit 2019 ist nicht nur die Inanspruchnahme der Langzeitaufenthalte zurückgegangen, sondern auch die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner hat sich leicht reduziert, während aber die Pflegeintensität gestiegen ist. Zudem stehen aufgrund des starken Wachstums der älteren Bevölkerung immer weniger Langzeitbetten (pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) zur Verfügung. Nachfolgend wird für die Pflegeheime die Ausgangslage und die jüngsten Entwicklungen für den Bettentyp der Langzeitaufenthalte für Personen 65+ präsentiert.

3.1.1 Langzeitaufenthalte

Im Jahr 2023 leben in Schweizer Pflegeheimen 85 567 Personen 65+. Knapp ein Fünftel (19,3%) ist zwischen 65 bis 79 Jahren alt, während der grosse Anteil (80,7%) mindestens 80-jährig ist (siehe G 3.1). Zudem sind es deutlich mehr Frauen (70,7%) als Männer (29,3%).

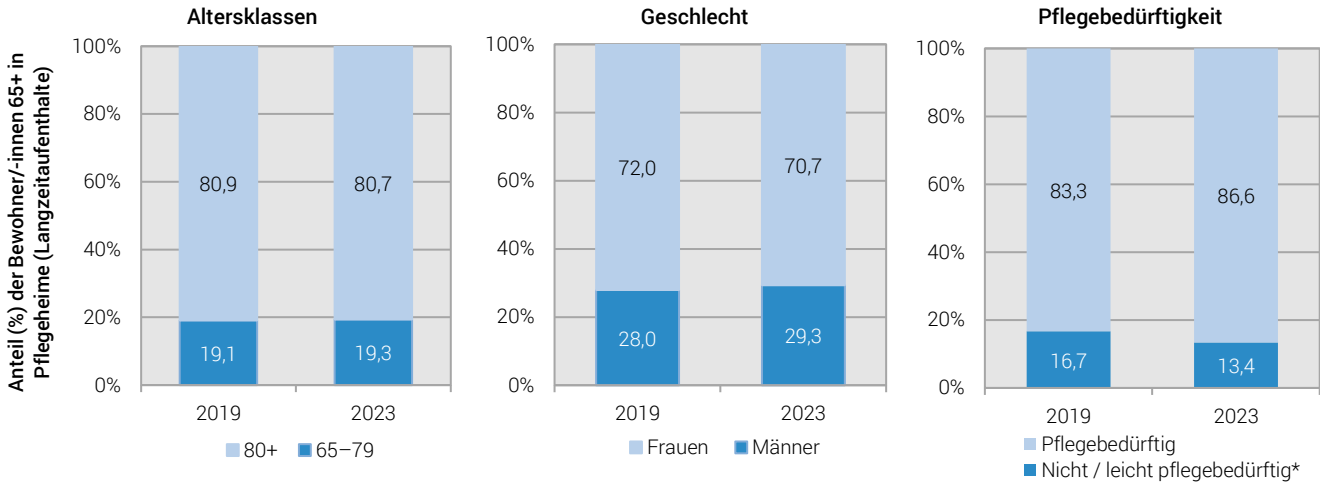
Ein Achtel aller Langzeitplätze ist im Jahr 2023 durch nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftige Personen belegt

In der differenzierten Betrachtung aller Pflegestufen wird ersichtlich, dass im Jahr 2023 die meisten Bewohnerinnen und Bewohner (62,6%) zwischen 40 Minuten bis zu 160 Minuten Pflege pro Tag benötigen (Pflegestufen 3 bis 8; siehe G 3.2). Etwas mehr als ein Achtel (13,4%) fällt in die Kategorie der nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Personen (0 bis 40 Minuten Pflege; Pflegestufe 0 bis 2). Ein Fünftel (18,9%) beansprucht zwischen 160 bis 220 Minuten täglich (Pflegestufen 9 bis 11) und ein 4,9% benötigen mindestens 3,5 Stunden oder mehr pro Tag (Pflegestufe 12).

Die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner hat sich von 2019 auf 2023 leicht reduziert, während die Pflegeintensität zugenommen hat

Seit der bisherigen nationalen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) hat sich die Anzahl der Bewohnenden 65+ von 86 102 auf 85 567 Personen reduziert (–0,6%; siehe G 3.1). Die Anteile der Altersklassen und die Geschlechterverteilung bleiben praktisch unverändert: 19,1% gegenüber 19,3% in der Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen und 72,0% gegenüber 70,7% Frauen.

G 3.1 Bewohnerinnen und Bewohner in einem Langzeitaufenthalt, Schweiz, 2019 und 2023



Langzeitaufenthalte (65+)		2019		2023		Δ 2019-2023	
		N	%	N	%	Δ (N)	Δ (%)
Altersklasse	65–79	16 428	19,1	16 552	19,3	+124	+0,8
	80+	69 675	80,9	69 014	80,7	-661	-0,9
	Total (65+)	**86 102**	**100,0**	**85 567**	**100,0**	**-535**	**-0,6**
Geschlecht	Männer	24 080	28,0	25 105	29,3	+1 025	+4,3
	Frauen	62 023	72,0	60 463	70,7	-1 560	-2,5
	Total (65+)	**86 102**	**100,0**	**85 567**	**100,0**	**-535**	**-0,6**
Pflegestufe	Nicht / leicht pflegebedürftig*	14 409	16,7	11 462	13,4	-2 947	-20,5
	Pflegebedürftig	71 694	83,3	74 105	86,6	+2 411	+3,4
	Total (65+)	**86 102**	**100,0**	**85 567**	**100,0**	**-535**	**-0,6**

Anmerkung: Bewohnerinnen und Bewohner des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ). Grafik enthält Rundungen.
* Pflegestufen 0 bis 2 gemäss KLV.

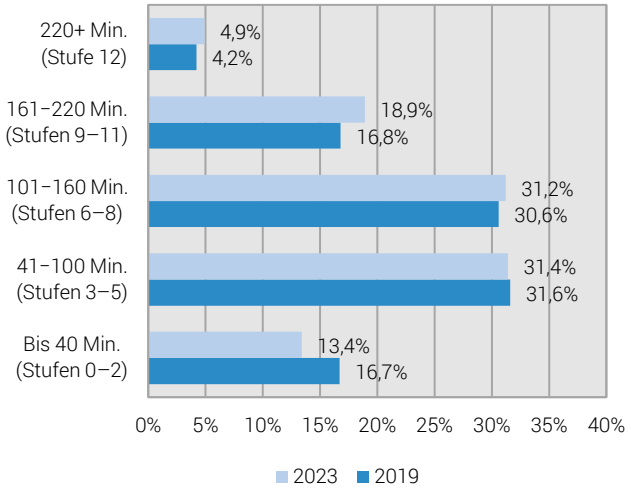
Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Der Anteil der hohen Pflegestufen (ab 161 Minuten täglich) hat zugenommen (siehe G 3.2). In den Pflegestufen 9 bis 11 sind es 18,9% gegenüber 16,8%, während es in der obersten Stufe 12 nun 4,9% gegenüber 4,2% sind. Im mittleren Bereich sind die Anteile von 2019 und 2023 praktisch unverändert, während der Anteil der Pflegestufen 0 bis 2 von 16,7% auf 13,4% gesunken ist.

Der Wunsch nach selbstbestimmtem Wohnen sowie der Ausbau von ambulanten und intermediären Angeboten ermöglicht wenig pflegebedürftigen Personen den Verbleib zuhause

Diese Reduktion um 3,3 Prozentpunkte in den Pflegestufen 0 bis 2 könnte unter anderem zwei Gründe haben. Zum einen möchten Personen mit niedrigem Unterstützungsbedarf möglichst lange selbstbestimmt zuhause leben. Zum anderen könnten sich versorgungspolitische Bestrebungen wie der Ausbau ambulanter Angebote oder begrenzte Kapazitäten und Bettenbelegung durch pflegebedürftige Personen, die nicht alternativ versorgt werden können, in den Daten widerspiegeln und zu dieser Reduktion geführt haben. Sowohl diese pandemiebedingten Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten (d. h. selbstbestimmtes Wohnen und Hinauszögern von Pflegeheimeintritt) wie auch die Entwicklung neuer Angebote (d. h. Ausbau ambulanter und intermediärer Angebote) wurden von Expertinnen und Experten bereits in der bisherigen nationalen Bedarfsprognosen beobachten und haben sich seither verstärkt (vergleiche Pellegrini et al., 2022).

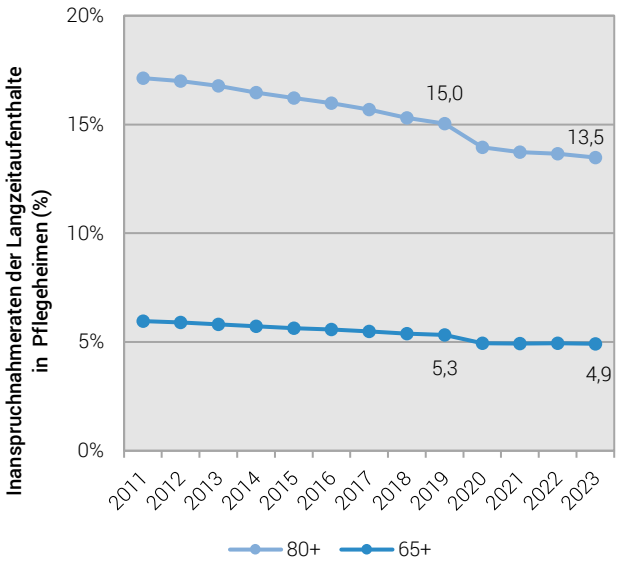
G 3.2 Pflegestufen von Bewohnerinnen und Bewohner in einem Langzeitaufenthalt, Schweiz, 2019 und 2023



Anmerkung: Grafik enthält Rundungen.

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) / Auswertung Obsan
© Obsan 2025

G 3.3 Inanspruchnahmerate der Langzeitaufenthalte, Schweiz, 2011–2023



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan
© Obsan 2025

Kontinuierlich sinkende Inanspruchnahmerate mit deutlichem Covid-19-Pandemie-Knick von 2019 auf 2020

Im Jahr 2023 liegt die Inanspruchnahmerate der Langzeitaufenthalte im Pflegeheim durch Personen 65+ bei 4,9% und für Personen 80+ sind es 13,5% (siehe G 3.3). Für beide Altersklassen sinken die Inanspruchnahmeraten seit 2011 kontinuierlich, wobei von 2019 auf 2020 ein verstärkter pandemiebedingter Rückgang zu erkennen ist. Dies verdeutlicht auch die jährliche Wachstumsrate, die seit 2011 über alle Jahre hinweg zwischen gerundeten –1% bis –2% variiert, aber sich von 2019 auf 2020 auf –7% beläuft. Anschliessend zeigt sich in beiden Altersklassen ab 2020 bis ins Jahr 2023 eine Stagnation, wobei diese Abflachung in der Altersklasse 65+ besonders deutlich zu erkennen ist. Die Inanspruchnahmerate der Jahre 2020 bis 2023 liegt unverändert bei (gerundeten) 4,9%, wobei die jährliche Wachstumsrate innerhalb dieser Zeitspanne deutlich unter einem halben Prozent[10] variiert.

Erhöhte Pflegeintensität seit der Covid-19-Pandemie

Parallel zur sichtbaren Reduktion der Inanspruchnahmerate aufgrund der Covid-19-Pandemie hat sich die Pflegeintensität erhöht (siehe T 3.1). Die durchschnittlichen täglichen Pflegeminuten haben seit 2019 von 120,5 auf 127,6 Minuten (Delta von +5,9%) im Jahr 2023 zugenommen. In der jährlichen Betrachtung findet der stärkste Anstieg von 2019 auf 2020 statt (+3,9% von 120,5 auf 125,4 Minuten), während es in den anderen Jahren maximal +1,2% sind. Das Eintrittsalter ist seit 2019 auf einem konstanten Niveau von ungefähr 85 Jahren (Delta von +0,2%), während sich die Aufenthaltsdauer um –7,6% von 2,8 Jahren auf 2,6 Jahre verkürzt hat.

T 3.1 Jüngste Entwicklungen bezüglich Belegungsrate, Eintrittsalter, Aufenthaltsdauer und Pflegeminuten, Schweiz, 2019–2023

Indikator	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2019-2023
Belegungsrate (in %)	89.5	88.8	84.9	86.7	88.5	-1.1%
Durchschnittliches Eintrittsalter	84.9	84.9	85.0	85.2	85.1	+0.2%
Aufenthaltsdauer (in Jahren)	2.8	2.8	2.7	2.6	2.6	-7.6%
Durchschnittlichen täglichen Pflegeminuten	120.5	125.4	124.7	126.3	127.6	+5.9%

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) / Auswertung Obsan
© Obsan 2025

[10] 2020 auf 2021: –0,4%; 2021 auf 2022: +0,2%; 2022 auf 2023: –0,4%

Seit 2011 wächst das Angebot an Langzeitbetten, während sich aber die Verfügbarkeit (Angebot pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) aufgrund des starken Bevölkerungswachstums reduziert

Seit 2011 hat sich das Angebot an Langzeitplätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner kontinuierlich reduziert, auch wenn die eigentliche Bettenkapazitäten im selben Zeitraum – mit Ausnahme[11] der Jahr 2021 und 2022 – gewachsen ist (siehe G 3.4). Im Jahr 2023 beträgt das Angebot für 1000 Personen insgesamt 55,8 gegenüber 59,9 Langzeitbetten im Jahr 2019. Besonders deutlich wird die Reduktion in der Altersklasse 80+, wo die verfügbaren Langzeitbetten pro 1000 Einwohnenden von 212,0 Betten im Jahr 2019 auf 191,6 Betten im Jahr 2023 zurückgegangen sind. Es ist allerdings anzumerken, dass die Belegungsrate der Langzeitbetten auf eine mögliche Effizienzsteigerung in der Auslastung hindeutet (siehe T 3.1). Seit 2019 sind im Durchschnitt neuen von 10 Langzeitbetten ausgelastet, mit einer Abweichung im Nachgang der Covid-19-Pandemie. Zum einen wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie ein Eintritt ins Pflegeheim hinausgezögert und zum anderen sind auch viele Bewohnenden während beziehungsweise im Nachgang aufgrund einer Infektion gestorben.

3.2 Spitex

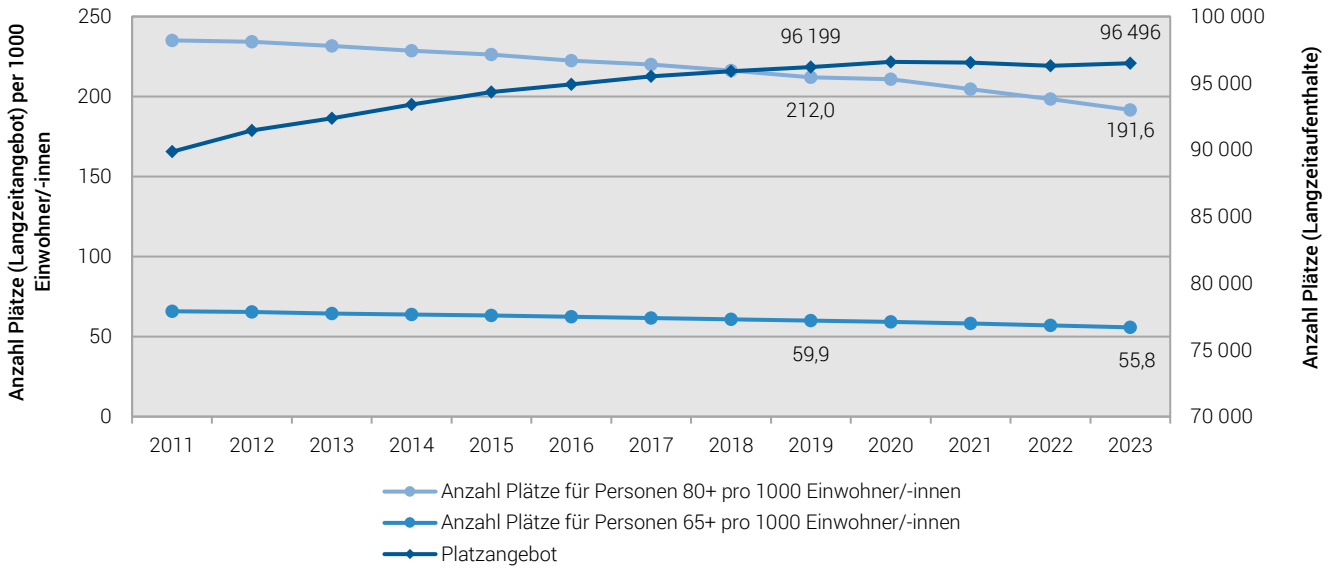
Im Laufe der letzten Jahre haben immer mehr Kantone Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung zuhause umgesetzt. Folglich ist in der Schweiz seit 2011 ein Anstieg der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen zuhause zu beobachten, während die Inanspruchnahme von haushälterischen Leistungen eher eine sinkende Tendenz zeigt. Zudem fällt das starke relative Wachstum von privaten Diensten und den selbstständigen Pflegefachpersonen auf, während die öffentlichen Dienste zwar absolut gesehen mehr Klientel versorgen und aufnehmen, aber prozentual schwächer wachsen.

Nachfolgend werden die Ausgangslage und die jüngsten Entwicklungen der Spitex-Pflege und -Haushaltshilfe präsentiert, sowohl für deren Klientel wie auch die abgerechneten Pflegestunden beziehungsweise die geleisteten Haushaltshilfestunden. Analog zu den Pflegeheimen wird in der Spitex auf die Klientel 65+ fokussiert, wobei beachtet werden muss, dass in gewissen Regionen der Schweiz ein substanzieller Anteil (ungefähr ein Viertel) der Spitex-Klientel unter 65-jährig ist, der in dieser Studie nicht berücksichtigt ist.

3.2.1 Pflege

Im Jahr 2023 werden 235 095 Personen 65+ durch die Spitex pflegerisch versorgt, wovon 37,5% zwischen 65 bis 79 Jahren alt sind und 62,5% mindestens 80-jährig (siehe G 3.5). Es beziehen

G 3.4 Langzeitbetten (absolut und pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner), Schweiz, 2011–2023



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

© Obsan 2025

[11] Bettenreduktion um –0,1% beziehungsweise –0,2%

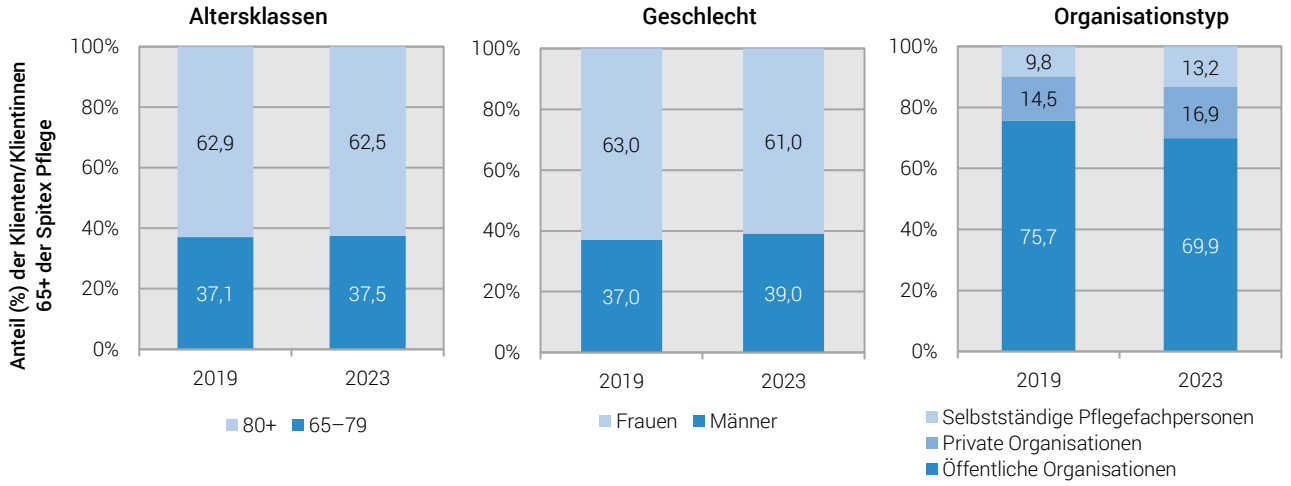
deutlich mehr Frauen (61,0%) Spitex-Pflege als Männer (39,0%). Der überaus grosse Anteil (69,9%) der Pflege-Klientel wird durch einen öffentlichen Spitex-Dienst versorgt, während 16,9% durch private Dienste und 13,2% durch selbstständige Pflegefachpersonen versorgt werden.

Die privaten Dienste und selbstständigen Pflegefachpersonen wachsen prozentual stärker als die öffentlichen Dienste, die aber nach wie vor den höchsten Marktanteil haben

Was die Entwicklung nach Organisationtyp anbelangt, so pflegen die privaten Dienste und die selbstständigen Pflegefachpersonen im Jahr 2023 deutlich mehr Klientel als noch 2019 (siehe G 3.5).

Die privaten Dienste haben ihren Marktanteil um +2,4 Prozentpunkte gesteigert (von 14,5% auf 16,9%) und die selbstständigen Pflegefachpersonen um +3,4 Prozentpunkte (von 9,8% auf 13,2%). Bezüglich der Anzahl versorgter Personen 65+ entspricht ersteres einem Zuwachs von +40,9% (+11 516 Klientinnen und Klienten) und zweiteres einem Zuwachs von +62,8% (+11 999 Klientinnen und Klienten). Im Vergleich hierzu hat sich der Marktanteil der öffentlichen Dienste von drei Vierteln (75,7%) auf 69,9% reduziert. Der Zuwachs (+11,3%) an Klientinnen und Klienten fällt im Vergleich mit den beiden anderen Organisationstypen deutlich geringer aus, allerdings ist es absolut gesehen deutlich mehr Klientel (+16 737 Klientinnen und Klienten gegenüber jeweils gerundeten +12 000 Personen).

G 3.5 Klientinnen und Klienten der Spitex-Pflege, Schweiz, 2019 und 2023



Spitex-Pflege (65+)		2019				2023				Δ 2019-2023			
		Klienten/ Klientinnen		Stunden		Klienten/ Klientinnen		Stunden		Klienten/ Klientinnen		Stunden	
		N	%	N	%	N	%	N	%	Δ (N)	Δ (%)	Δ (N)	Δ (%)
Altersklasse	65–79	72 203	37,1	4 186 959	29,3	88 072	37,5	5 569 794	30,7	+15 869	+22,0	+1 382 835	+33,0
	80+	122 640	62,9	10 117 054	70,7	147 023	62,5	12 547 012	69,3	+24 383	+19,9	+2 429 958	+24,0
	Total (65+)	**194 843**	**100,0**	**14 304 013**	**100,0**	**235 095**	**100,0**	**18 116 806**	**100,0**	**+40 252**	**+20,7**	**+3 812 793**	**+26,7**
Geschlecht	Männer	72 059	37,0	.	,	91 576	39,0	.	,	+19 517	+27,1	.	,
	Frauen	122 784	63,0	.	.	143 519	61,0	.	.	+20 735	+16,9	.	.
	Total (65+)	**194 843**	**100,0**	**14 304 013**	**100,0**	**235 095**	**100,0**	**18 116 806**	**100,0**	**+40 252**	**+20,7**	**+3 812 793**	**+26,7**
Organisations-typ	Öffentliche Organisationen	147 551	75,7	10 378 211	72,6	164 288	69,9	11 796 895	65,1	+16 737	+11,3	+1 418 684	+13,7
	Private Organisationen	28 177	14,5	3 347 237	23,4	39 693	16,9	5 355 077	29,6	+11 516	+40,9	+2 007 840	+60,0
	Selbstständige Pflegefachpersonen	19 115	9,8	578 565	4,0	31 114	13,2	964 834	5,3	+11 999	+62,8	+386 269	+66,8
	Total (65+)	**194 843**	**100,0**	**14 304 013**	**100,0**	**235 095**	**100,0**	**18 116 806**	**100,0**	**+40 252**	**+20,7**	**+3 812 793**	**+26,7**

Anmerkung: Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig der Pflegedauer.

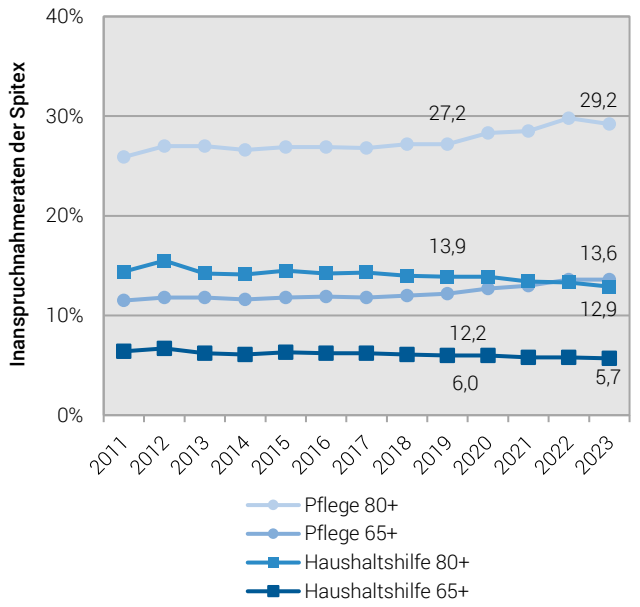
Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Zunehmende Inanspruchnahmerate in der Spitex-Pflege bei nahezu unveränderter Inanspruchnahme der Haushaltshilfe

Die Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege für Personen 65+ liegt bei 13,6% und für Personen 80+ bei 29,2% (siehe G 3.6). Deren Entwicklung ist seit 2011 leicht ansteigend, wobei ab 2019 ein stärkeres Wachstum zu erkennen ist als in den Jahren zuvor, was auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen sein dürfte. Allerdings ist in der Altersklasse 80+ von 2022 auf 2023 ein leichter Rückgang zu erkennen, dessen Weiterentwicklung es zu beobachten gilt. Im Vergleich zur Pflege bleibt die Inanspruchnahmerate der Spitex-Haushaltshilfe über die letzten Jahre – auch seit der Covid-19-Pandemie – auf praktisch unverändertem Niveau von 6,0% (im Jahr 2019) beziehungsweise 5,7% (im Jahr 2023) bei Person 65+. Für Personen 80+ kommt es zu einer minimalen Reduktion von einem Prozentpunkt: 13,9% im Jahr 2019 gegenüber 12,9% im Jahr 2023.

G 3.6 Inanspruchnahmerate der Spitex-Pflege und -Haushaltshilfe, 2011–2023



Anmerkung: Die Ergebnisse enthalten Rundungen.

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

© Obsan 2025

Die Pflegeintensität zuhause nimmt zu

Die durchschnittlichen jährlichen Pflegestunden pro Klientin und Klienten 65+ haben von 2019 auf 2023 leicht zugenommen: 73,4 auf 77,1 Stunden (siehe G 3.7). Im selben Zeitraum zeigt sich diese Zunahme auch im gesamtschweizerischen Pflegevolumen[12] von 8,9 Stunden auf 10,5 Stunden (siehe Tabelle in G 3.7). Die detaillierte Ansicht seit 2011 verdeutlicht die kontinuierliche Zunahme der durchschnittlichen jährlichen Pflegestunden für Personen 65+, mit einem Zwischentief im Jahr 2022 (siehe G 3.8). Dieser temporäre Einbruch könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass einige öffentliche Dienste in diesem Jahr von Mühen berichteten, aufgrund Personalmangels den Leistungsauftrag und die Versorgungspflicht zu erfüllen. Folglich wurden gewisse Leistungen bei gleichbleibender Anzahl Klientel temporär reduziert (z. B. zweimal Duschen in der Woche anstelle von dreimal).

Private Dienste leisten am meisten Pflegestunden pro Klientin und Klient, haben aber keine Aufnahmepflicht wie die öffentlichen Dienste und stellen immer mehr pflegende Angehörige an

Unter den drei Organisationstypen erbringen die privaten Dienste mit 134,9 Pflegestunden am meisten Stunden pro Klientin und Klient, gefolgt von der öffentlichen Spitex (71,8 Stunden) und den selbstständigen Pflegefachpersonen (31,0 Stunden). Im Vergleich mit 2019 haben vor allem für die privaten Dienste die durchschnittlichen jährlichen Stunden pro Klientin und Klienten deutlich zugenommen: von 118,8 auf 134,9 Stunden.

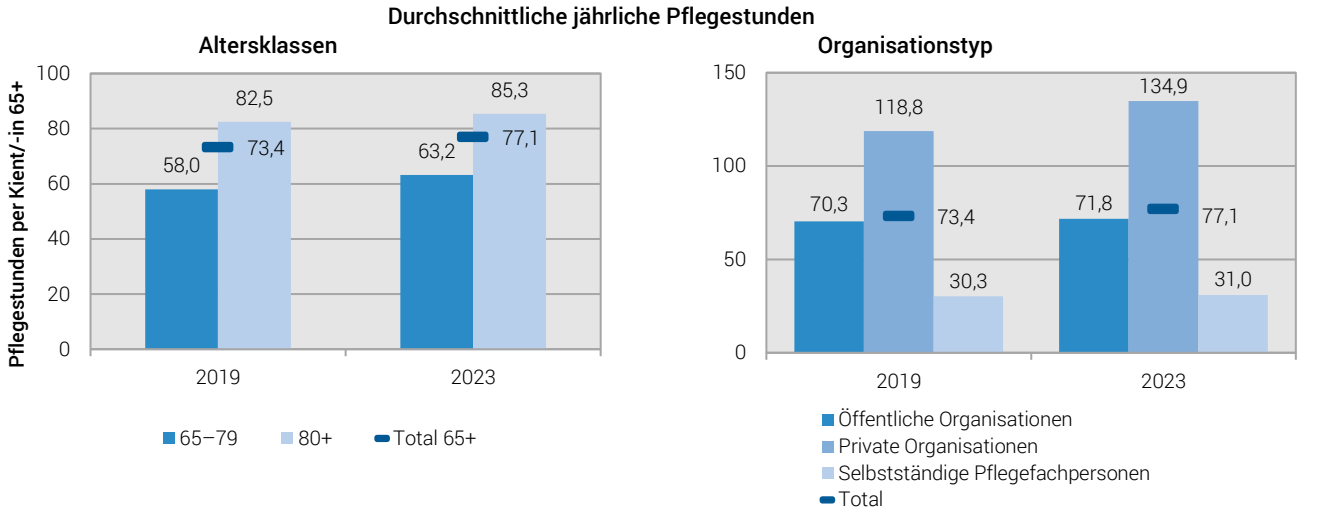
Bei den Vergleichen bezüglich der Leistungsstunden gilt es allerdings zu berücksichtigten, dass private Dienste im Unterschied

K 3.1 Bundesgerichtsentscheide zu Grundpflege durch Angehörige

Der Bundesgerichtsentscheid vom April 2019 (BGE 145 V 161, Urteil 9C_187/2019) bestätigt, dass die Anstellung von pflegenden Angehörigen durch eine zugelassene Pflegeorganisation zur Abrechnung von Leistungen über OKP zulässig ist. Allerdings verfügt das Bundesgericht, dass pflegende Angehörige ohne fachbezogene Ausbildung nur Grundpflege leisten dürfen, da komplexere Massnahmen der Behandlungspflege eine spezifische Ausbildung erfordern. Das Bundesgericht wies zudem auf ein Missbrauchspotenzial hin, dass allenfalls eine vertrauensärztliche Überprüfung nötig sei (E. 3.3.2), und stellte klar, dass die anfallenden Kosten diejenigen des externen Spitex-Personals nicht übersteigen dürfen. Zudem hielt ein weiterer BGE im Mai 2024 (9C_385/2023) fest, dass die Deckung durch OKP auch für psychiatrische Grundpflegemassnahmen durch pflegende Angehörige gilt. Auf diese Weise wird eine Ungleichbehandlung von Menschen mit psychischen Störungen und Menschen mit somatischen Problemen verhindert. Voraussetzung bleibt nach wie vor ein medizinisch festgestellter und nachweisbarer Bedarf sowie eine Anstellung über eine anerkannte Pflegeorganisation.

[12] Das Pflegevolumen entspricht den durchschnittlichen jährlichen Stunden pro Einwohnerin und Einwohner 65+

G 3.7 Pflegestunden pro Klientin und Klient sowie Pflegevolumen pro Einwohnerin und Einwohner, Schweiz, 2019 und 2023



Spitex-Pflege (65+)		2019		2023		Δ 2019-2023	
		Stunden per Klient/-in	Stunden per Einwohner/-in	Stunden per Klient/-in	Stunden per Einwohner/-in	Stunden per Klient/-in (%)	Stunden per Einwohner/-in (%)
Altersklasse	65–79	58.0	3.6	63.2	4.5	+9.1	+24.9
	80+	82.5	22.3	85.3	24.9	+3.5	+11.7
	Total (65+)	**73.4**	**8.9**	**77.1**	**10.5**	**+5.0**	**+17.5**
Organisations-typ	Öffentliche Organisationen	70.3	.	71.8	.	+2.1	.
	Private Organisationen	118.8	.	134.9	.	+13.6	.
	Selbstständige Pflegefachpersonen	30.3	.	31.0	.	+2.5	.
	Total (65+)	**73.4**	**8.9**	**77.1**	**10.5**	**+5.0**	**+17.5**

Anmerkung: Die Ergebnisse enthalten Rundungen.

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

© Obsan 2025

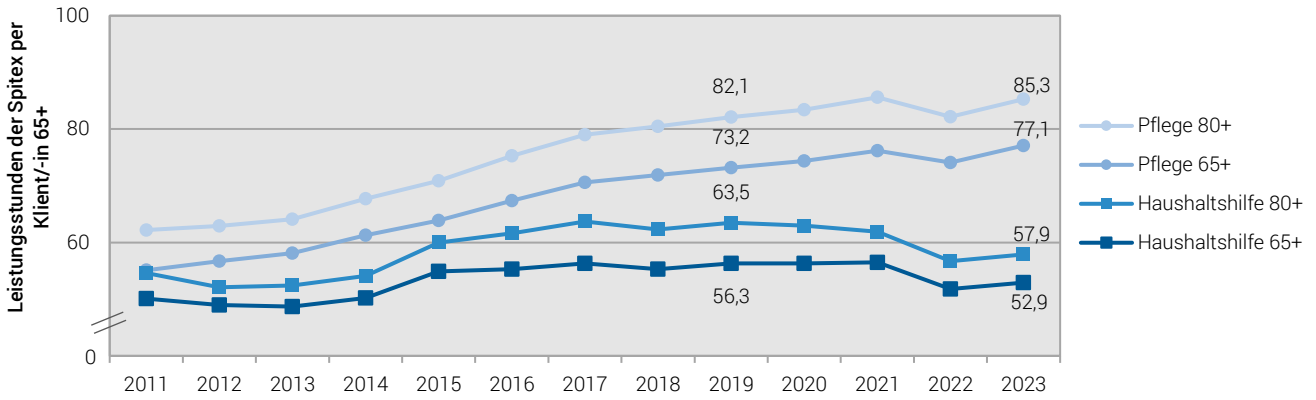
zur öffentlichen Spitex (meistens) keine Versorgungs-/Aufnahmepflicht haben und somit Fälle auswählen können, die längerfristige und regelmässige Pflege benötigen. Zudem stellt sich die Frage, in welchem Ausmass die Anstellung von pflegenden Angehörigen für die Zunahme der Pflegeintensität verantwortlich ist. Prinzipiell kann jeder Spitex-Dienst – unabhängige seiner Rechtsform – pflegende Angehörige anstellen, was auch schon seit längerer Zeit gemacht wird, aber bis anhin in geringfügigem Ausmass. Seit dem Bundesgerichtsentscheid von 2019 (BGE 145 V 161; siehe K 3.1), der die Anstellung von pflegenden Angehörigen (ohne Pflegeausbildung) und die Abrechnung von deren Grundpflegeleistungen über OKP gutheisst, lässt sich in der Spitex-Datenbank eine Zunahme von privaten Diensten identifizieren, die auf die Anstellung von pflegenden Angehörigen spezialisiert sind.[13]

3.2.2 Haushaltshilfe

Im Jahr 2023 werden 98 768 Personen 65+ durch die Spitex haushälterisch versorgt. Etwas mehr als ein Drittel (34,2%) ist zwischen 65 bis 79 Jahren alt und 65,8% sind 80-jährig oder älter (siehe G 3.9). Es beziehen deutlich mehr Frauen (71,6%) als Männer (28,4%) Haushaltshilfe. Fast neun von 10 (86,5%) Klientinnen und Klienten werden durch die öffentliche Spitex haushälterisch unterstützt, während die restlichen 13,3% ihre Haushaltshilfe durch private Dienste erhalten (und unter 0,1% durch selbstständige Pflegefachpersonen).

[13] Angestellte Angehörige können in der Spitex-Datenbank nicht eindeutig identifiziert werden. Als Anhaltspunkte dienen die Namen der bekannten spezialisierten Spitex-Dienste, die dokumentierte Ausbildung und die erbrachten Leistungen (d. h. ausschliesslich Grundpflege).

G 3.8 Pflege- und Haushaltshilfestunden pro Klientin und Klient, Schweiz, 2011–2023

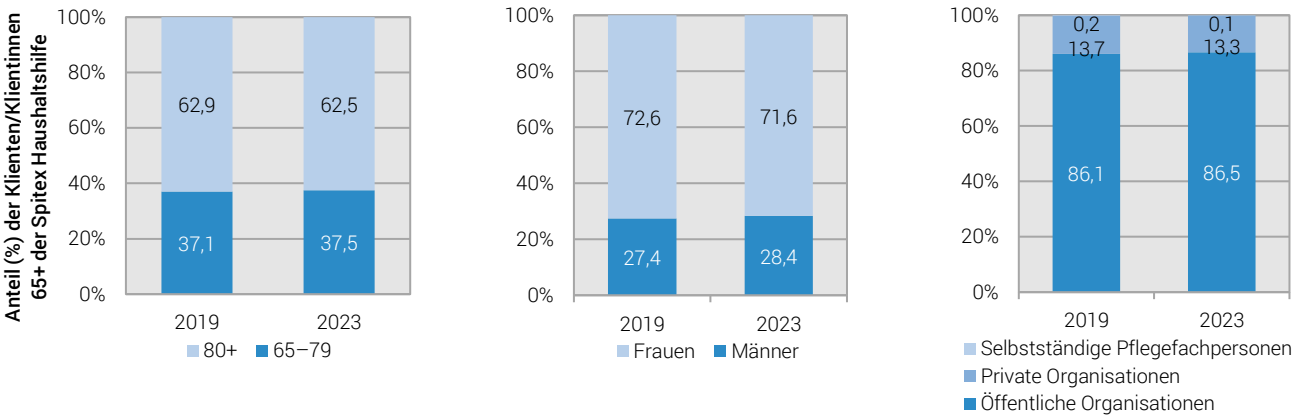


Anmerkung: Die Ergebnisse enthalten Rundungen. Das Zwischentief im Jahr 2022 ist auf die öffentlichen Dienste zurückzuführen und könnte auf eine temporäre Reduktion der Leistungen (z. B. nur zweimal Duschen die Woche anstatt dreimal) bei unveränderter Anzahl der Klientel zurückzuführen sein.

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

© Obsan 2025

G 3.9 Klientinnen und Klienten der Spitex-Haushaltshilfe, Schweiz, 2019 und 2023



Spitex-Haushaltshilfe (65+)		2019				2023				Δ 2019-2023			
		Klienten/ Klientinnen		Stunden		Klienten/ Klientinnen		Stunden		Klienten/ Klientinnen		Stunden	
		N	%	N	%	N	%	N	%	Δ (N)	Δ (%)	Δ (N)	Δ (%)
Altersklasse	65–79	30 580	35,1	1 300 565	26,2	33 819	34,2	1 464 198	28,0	+3 239	+10,6	+163 633	+12,6
	80+	56 532	64,9	3 655 799	73,8	64 949	65,8	3 757 839	72,0	+8 417	+14,9	+102 040	+2,8
	Total (65+)	**87 112**	**100,0**	**4 956 364**	**100,0**	**98 768**	**100,0**	**5 222 037**	**100,0**	**+11 656**	**+13,4**	**+265 673**	**+5,4**
Geschlecht	Männer	23 912	27,4	.	.	28 001	28,4	.	.	+4 089	+17,1	.	.
	Frauen	63 200	72,6	.	.	70 767	71,6	.	.	+7 567	+12,0	.	.
	Total (65+)	**87 112**	**100,0**	**4 956 364**	**100,0**	**98 768**	**100,0**	**5 222 037**	**100,0**	**+11 656**	**+13,4**	**+265 673**	**+5,4**
Organisations-typ	Öffentliche Organisationen	75 000	86,1	3 023 664	61,0	85 468	86,5	3 370 233	64,5	+10 468	+14,0	+346 569	+11,5
	Private Organisationen	11 971	13,7	1 927 872	38,9	13 174	13,3	1 848 767	35,4	+1 203	+10,0	-79105	-4,1
	Selbstständige Pflegefachpersonen	141	0,2	4 828	0,1	126	0,1	3 037	0,1	-15	-10,6	-1791	-37,1
	Total (65+)	**87 112**	**100,0**	**4 956 364**	**100,0**	**98 768**	**100,0**	**5 222 037**	**100,0**	**+11 656**	**+13,4**	**+265 673**	**+5,4**

Anmerkung: Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig der Pflegedauer. Die Ergebnisse enthalten Rundungen.

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

© Obsan 2025

Die Spitex-Haushaltshilfe hat sich seit 2019 weniger stark verändert als die Spitex-Pflege

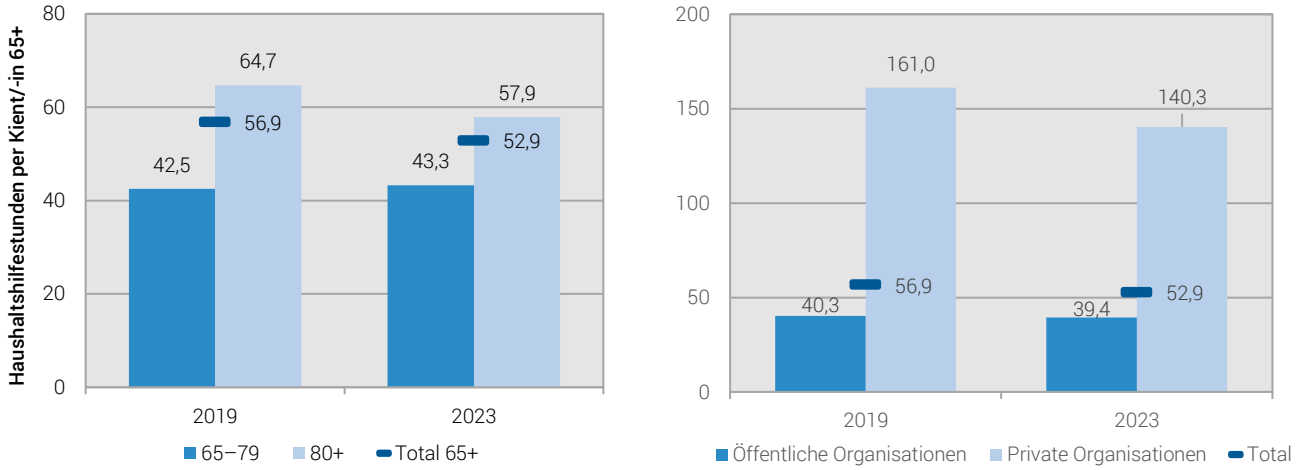
Die Anzahl der Klientinnen und Klienten in der Haushaltshilfe ist seit 2019 um +13,4 gewachsen von 87 112 auf 98 768 Klientinnen und Klienten im Jahr 2023. Die Struktur bezüglich Alter, Geschlecht und Marktanteil nach Organisationstyp ist nahezu identisch. Wie bereits im Unterkapitel 3.2.1 zur Spitex-Pflege beschrieben, zeigt die Inanspruchnahmerate in der Haushaltshilfe eine sinkende Tendenz, was sich in der Altersklasse 80+ deutlicher zeigt als in der Altersklasse der 65-jährigen und älteren Personen (siehe G 3.6).

Die privaten Dienste leisten am meisten durchschnittliche Haushaltshilfestunden pro Klientin und Klient, haben insgesamt aber weniger Klientel als die öffentliche Spitex

Die durchschnittlichen jährlichen Haushaltshilfestunden pro Klientin und Klient betragen im Jahr 2023 insgesamt 52,9 Stunden und haben seit 2019 leicht abgenommen (56,9 Stunden; siehe G 3.10). Dies ist vor allem auf die Altersklasse 80+ zurückzuführen, die im Jahr 2023 insgesamt 57,9 Stunden beansprucht, während es im Jahr 2019 noch 64,7 Stunden waren. Im selben Zeitraum sind die durchschnittlichen Haushalthilfestunden in der Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen angestiegen, wenn auch nur leicht um eine Stunde von 42,5 auf 43,3 Stunden.

Unter den Organisationstypen erbringen die privaten Dienste mit 140,3 Haushaltshilfestunden pro Klientin und Klient am meisten Stunden (gegenüber 161,0 Stunden im Jahr 2019). Deutlich

G 3.10 Haushaltshilfestunden pro Klientin und Klient sowie Haushaltshilfevolumen pro Einwohnerin und Einwohner, Schweiz, 2019 und 2023



Spitex-Haushaltshilfe (65+)		2019		2023		Δ 2019-2023	
		Stunden per Klient/-in	Stunden per Einwohner/-in	Stunden per Klient/-in	Stunden per Einwohner/-in	Stunden per Klient/-in (%)	Stunden per Einwohner/-in (%)
Altersklasse	65–79	42.5	1.1	43.3	1.2	+1.8	+5.7
	80+	64.7	8.1	57.9	7.5	-10.5	-7.4
	Total (65+)	**56.9**	**3.1**	**52.9**	**3.0**	**-7.1**	**-2.2**
Organisationstyp	Öffentliche Organisationen	40.3	.	39.4	1.9	-2.2	.
	Private Organisationen	161.0	.	140.3	1.1	-12.9	.
	Selbstständige Pflegefachpersonen	34.2	.	24.1	0.0	-29.6	.
	Total (65+)	**56.9**	**3.1**	**52.9**	**3.0**	**-7.1**	**-2.2**

Anmerkung: Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig der Pflegedauer. Die Ergebnisse enthalten Rundungen. Die Stunde der selbstständigen Pflegefachpersonen werden nicht abgebildet, da sie üblicherweise keine Haushaltshilfe leisten und sich dieser Wert in der SPITEX-Datenbank auf weniger als 0,1% aller Klientinnen und Klienten beziehen würde (*n* = 126 Personen).

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

© Obsan 2025

niedriger sind die Stunden in der öffentlichen Spitex mit 39,4 Stunden (gegenüber 40,3 Stunden im Jahr 2019). Ein Grund für diesen Unterschied ist die Möglichkeit der meisten privaten Dienste zur flexiblen und individuellen Ausrichtung auf Kundenwünsche, ohne an eine Versorgungspflicht gebunden zu sein. So können sich die privaten Dienste auf längerfristig planbare Einsätze ausrichten und ein effizienteres Spektrum an Haushaltsleistungen anbieten als die meisten öffentlichen Dienste.

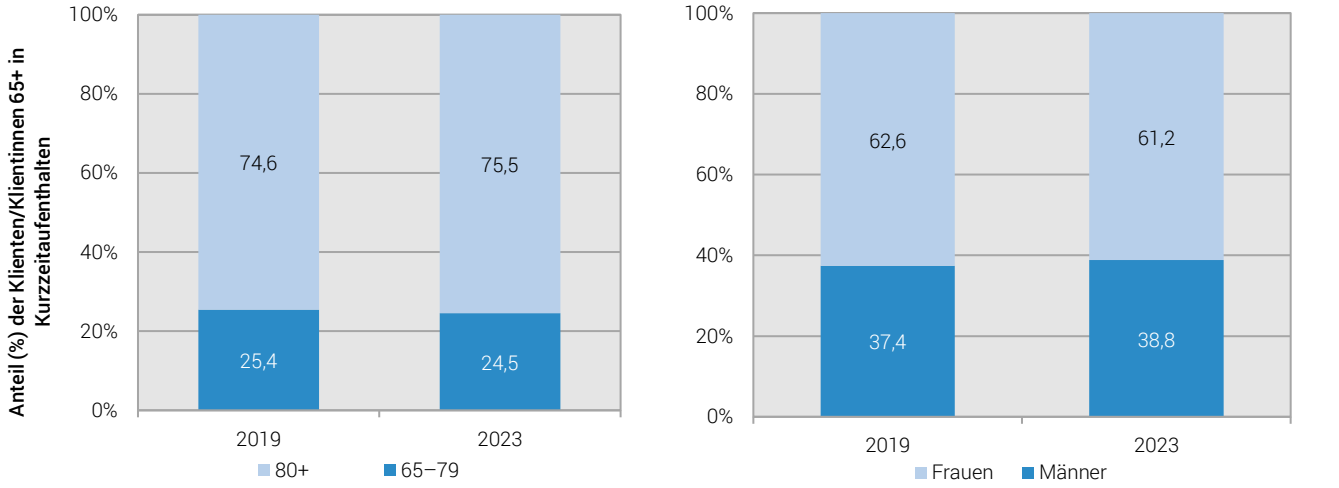
3.3 Intermediäre Strukturen

Aufgrund der Covid-19-Pandemie ist die Inanspruchnahme der Kurzzeitaufenthalte von 2019 auf 2020 zwischenzeitlich eingebrochen, aber anschliessend wieder deutlich angestiegen.

Nachfolgend wird die Ausgangslage und die jüngsten Entwicklungen für den Bettentyp der Kurzzeitaufenthalte für Personen 65+ präsentiert. Es wird die Klientel des gesamten Jahres beschrieben, während die Bedarfsprognose in Kapitel 5.3 anhand der gewichteten Aufenthaltsdauer[14] erfolgt. Auf diese Weise kann nachfolgen verständlicher beschrieben werden, wie viele Personen 65+ während des gesamten Jahres einen Kurzzeitaufenthalt in Anspruch nehmen.

Weitere intermediäre Strukturen wie betreutes Wohnen oder Tages- und Nachtstrukturen können aufgrund unvollständiger oder fehlender Datengrundlage nicht berücksichtigt werden (siehe Kapitel 2.8). Für eine qualitative Aufarbeitung findet sich in der Diskussion in Kapitel 8.

G 3.11 Klientinnen und Klienten in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen, 2019 und 2023



Kurzzeitaufenthalte (65+)		2019		2023		Δ 2019-2023	
		N	%	N	%	Δ (N)	Δ (%)
Altersklasse	65–79	6 010	25,4	6 639	24,5	+629	+10,5
	80+	17 640	74,6	20 409	75,5	+2 769	+15,7
	Total (65+)	**23 650**	**100,0**	**27 048**	**100,0**	**+3 398**	**+14,4**
Geschlecht	Männer	8 835	37,4	10 507	38,8	+1 672	+18,9
	Frauen	14 815	62,6	16 541	61,2	+1 726	+11,7
	Total (65+)	**23 650**	**100,0**	**27 048**	**100,0**	**+3 398**	**+14,4**

Anmerkung: Kurzzeitaufenthalte in einem Pflegeheim, ohne Kur-Aufenthalte.

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

© Obsan 2025

[14] Als Beispiel: Eine Person, die während drei Monaten einen Kurzzeitaufenthalt beansprucht, wird als 0,25 Personen gezählt. Aufgrund der gewichteten Aufenthaltsdauer kann die zukünftige Anzahl an Personen mit dem zukünftigen Bedarf an Kurzzeitbetten gleichgesetzt werden.

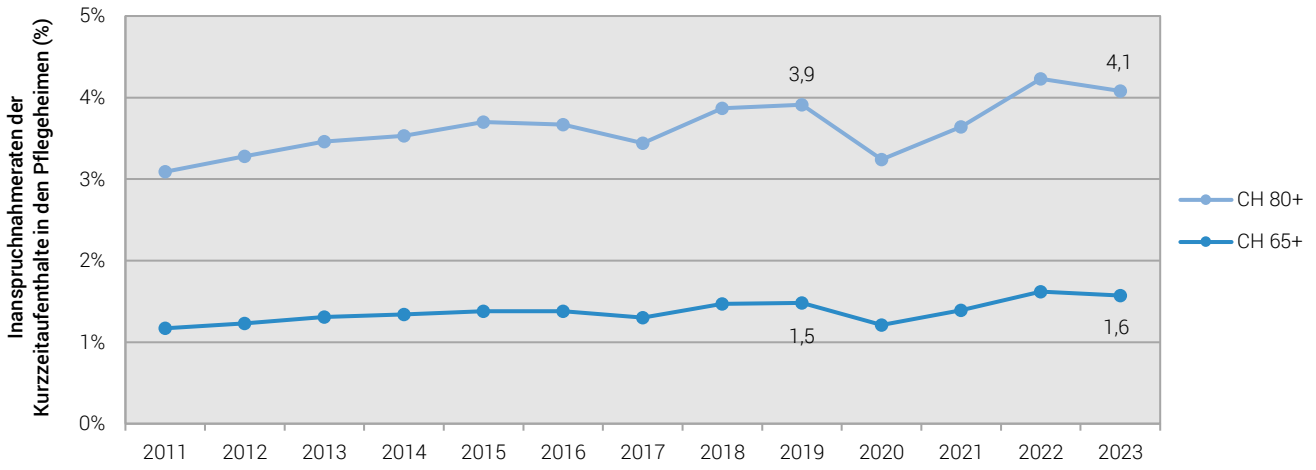
3.3.1 Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen

Im Jahr 2023 haben 27 048 Personen 65+ einen Kurzzeitaufenthalt in einem Pflegeheim beansprucht (siehe G 3.11). Hiervon sind ein Viertel (24,5%) im Alter von 65 bis 79 Jahren und drei Viertel (75,5%) sind 80-jährig oder älter. Es nehmen deutlich mehr Frauen (61,2%) einen Kurzzeitaufenthalt in Anspruch als Männer (38,8%). Für beide Indikatoren zeigt sich die Alters- wie auch Geschlechterverteilung seit 2019 praktisch unverändert.

Einbruch der Inanspruchnahmerate der Kurzzeitaufenthalte aufgrund der Pandemie mit anschliessendem Wiederanstieg

Seit 2011 steigt die Inanspruchnahmerate der Kurzzeitaufenthalte – trotz zwischenzeitlicher Schwankungen – deutlich um ungefähr ein Drittel (+34,2% bei 65+ und +32,0% bei 80+) an (siehe G 3.12). Im Jahr 2023 liegt die Inanspruchnahmerate von Personen 65+ bei 1,6% und von Personen 80+ bei 4,1%. In der zeitlichen Entwicklung ist von 2019 auf 2020 deutlich ein Einbruch zu erkennen, besonders bei Personen 80+, der sich mit der Coronapandemie erklären lässt. Gerade für diese Altersklasse ist die Infektion mit dem Coronavirus mit erhöhten Risiken verbunden, weshalb ein Kurzzeitaufenthalt in einem Pflegeheim möglichst vermieden wurde.

G 3.12 Inanspruchnahmerate der Kurzzeitaufenthalt, 2011–2023



Anmerkung: Kurzzeitaufenthalte in einem Pflegeheim, ohne Kur-Aufenthalte.

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2025

4 Bevölkerungsentwicklung

Nachfolgend wird der Bevölkerungsstand im Jahr 2023 und die demografische Entwicklung bis ins Jahr 2040 beziehungsweise 2050 beschrieben. Hierbei wird der älteren Bevölkerung besondere Beachtung geschenkt, da deren Entwicklung den Haupttreiber der Bedarfsprognose darstellt. Seit der bisherigen nationalen Bedarfsprognosen hat das BFS die drei Bevölkerungsszenarien überarbeitet, weshalb in Kapitel 4.2.2 ein Vergleich zwischen den letztmalig verwendeten Bevölkerungsszenarien 2020 und den aktualisierten Bevölkerungsszenarien von 2025 präsentiert wird.

4.1 Ausgangslage 2023

Die Demografie im Ausgangsjahr 2023 ist von entscheidender Bedeutung. Zum einen werden auf deren Basis die Modellparameter abgeleitet und zum anderen hilft der Vergleich der aktuellen mit der zukünftigen demografischen Zusammensetzung in der Interpretation der Bedarfsprognosen.

Im Jahr 2023 ist ein Fünftel der Bevölkerung im Alter von 65+ Jahren

In der Schweiz leben im Jahr 2023 fast 9 Millionen Menschen, wovon 13,7% zwischen 65 bis 79 Jahre alt sind und 5,6% sind 80-jährig oder älter (siehe T 4.1). Damit ist nahezu ein Fünftel (19,3%) der gesamten Bevölkerung im Alter von mindestens 65 Jahren (gegenüber 18,7% im Jahr 2019). Verglichen mit 2019 sind beide Altersklassen gewachsen: +6,5% bei den 65- bis 79-Jährigen, während es +11,0% bei Personen 80+ sind. Im Vergleich hierzu ist die gesamtschweizerische Bevölkerung (+4,1%) und die Altersklasse unter 65 Jahren (+3,3%) im selben Zeitraum weniger stark gewachsen.

4.2 Bevölkerungsszenarien des BFS

Das BFS erarbeitet im Fünfjahresrythmus ein tiefes, mittleres und hohes Bevölkerungsszenario, die zusammen eine Bandbreite der möglichen demografischen Entwicklung ergeben (siehe Kapitel

T 4.1 Ausgangslage 2019 und 2023 sowie die Entwicklung der Bevölkerung, mittleres Bevölkerungsszenario des BFS, Schweiz, 2019–2050

Alter	Altersklasse	Beobachtete Bevölkerung				Zukünftige Bevölkerung				Entwicklung					
		2019		2023		2040		2050		2019-2023		2023-2040		2023-2050	
		N	%	N	%	N	%	N	%	Δ (N)	Δ (%)	Δ (N)	Δ (%)	Δ (N)	Δ (%)
0-99+	<65	7 000 233	81,3	7 231 972	80,7	7 605 303	76,3	7 760 614	75,2	+231 739	+3,3%	+373 331	+5,2%	+528 642	+7,3%
	65-69	430 612	5,0	468 069	5,2	533 557	5,4	581 457	5,6	+37 457	+8,7%	+65 488	+14,0%	+113 388	+24,2%
	70-74	400 091	4,6	399 748	4,5	536 994	5,4	510 930	4,9	-343	-0,1%	+137 246	+34,3%	+111 182	+27,8%
	75-79	321 427	3,7	358 912	4,0	493 692	5,0	463 236	4,5	+37 485	+11,7%	+134 780	+37,6%	+104 324	+29,1%
	80-84	224 513	2,6	257 601	2,9	370 730	3,7	432 992	4,2	+33 088	+14,7%	+113 129	+43,9%	+175 391	+68,1%
	85-89	146 278	1,7	155 318	1,7	244 514	2,5	332 484	3,2	+9 040	+6,2%	+89 196	+57,4%	+177 166	+114,1%
	90+	82 879	1,0	90 638	1,0	185 515	1,9	240 531	2,3	+7 759	+9,4%	+94 877	+104,7%	+149 893	+165,4%
	<65	7 000 233	81,3	7 231 972	80,7	7 605 303	76,3	7 760 614	75,2	+231 739	+3,3%	+373 331	+5,2%	+528 642	+7,3%
	65-79	1 152 130	13,4	1 226 729	13,7	1 564 243	15,7	1 555 623	15,1	+74 599	+6,5%	+337 514	+27,5%	+328 894	+26,8%
	80+	453 670	5,3	503 557	5,6	800 759	8,0	1 006 007	9,7	+49 887	+11,0%	+297 202	+59,0%	+502 450	+99,8%
	Total (CH)	**8 606 033**	**100,0**	**8 962 258**	**100,0**	**9 970 305**	**100,0**	**10 322 244**	**100,0**	**+356 225**	**+4,1%**	**+1 008 047**	**+11,2%**	**+1 359 986**	**+15,2%**
65+	65-79	1 152 130	71,7	1 226 729	70,9	1 564 243	66,1	1 555 623	60,7	+74 599	+6,5%	+337 514	+27,5%	+328 894	+26,8%
	80+	453 670	28,3	503 557	29,1	800 759	33,9	1 006 007	39,3	+49 887	+11,0%	+297 202	+59,0%	+502 450	+99,8%
	Total (65+)	**1 605 800**	**100,0**	**1 730 286**	**100,0**	**2 365 002**	**100,0**	**2 561 630**	**100,0**	**+124 486**	**+7,8%**	**+634 716**	**+36,7%**	**+831 344**	**+48,0%**

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

2.5; Kohli & Probst, 2025). Das tiefe beziehungsweise das hohe Szenario ergeben die untere beziehungsweise obere Grenze der möglichen demografischen Entwicklung an. Das obere Szenario geht in den Hypothesen zur Geburtenhäufigkeit, zur Sterblichkeit, den Wanderungsbewegungen und dem Erwerb des Schweizer Bürgerrechts von wachstumstreibenden Annahmen aus. So beispielsweise von grösserem medizinischem Fortschritt oder fördernder Familienpolitik, während es beim tiefen Szenario entgegengesetzte wachstumsbremsende Annahmen sind (siehe Listung der 20 Annahmen in Kohli & Probst, 2025). Für die vorliegende Bedarfsprognose wird dem Status-Quo-Szenario das mittlere Bevölkerungsszenario des BFS zugrunde gelegt, das prinzipiell von einer Fortsetzung der Entwicklung der letzten Jahre ausgeht (Kohli & Probst, 2025).

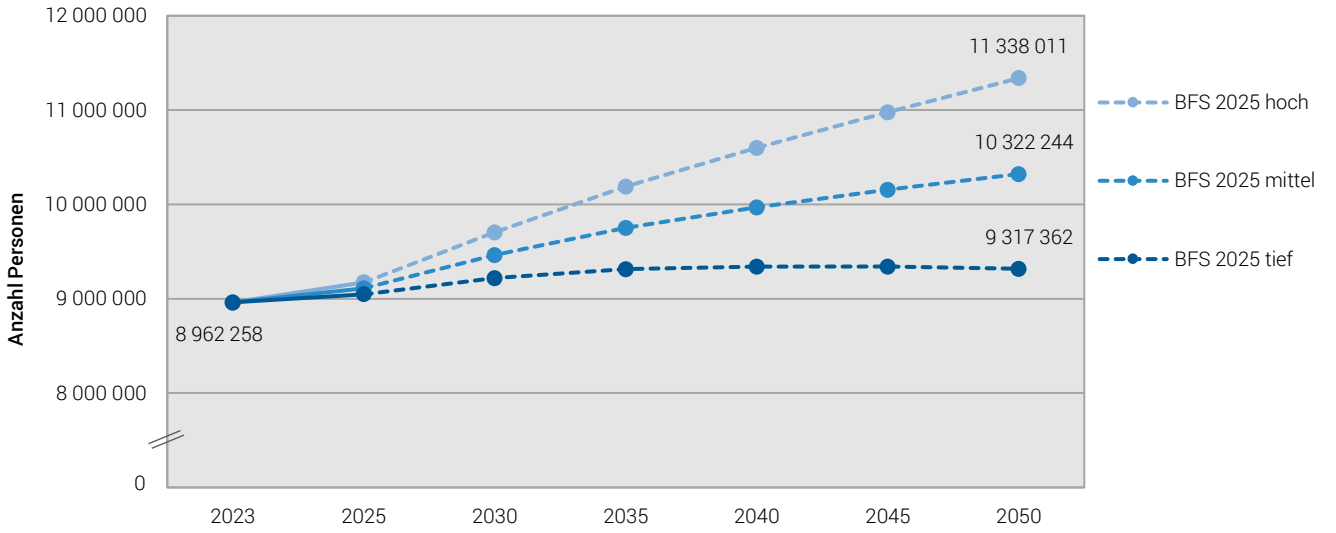
Die Schweiz könnte bis ins Jahr 2040 auf 10 Millionen Menschen anwachsen

Im mittleren Bevölkerungsszenario ist zwischen 2023 und 2040 mit einer Zunahme von +1,0 Millionen (+11,2%) auf insgesamt 10,0 Millionen Menschen zu rechnen (siehe G 4.1). Unter Berücksichtigung des tiefen und des hohen Bevölkerungsszenarios ist eine Bandbreite von mindestens 9,3 bis maximal 10,6 Millionen Personen zu erwarten. Im Vergleich mit 2023 entspricht dies einem Bevölkerungswachstum von +0,4 Millionen (+4,2%) bis hin zu +1,6 Millionen Personen (+18,3%).

Bis ins Jahr 2050 ist im mittleren Bevölkerungsszenario mit weiterem Wachstum auf 10,3 Millionen Personen (+15,2% verglichen mit 2023) zu rechnen (siehe G 4.1). Im Unterschied hierzu ist im tiefen Bevölkerungsszenario ab 2035 von einer Stagnation mit anschliessender leicht rückläufiger Entwicklung auszugehen: +4,0% bis 2050 gegenüber +4,2% bis 2040. Am stärksten fällt das Wachstum (+26,5%) im hohen Bevölkerungsszenario aus, was 2050 einer Schweiz mit ungefähr 11,3 Millionen Menschen entsprechen könnte.

In Betrachtung des gesamten Zeithorizonts ist ersichtlich wie die Ober- und Untergrenze der Bandbreite über die Zeit stärker auseinandergehen, was wiederum mit einer erhöhten Unsicherheit assoziiert ist (Kohli, 2025). Innerhalb von wenigen Jahren können Auswirkungen wie eine Pandemie oder geopolitische Geschehen die demografische Struktur einer Bevölkerung grundlegend verändern, was deutliche Auswirkungen auf die demografische Entwicklung in einem Land haben kann. Folglich überarbeitet das BFS die Bevölkerungsszenarien in einem regelmässigen Fünfjahresrythmus und der ferne Zeithorizont ist sowohl in den Bevölkerungsszenarien wie auch in den Bedarfsprognosen mit Vorsicht zu geniessen.

G 4.1 Bevölkerungsstand im Referenzjahr und Bevölkerungsszenarien des BFS, Schweiz, 2023–2050



	Ist	Prognosen		Δ 2023-2040		Δ 2023-2050	
Szenario	**2023**	**2040**	**2050**	***n***	**%**	***n***	**%**
BFS 2025 hoch	8 962 258	10 601 103	11 338 011	+1 638 845	+18.3%	+2 375 753	+26.5%
BFS 2025 mittel	**8 962 258**	**9 970 305**	**10 322 244**	**+1 008 047**	**+11.2%**	**+1 359 986**	**+15.2%**
BFS 2025 tief	8 962 258	9 340 930	9 317 362	+378 672	+4.2%	+355 104	+4.0%

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

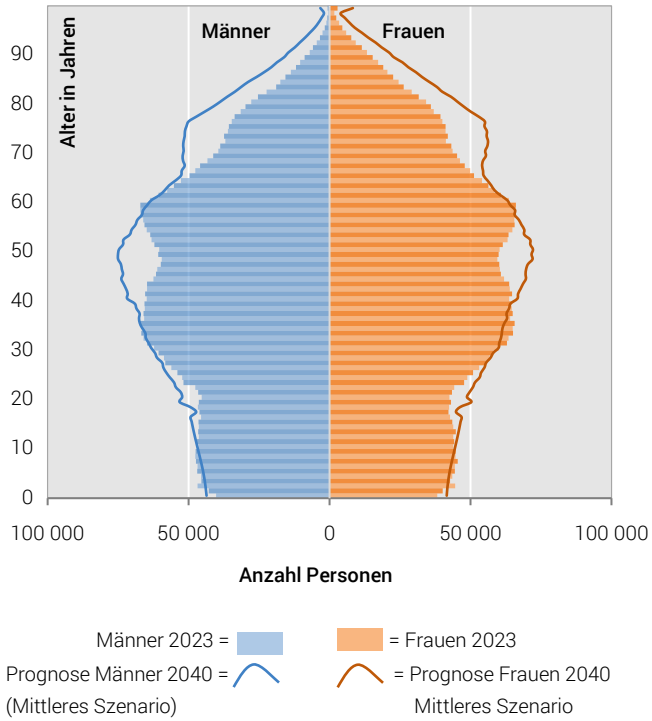
4.2.1 Entwicklung der älteren Bevölkerung

Die Entwicklung der älteren Bevölkerung stellt den Haupttreiber der Bedarfsprognosen dar. Je stärker sie wächst, desto höher fallen die Bedarfsprognosen aus.

Die Bevölkerung 65+ dürfte bis ins Jahr 2040 von einem Fünftel auf fast einen Viertel der gesamten Bevölkerung anwachsen

Im mittleren Szenario des BFS wird die Bevölkerung 65+ von 1,7 Millionen auf 2,4 Millionen Personen im Jahr 2040 wachsen (+36,7%; siehe T 4.1) Die Betrachtung der Bevölkerungspyramide macht ersichtlich wie sich die Welle der Babyboomer[15] (Gipfel bei 60 Jahren in 2023) bis ins Jahr 2040 in die höheren Altersklassen der 70- bis 80-jährigen Personen verschiebt (siehe G 4.2). Entsprechend wird der Anteil der Bevölkerung 65+ von einem Fünftel (19,3%) auf knapp einen Viertel (23,7%) zunehmen.

G 4.2 Bevölkerungspyramide, mittleres Bevölkerungsszenario des BFS, Schweiz, 2023 und 2040



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Die Alterung der Bevölkerung nimmt zu: Je höher die Altersklasse, desto stärker ihr relatives Wachstum

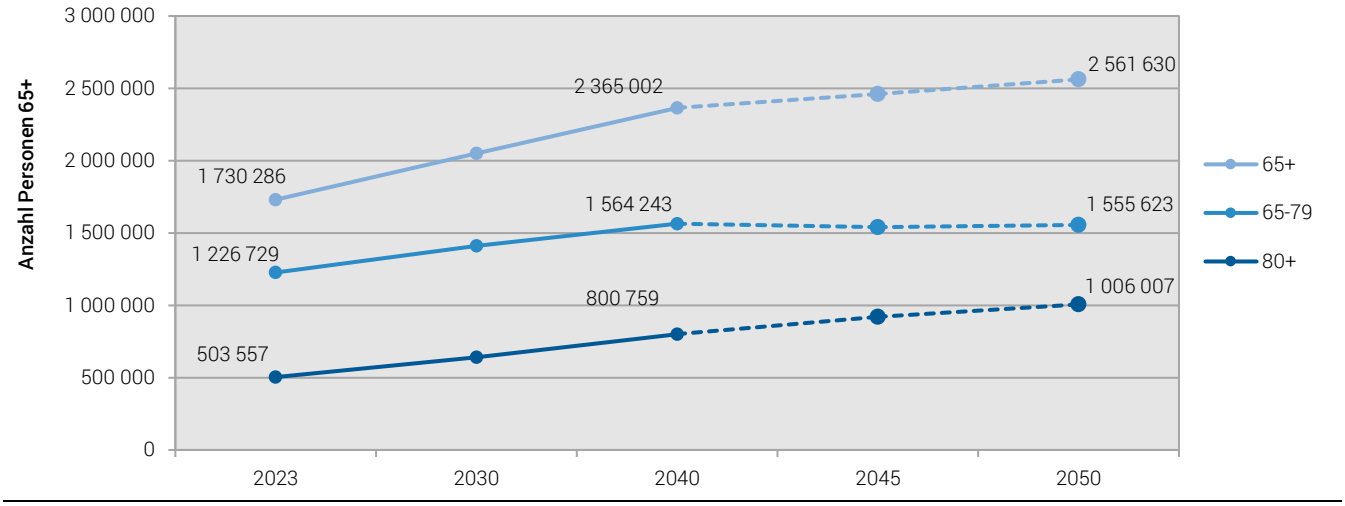
Die jüngste Gruppe der unter 65-Jährigen wächst bis ins Jahr 2040 am schwächsten (+5,2%), während die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen (+27,5%) sowie die Gruppe 80+ deutlich stärker wachsen (+59,0%; siehe G 4.3 und T 4.1). In der differenzierten Betrachtung von Personen 65+ nach Fünfjahresaltersklassen wird ein positiver Zusammenhang zwischen Alter und Wachstum ersichtlich: Je höher die Altersklasse, desto stärker das Wachstum. Das mit Abstand stärkste Wachstum ist mit einer Verdoppelung (+104,7) bis ins Jahr 2040 in der Altersklasse 90+ zu erwarten und wird bis ins Jahr 2050 um +165,4% steigen. Ebenfalls stark, wenn auch etwas schwächer, wächst die Altersklasse der 85- bis 89-Jährigen: +57,4% bis ins Jahr 2040 und mehr als eine Verdoppelung (+114,1%) bis ins Jahr 2050.

Die Alterung der Bevölkerung führt unter anderem dazu, dass sich das Durchschnittsalter der gesamten Bevölkerung von 42,8 Jahren im Jahr 2023 auf 45,1 Jahre im Jahr 2040 erhöht. Ebenso steigt der Altersquotient[16] im selben Zeitfenster von 31,8% auf 40,9%. Nicht zuletzt zeigt sich auch die obere Altersklasse der 65+ immer wie älter: Der Anteil Personen 80+ dürfte von 29,1% im Jahr 2023 auf einen Drittel (33,9%) im Jahr 2040 ansteigen.

[15] In der Schweiz sind es die geburtenstarken Jahrgänge von 1945 bis 1965.

[16] Der Altersquotient ist das Verhältnis zwischen den nicht mehr erwerbstätigen Personen ab 65 Jahren zur erwerbstätigen Altersgruppe der 20- bis und mit 64-Jährigen.

G 4.3 Entwicklung der Bevölkerung 65+, mittleres Bevölkerungsszenario des BFS, Schweiz, 2023–2050



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2025

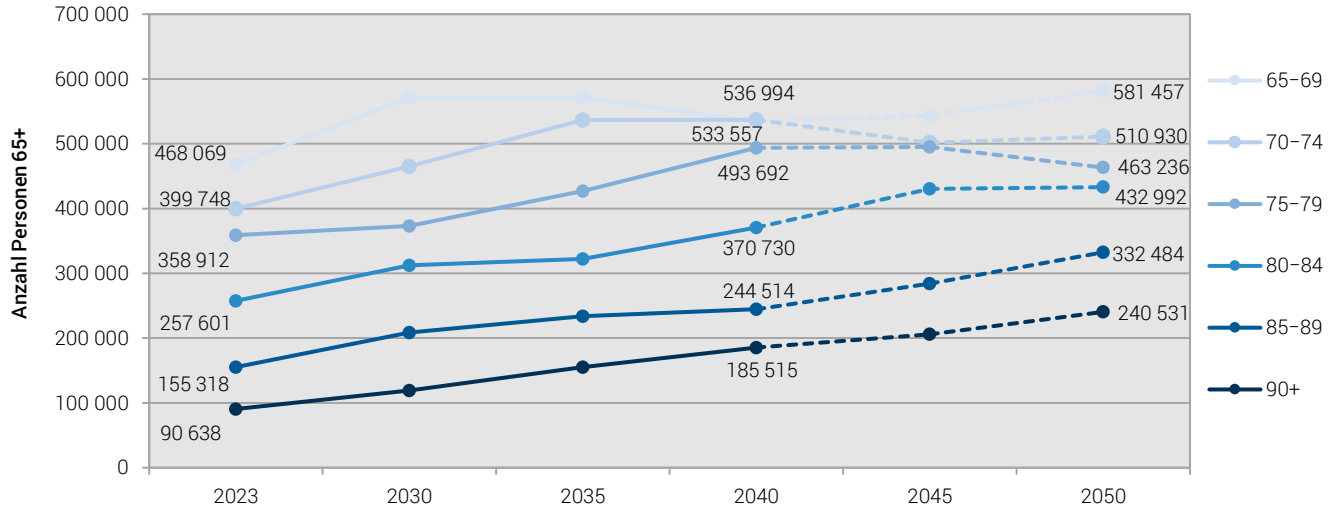
Die ältere Bevölkerung wird weit über das Jahr 2050 hinaus stark weiterwachsen, was auf die Kinder der Babyboomer und Migrationszuflüsse zurückzuführen ist

Anhand von Fünfjahresaltersklassen lässt sich eine differenzierte Entwicklung bis 2050 aufzeigen (siehe G 4.4 und T 4.1). Insgesamt wachsen zwischen 2023 und 2050 alle höheren Altersklassen deutlich an, wobei die 65- bis 69-Jährigen vergleichsweise am schwächsten wachsen (+24,2%) und die beiden obersten Altersklassen mehr als eine Verdoppelung zeigen (85–89: +114,1% und 90+: 165,4%).

In Grafik G 4.4 lässt sich die Welle der Babyboomer über die Zeit gut nachvollziehen. Die Altersklasse 65–69 wächst bis 2030 stark an und erreicht 2030 bis 2035 ein Plateau, das sich über die weiteren Altersklassen (70–74, 75–79 und 80–85) um fünf Jahre nach hinten verschiebt. Dieses Plateau entspricht dem oberen Gipfel in der Bevölkerungspyramide (bei ungefähr 60 Jahren im Jahr 2023 in G 4.2) und es wird sich auch über die nicht abgebildeten Jahre 2055+ in den Altersklassen 85–89 und 90+ zeigen.

Die Bevölkerungspyramide lässt einen zweiten unteren Gipfel (bei ungefähr 34 Jahren im Jahr 2023) erkennen, der bis 2040 deutlich wachsen und seine Spitze bei einem Alter von 50 Jahren liegen wird (siehe G 4.2). Dieser zweite Gipfel setzt sich aus den Kindern der Babyboomer und aus Migrationszuflüssen zusammen (Kohli & Probst, 2025). Folglich ist nach Abklingen der Welle der Babyboomer ein Wiederanstieg ab 2045 in der Altersklasse

G 4.4 Entwicklung der Bevölkerung 65+ nach Fünfjahresaltersklassen, mittleres Bevölkerungsszenario des BFS, Schweiz, 2023–2050



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2025

65–69 zu sehen. Diese zweite Welle wird sich analog zum Babyboomer-Plateau entwickeln und in der Zeitspanne von 2050 bis 2070 über die weiteren Altersklassen nach hinten verschieben. Aufgrund dessen dürfte auch nach dem Jahr 2050 mit einem deutlichen Bedarfswachstum in der Alters- und Langzeitpflege bis mindestens 2070 zu rechnen sein.

4.2.2 Bevölkerungsszenarien 2020 und 2025 im Vergleich

In der bisherigen nationalen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) wurden die Bevölkerungsszenarien von 2020 verwendet, während in der vorliegenden Bedarfsprognose die neuen Bevölkerungsszenarien 2025 zur Verfügung stehen. Folglich sind für die Interpretation und den Vergleich der beiden Bedarfsprognosen die Unterschiede zwischen den Bevölkerungsszenarien 2020 und 2025 von besonderem Interesse. In Kohli und Probst (2025) werden die zugrundeliegenden Annahmen der Bevölkerungsszenarien ausgeführt sowie die drei Hauptunterschiede zwischen 2020 und 2025 kurz erläutert. Bei letzterem handelt es sich um erhöhte Wanderungssaldi, tiefere Hypothesen zur Geburtenhäufigkeit und – für die vorliegende Studie besonders relevant – erhöhte Hypothesen zur Sterblichkeit.

In den aktualisierten Bevölkerungsszenarien 2025 fällt das Wachstum in den höheren Altersklassen geringer aus als in den Bevölkerungsszenarien 2020

In ganzheitlicher Betrachtung fallen die aktualisierten Bevölkerungsszenarien 2025 des BFS leicht niedriger aus als die Bevölkerungsszenarien 2020 (Kohli & Probst, 2025). Die Differenz für die gesamte Bevölkerung beträgt für das Jahr 2040 insgesamt –45 107 Personen (–0,5%) weniger, während es für das Jahr 2050 insgesamt –118 377 Personen (–1,1%) weniger sind als zuvor. In der altersdifferenzierten Betrachtung wird ersichtlich, dass es in den höheren Altersklassen deutlich stärkere Abweichungen gibt als um die 1%-Marke (siehe G 4.5 obere Hälfte). Im mittleren Szenario beträgt die geschätzte Anzahl Personen –3,3% weniger im Jahr 2040 und –4,2% weniger im Jahr 2050. Geringer fällt die Differenz im hohen Szenario aus: –2,4% im Jahr 2040 und –2,3% im Jahr 2050. Im tiefen Szenario ist die stärkste Abweichung zwischen den beiden Bevölkerungsszenarien 2020 und 2025 zu beobachten: –4,3% im Jahr 2040 und –6,3% im Jahr 2050. Die Abweichungen innerhalb der Altersklasse 65+ sind in erster Linie auf die älteren Alten (80+) zurückzuführen.

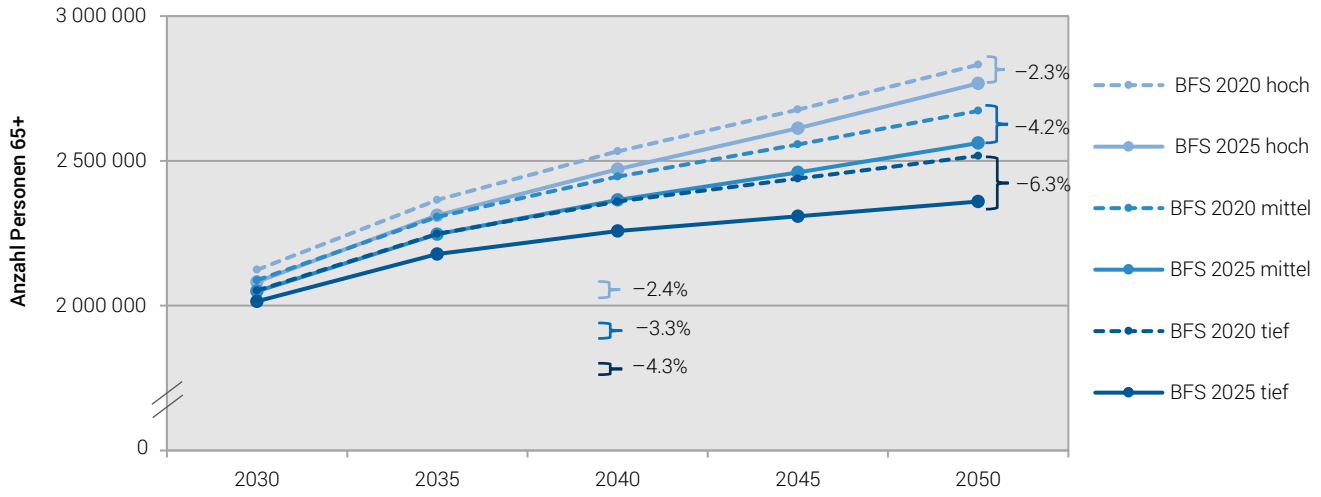
Je höher die Altersklasse, desto stärker die Differenzen zwischen den Bevölkerungsszenarien 2020 und 2025

In der altersdifferenzierten Betrachtung (von Personen 65+) des mittleren Szenarios ist zu sehen, dass es vor allem die Personen 80+ sind, die deutlich niedriger geschätzt werden (siehe G 4.5 untere Hälfte).[17] Der Grund hierfür sind vor allem die neu höheren Hypothesen zur Sterblichkeit in den Bevölkerungsszenarien 2025 des BFS gegenüber den Bevölkerungsszenarien 2020 (vergleich Kohli & Probst, 2025). Im Jahr 2040 ist von einem Unterschied von –6,2% auszugehen, während es im Jahr 2050 fast –10% sein könnten. Im Unterschied hierzu zeigt sich bei den 65- bis 79-Jährigen ein geringerer Unterschied zwischen dem mittleren Bevölkerungsszenario 2020 und 2025: –1,7% im Jahr 2040 und –0,3% im Jahr 2050.

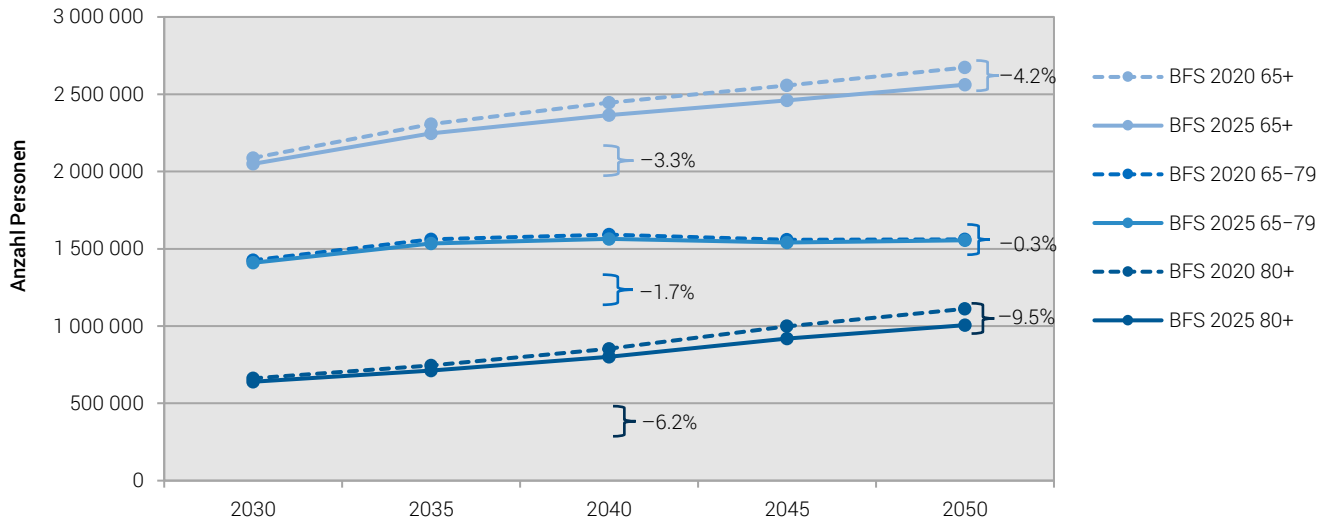
[17] Hier nicht abgebildete Analysen zeigen in der Betrachtung des gesamten Altersspektrum 0–99+, dass die mit Abstand stärkste Differenz zwischen dem mittleren Bevölkerungsszenario 2020 und 2025 in der Altersklasse 90+ zu finden ist: Im Jahr 2040 beträgt die Differenz –15,1% und im Jahr 2050 –19,9%.

G 4.5 Vergleich der Bevölkerungsszenarien des BFS 2020 und 2025, 2030–2050

Die drei Bevölkerungsszenarien im Vergleich für die Altersklasse 65+



Das mittlere Bevölkerungsszenario im Vergleich für die Altersklasse 65+, 65–79 und 80+



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

5 Bedarfsprognose

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie sich der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege bis ins Jahr 2040 beziehungsweise 2050 entwickeln könnte. Es werden die Ergebnisse des Status-Quo-Szenario unter der Annahme *ceteris paribus*[18] und die beiden versorgungspolitischen Szenarien der alternativen Versorgung jeweils nach Struktur präsentiert. Die Ergebnisse des **Status-Quo-Szenario** haben eine zusätzliche Benchmark-Funktion, da diesem die Szenarien der alternativen Versorgung gegenübergestellt werden können, womit die Auswirkung einer veränderten Versorgungspolitik abgeschätzt werden können. Die hier präsentierten Ergebnisse der beiden **versorgungspolitischen Szenarien** basieren ebenfalls auf dem mittleren Bevölkerungsszenario und dem epidemiologischen Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer.

Am Ende von diesem Kapitel findet ein Vergleich der vorliegenden Bedarfsprognose mit der früheren nationalen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) statt und es wird aufgezeigt, in welchem Ausmass die verschiedenen bedarfstreibenden Faktoren (z. B. die neuen Bevölkerungsszenarien 2025 oder die neue Ausgangssituation im Datenreferenzjahr 2023) für die Unterschiede zwischen den beiden Bedarfsprognosen verantwortlich sind.

Mit dem tiefen beziehungsweise dem hohen Bevölkerungsszenario des BFS und den epidemiologischen Szenarien der verkürzten beziehungsweise der verlängerten Pflegedauer stehen weitere Szenarien zur Verfügung, die miteinander kombiniert werden können und so zu weiteren Bedarfsprognosen führen. Dieser Ergebnisse können wiederum mit dem Status-Quo-Szenario verglichen werden und dienen unter anderem dazu Bandbreiten möglicher Entwicklungen aufzuzeigen sowie Unsicherheiten in den Analysen zu berücksichtigen.

Folglich ist es wichtig, die hier präsentierten Ergebnisse nicht als Punktschätzer zu interpretieren, sondern in der Interpretation darauf zu achten, dass sich der tatsächliche zukünftige Bedarf innerhalb dieser **Bandbreiten** bewegen kann. In Kapitel 6 wird mittels Sensitivitätsanalysen gezeigt, wie der Bedarf variieren könnte, wenn unterschiedliche Annahmen in der demografischen oder epidemiologischen Entwicklung im Modell berücksichtigt werden.

5.1 Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen

Im Referenzjahr 2023 leben in Pflegeheimen 85 568 Personen[19] 65+ und es stehen 92 165 Langzeitbetten für ebendiese Altersklasse zur Verfügung (siehe G 5.1).

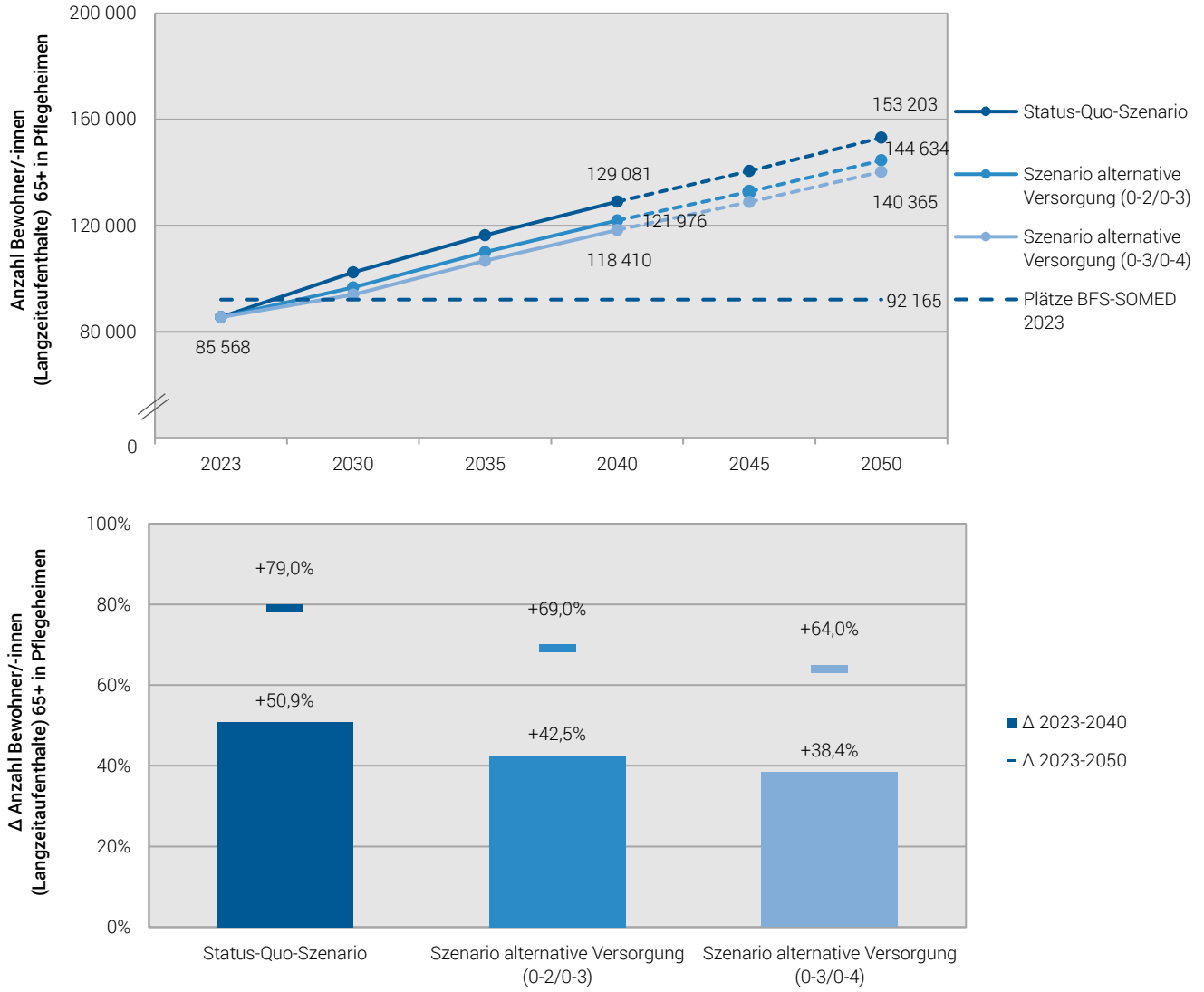
Bis ins Jahr 2040 wird die Anzahl der Personen in einem Langzeitaufenthalt um mehr als die Hälfte wachsen, wobei vor allem das starke Wachstum der Bevölkerung 80+ das Bedarfswachstum antreibt

Im Status-Quo-Szenario nimmt die Anzahl Personen in einem Langzeitaufenthalt bis 2040 um mehr als die Hälfte (+50,9%) zu. Dies entspricht 129 081 Personen und somit +36 916 zusätzlich benötigter Langzeitbetten (+40,1%) gegenüber 2023 (siehe G 5.1). Bei einer Durchschnittsgrösse von 59 Betten pro Pflegeheim würde dies +626 zusätzlichen Pflegeheimen gegenüber 2023 entsprechen (siehe Tabelle T 5.1). Über den weiteren Prognosehorizont bis 2050 ist mit kontinuierlichem Wachstum auf 153 203 Personen (+79,0%) zu rechnen, was +61 038 (+66,2%) zusätzlichen Langzeitbetten entspricht oder +1035 zusätzlichen Pflegeheimen.

[18] Lateinisch für «unter sonst gleichen Bedingungen». Im Status-Quo-Szenario wird davon ausgegangen, alle Bedingungen gleichbleiben wie im Referenzjahr: gleiche Inanspruchnahmeraten und gleiches Ausmass der Pflegebedürftigkeit.

[19] Die Bewohnenden werden für ihre Aufenthaltsdauer gewichtet, womit die prognostizierte Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit den zukünftig benötigten Langzeitbetten gleichgesetzt werden kann.

G 5.1 Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitaufenthalten, Schweiz, 2023–2050



Schweiz	Platzangebot 2023	Zusätzlicher Bettenbedarf			
		Δ 2023-2040		Δ 2023-2050	
	N	N	%	N	%
Status-Quo-Szenario	92 165	+36 916	+40.1%	+61 038	+66.2%
Szenario alternative Versorgung (0-2/0-3)	92 165	+29 811	+32.3%	+52 469	+56.9%
Szenario alternative Versorgung (0-3/0-4)	92 165	+26 245	+28.5%	+48 200	+52.3%

Anmerkung: Bewohnerinnen und Bewohner des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

T 5.1 Schätzung der zusätzlich benötigten Pflegeheime bis 2040 und 2050 auf Basis der durchschnittlichen Grösse von 59 Langzeitbetten pro Pflegeheim

Schweiz	Geschätzte Anzahl zusätzlich benötigter Pflegeheime			
	2040		2050	
	Zusätzliche Betten	Zusätzliche Pflegeheime	Zusätzliche Betten	Zusätzliche Pflegeheime
Status-Quo-Szenario	+36 916	+626	+61 038	+1 035
	[+54 335]	[+921]		
Szenario 0-2/0-3	+29 811	+505	+52 469	+889
	[+44 224]	[+750]		
Szenario 0-3/0-4	+26 245	+445	+48 200	+817
	[+40 321]	[+683]		

Anmerkungen: Die Werte in Klammern [+921] entsprechen den Schätzungen von 2019, die ebenfalls auf der durchschnittlichen Grösse von 59 Langzeitbetten beruhten.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

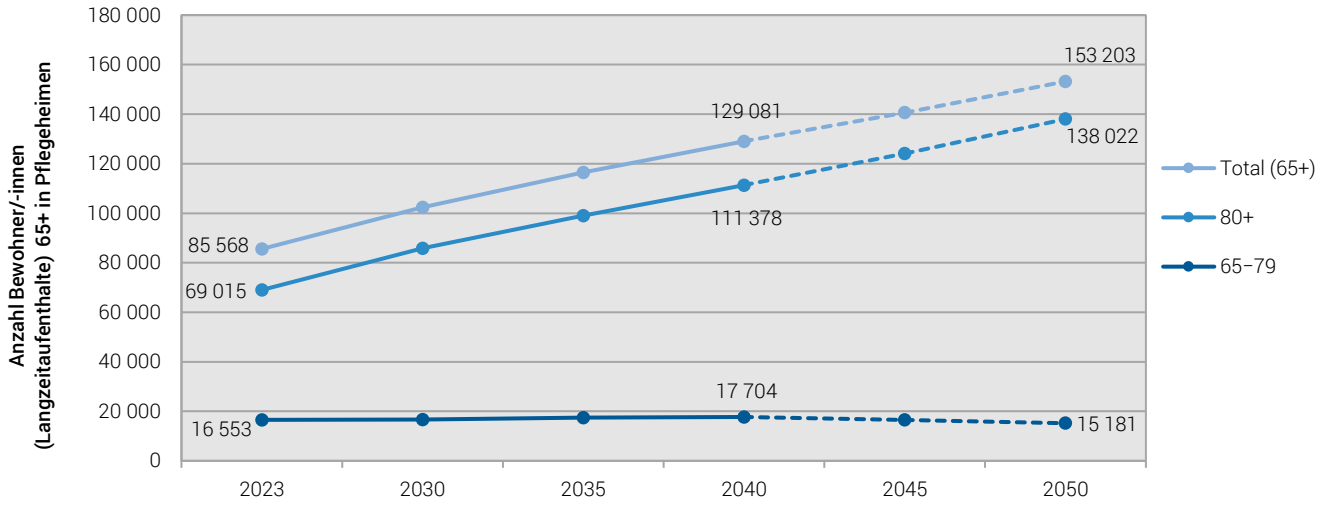
In der altersdifferenzierten Betrachtung des Status-Quo-Szenarios wird ersichtlich, dass es in erster Linie die Bewohnerinnen und Bewohner 80+ sind, die stark wachsen werden (siehe G 5.2). Bis ins Jahr 2040 wird diese Altersklasse um +61,4% zunehmen, während sie sich bis ins Jahr 2050 verdoppeln (+100,0%) wird. Im Vergleich hierzu wird die jüngere Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen bis ins Jahr 2040 um +7,0% wachsen und sich bis 2050 auf gesamtschweizerischem Niveau gar reduzieren (–8,3%). Im Jahr 2023 sind 16 553 Bewohnerinnen und Bewohner in den Langzeitaufenthalten 65- bis 79-jährig, während es im Jahr 2050 noch 15 181 Personen sind (–1372 Personen).

Eine Verlagerung von tiefen Pflegestufen ins Ambulante und Intermediäre bremst das Bedarfswachstum, es ist aber nach wie vor mit einem starken Bedarfsanstieg an zusätzlichen Langzeitbetten bis 2040+ zu rechnen

In beiden Szenarien der alternativen Versorgung ist bis ins Jahr 2040 nach wie vor mit einem deutlichen – aber tieferen – Bedarfswachstum zu rechnen (siehe G 5.1). Im Szenario 0–2/0–3[20] wird die Anzahl der Personen in Langzeitaufenthalten um +42,5% (gegenüber +50,9% im Status-Quo-Szenario) wachsen, was +29 811 zusätzliche Langzeitbetten sind (+32,3% zusätzlicher Bettenbedarf) oder +505 zusätzlichen Pflegeheimen (siehe Tabelle T 5.1). Im zweiten Szenario 0–3/0–4 nehmen die Bewohnerinnen und Bewohner um +38,4% zu, was +26 245 Langzeitbetten entspricht (+28,5% zusätzlicher Bettenbedarf) oder +445 zusätzlichen Pflegeheimen.

Bis ins Jahr 2050 ist es in beiden Szenarien der alternativen Versorgung mit weiterem Zuwachs um ungefähr zwei Drittel

G 5.2 Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitaufenthalten im Status-Quo-Szenario, Schweiz, 2023–2050



Anmerkung: Bewohnerinnen und Bewohner des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

[20] Für die ambulant-basierte Kantonsgruppe entspricht das erste Szenario der Pflegestufe 0 bis 3 (anstelle von 0 bis 2 wie in den drei anderen Kantonsgruppen) und das zweite Szenario der Pflegestufen 0 bis 4 (anstelle von 0 bis 3). Für Ausführungen siehe Kapitel 2.7.1.

(+69,0% beziehungsweise +64,0% verglichen mit +79,0% im Status-Quo-Szenario) zu rechnen. Folglich würden trotz einer alternativen Versorgung über die Hälfte der im Jahr 2023 verfügbaren Langzeitbetten zusätzlich benötigt: +52 469 beziehungsweise +48 200 zusätzliche Langzeitbetten zu den 2023 vorhandenen 92 165 Langzeitbetten. Das ist ein Bedarfswachstum von +56,9% beziehungsweise +52,3%. Oder anders formuliert: Ersteres währen +889 zusätzliche Pflegeheime, während zweiteres +817 zusätzliche Pflegeheime sind (gegenüber +1035 im Status-Quo-Szenario).

5.2 Spitex

Die Ergebnisse der Bedarfsprognose für die Spitex werden separat nach Pflege und Haushaltshilfe berichtet. Für beide Bereiche werden die zukünftige Anzahl an Klientinnen und Klienten sowie die erbrachten Leistungsstunden präsentiert. Die Ergebnisse sind ausschliesslich für Spitex-Bezügerinnen und -Bezüger ab 65 Jahren dargestellt.

5.2.1 Pflege

Im Referenzjahr 2023 werden 235 095 Personen 65+ pflegerisch durch einen Spitex-Dienst versorgt, was 18,1 Millionen Pflegestunden entspricht (siehe G 5.3). Diese Anzahl entspricht allen Personen, die unter dem Jahr eine pflegerische Leistung beansprucht haben, unabhängig der Pflegedauer.

In der Spitex-Pflege ist ebenfalls mit einem starken Bedarfswachstum zu rechnen, das allerdings geringer ausfällt als in den Langzeitaufenthalten, da die Spitex-Klientel durchschnittlich jünger ist als die Pflegeheimbewohnenden

Im Status-Quo-Szenario steigt die Anzahl an Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege auf 331 570 Personen im Jahr 2040, was einem Wachstum von +41,0% entspricht (siehe G 5.3). Im Jahr 2050 ist mit 375 725 Klientinnen und Klienten zu rechnen (+59,8%). Dementsprechend werden die Leistungsstunden von 18,1 Millionen auf 25,8 Millionen Pflegestunden (+42,1%) bis 2040 beziehungsweise auf 29,5 Millionen Stunden (+62,9%) bis 2050 wachsen. Diese zusätzlichen +7,6 beziehungsweise +11,4 Millionen Pflegestunden würden +7398 beziehungsweise +11 057 zusätzlichen Vollzeitäquivalenten (VZÄ) entsprechen, die zum Pflegepersonalbestand im Jahr 2023 hinzukommen müssten.[21]

Aufgrund der Pflegeheimsubstitution werden die Pflegestunden zuhause bis 2040 und 2050 stark anwachsen

Werden nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden zukünftig zuhause (oder in einer betreuten Wohnform) versorgt, so werden auch am neuen Ort pflegerische Leistungen benötigt. Im Szenario 0–2/0–3 ist von einem Zuwachs von +45,4% (gegenüber +41,0% im Status-Quo-Szenario) bis ins Jahr 2040 zu rechnen, während es im Szenario 0–3/0–4 fast die Hälfte (+47,6%) der Ausgangslage sein dürfte (siehe G 5.3). Bis ins Jahr 2050 dürfte das Wachstum in beiden Szenarien ungefähr zwei Drittel (+65,1% und +67,7% gegenüber 59,8% im Status-Quo-Szenario) betragen.

Deutlicher ins Gewicht fällt die Substitution mit Blick auf die Pflegestunden, da davon ausgegangen wird, dass am neuen Ort dieselbe Pflegediagnose gilt und somit dieselbe Pflegedauer pro Besuch anfallen wird wie in einem Pflegeheim. Folglich werden die 18,1 Millionen Pflegestunden im Jahr 2023 im Szenario 0–2/0–3 auf 27,3 Millionen (+50,9%) ansteigen und im Szenario 0–3/0–4 bis ins Jahr 2040 28,9 Millionen Stunden (+59,6%) erreichen. Dies entspricht einer Zunahme von über der Hälfte der Stunden im Jahr 2023, während es im Status-Quo-Szenario unter 50% sind. Bis ins Jahr 2050 ist von mindestens einem dreiviertel Wachstum auszugehen: 31,4 Millionen (+73,5%) und 33,3 Millionen Stunden (+83,9%).

5.2.2 Haushaltshilfe

Im Referenzjahr 2023 nehmen 98 768 Personen 65+ Haushaltshilfe der Spitex in Anspruch, was 5,2 Millionen Haushaltshilfestunden entspricht (siehe G 5.4). Analog zu Spitex-Pflege können keine Aussagen über die Dauer der Haushaltshilfe gemacht werden.

Im Status-Quo-Szenario ist mit eine Bedarfswachstum von 40% in der Haushaltshilfe bis ins Jahr 2040 auszugehen, sollten sich die Bedingungen gegenüber 2023 nicht verändern

Im Status-Quo-Szenario steigt die Anzahl an Klientinnen und Klienten in der Spitex-Haushaltshilfe auf 139 448 Personen im Jahr 2040, was einem Wachstum von +41,2% entspricht (siehe G 5.4). Bis ins Jahr 2050 ist mit 159 175 Klientinnen und Klienten zu rechnen (+61,2%). In der Folge werden auch die Leistungsstunden ansteigen: Von 5,2 Millionen auf 7,4 Millionen Haushaltshilfestunden (+42,6%) bis ins Jahr 2040 beziehungsweise auf 8,6 Millionen Stunden (+65,0%) bis ins Jahr 2050.

[21] Es handelt sich hierbei um eine Schätzung, die auf 1031,2 jährlichen Pflegestunden pro VZÄ im Jahr 2023 basiert, ohne dabei Wegzeiten, Verwaltungsarbeiten und Haushälterisches einzubeziehen. Im Jahr 2026 wird das Obsan eine Aktualisierung der Personalbedarfsprognosen publizieren, die sich im Detail mit dem zukünftigen Personalbedarf beschäftigen wird.

Die Klientel der Haushaltshilfe wird aufgrund der Substitution stark wachsen, da die stationäre Hotellerie und Verpflegung zuhause substituiert werden müssen

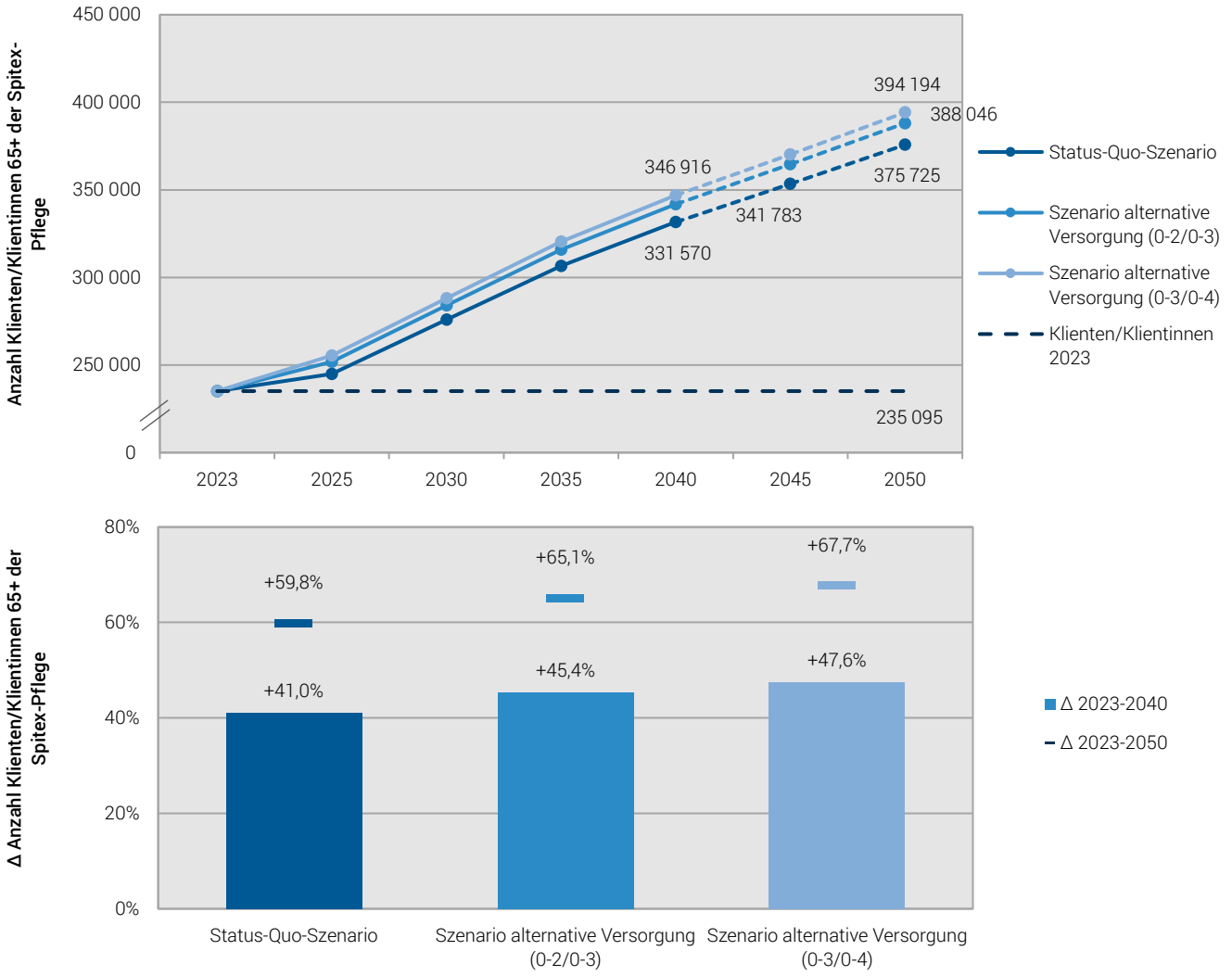
Bei einer alternativen Versorgung von nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden ist davon auszugehen, dass diese Personen zuhause neben der Pflege auch Haushaltshilfe benötigen werden. Die im Pflegeheim erbrachten Leistungen wie Mahlzeiten oder Reinigungsarbeiten entfallen zuhause und müssen teilweise kompensiert werden.

Im Szenario 0–2/0–3 ist von einem Zuwachs um +51,5% (gegenüber +41,2% im Status-Quo-Szenario) bis ins Jahr 2040 zu rechnen, während es im Szenario 0–3/0–4 deutlich über die Hälfte (+56,7%) der Ausgangslage sein dürfte (siehe G 5.4). In Betrachtung bis 2050 ist in beiden Szenarien von einem Wachstum von ungefähr drei Vierteln (+73,6% und +79,9% gegenüber +61,2% im Status-Quo-Szenario) auszugehen. Im Unterschied zu den Klientinnen und Klienten in der Spitex-Pflege fällt hier das Wachstum in der alternativen Versorgung etwas stärker aus, was darauf zurückzuführen ist, dass die Spitex-Haushaltshilfe deutliche weniger Personen versorgt als die Spitex-Pflege und somit die Verlagerung derselben Anzahl Personen hier stärker ins Gewicht fällt.

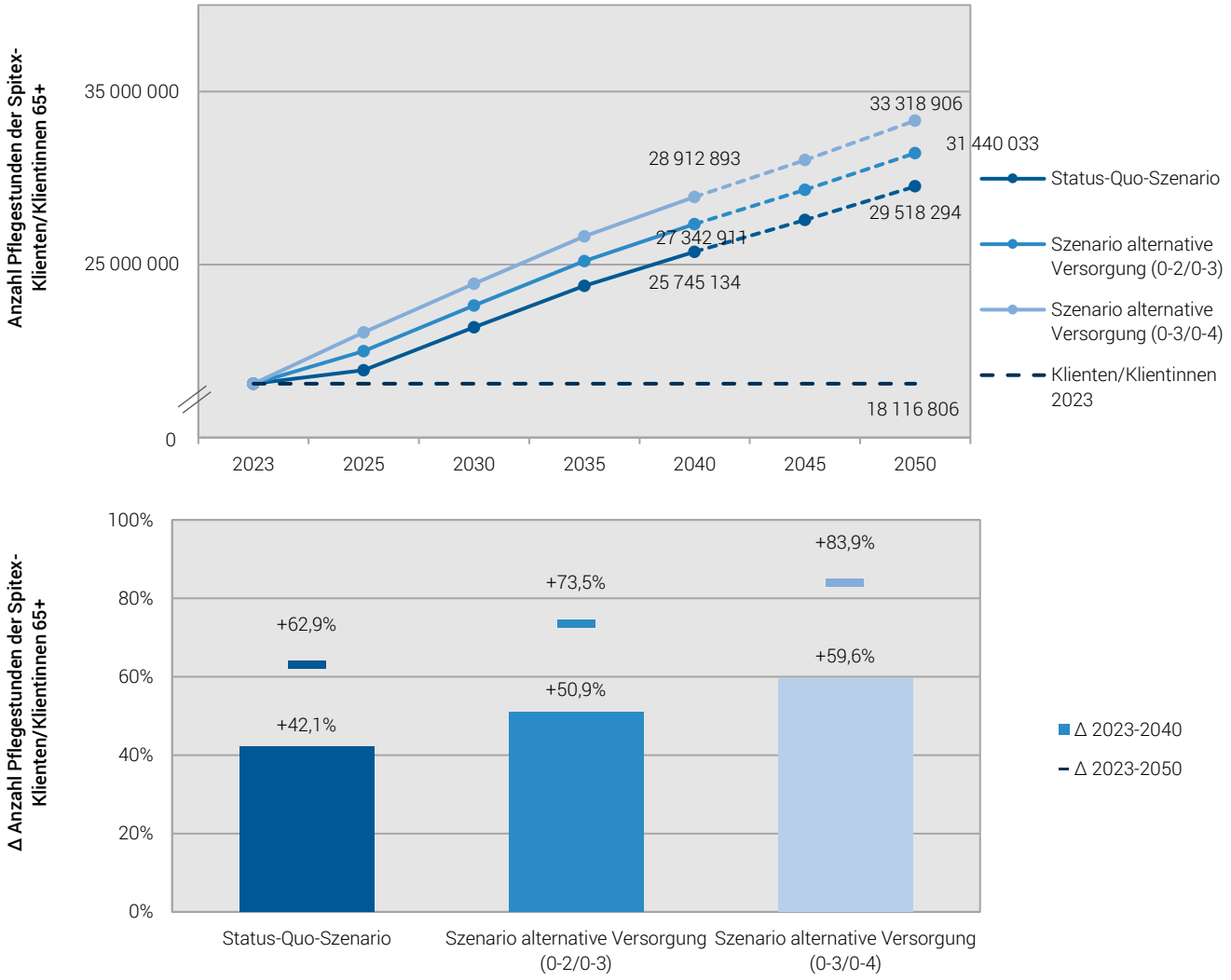
Bezüglich der Haushaltshilfestunden fällt das Wachstum ähnlich aus wie im Bereich der Spitex-Pflege, was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass bei einer Substitution weniger Haushaltshilfestunden anfallen als Pflegestunden (siehe Erläuterungen in Kapitel 2.7.1 zu Substitutionsflüssen). Die 5,2 Millionen Haushaltshilfestunden im Jahr 2023 werden bis ins Jahr 2040 im Szenario 0–2/0–3 auf 7,9 Millionen (+50,5%) ansteigen und im Szenario 0–3/0–4 auf 8,1 Millionen Stunden (+54,4%) erreichen. Gegenüber dem Status-Quo-Szenario sind dies zwischen 8 bis 12 Prozentpunkte mehr. Des Weiteren ist bis ins Jahr 2050 von einem Wachstum um mindestens drei Viertel zu rechnen: 9,1 Millionen (+74,5%) und 9,4 Millionen Stunden (+79,3%) gegenüber +65,0% im Status-Quo-Szenario.

G 5.3 Klientinnen und Klienten sowie der Leistungsstunden in der Spitex-Pflege, Schweiz, 2023–2050

Klientel der Spitex-Pflege



Stunden der Spitex-Pflege



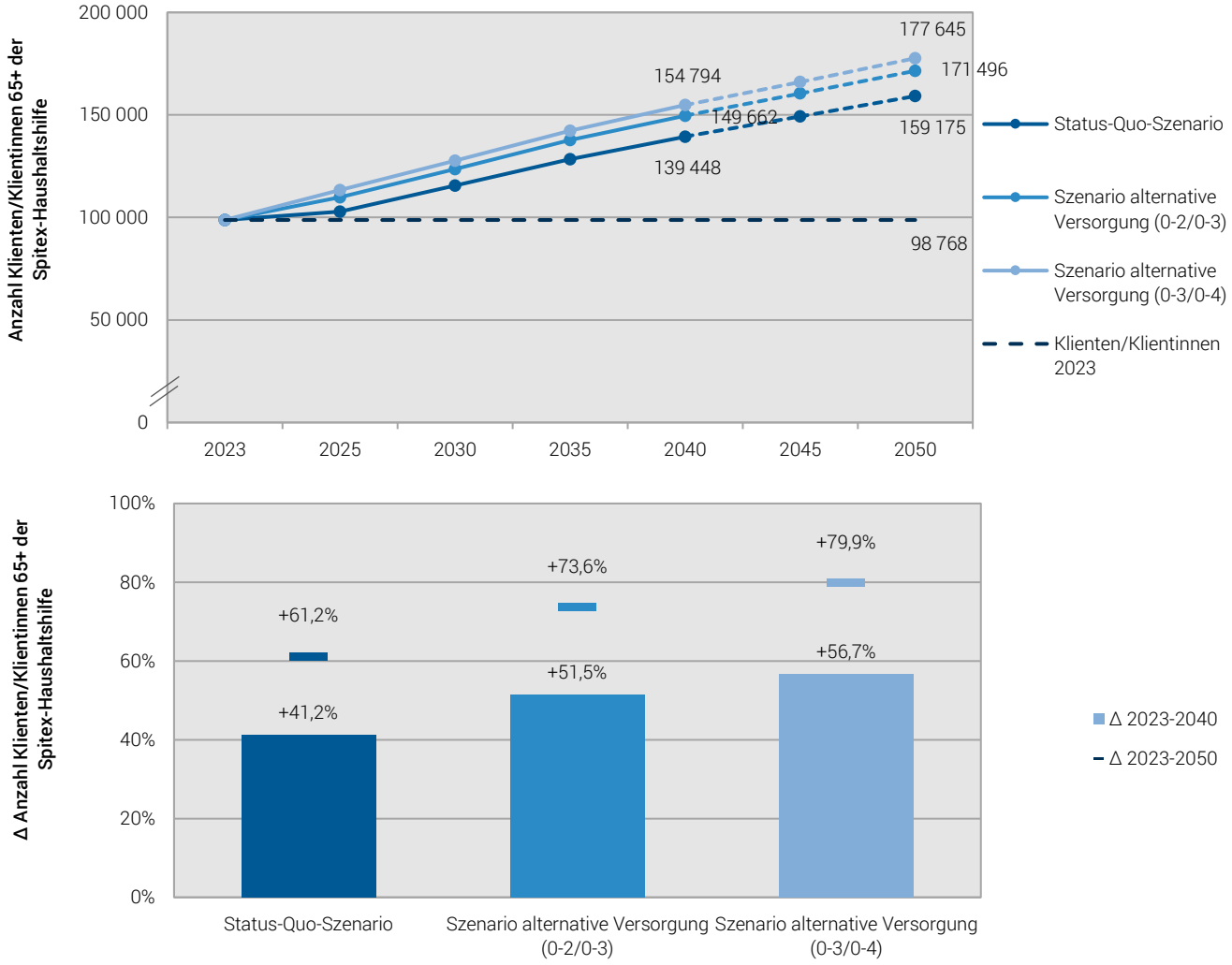
Anmerkung: Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig der Pflegedauer. Die Ergebnisse enthalten Rundungen.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

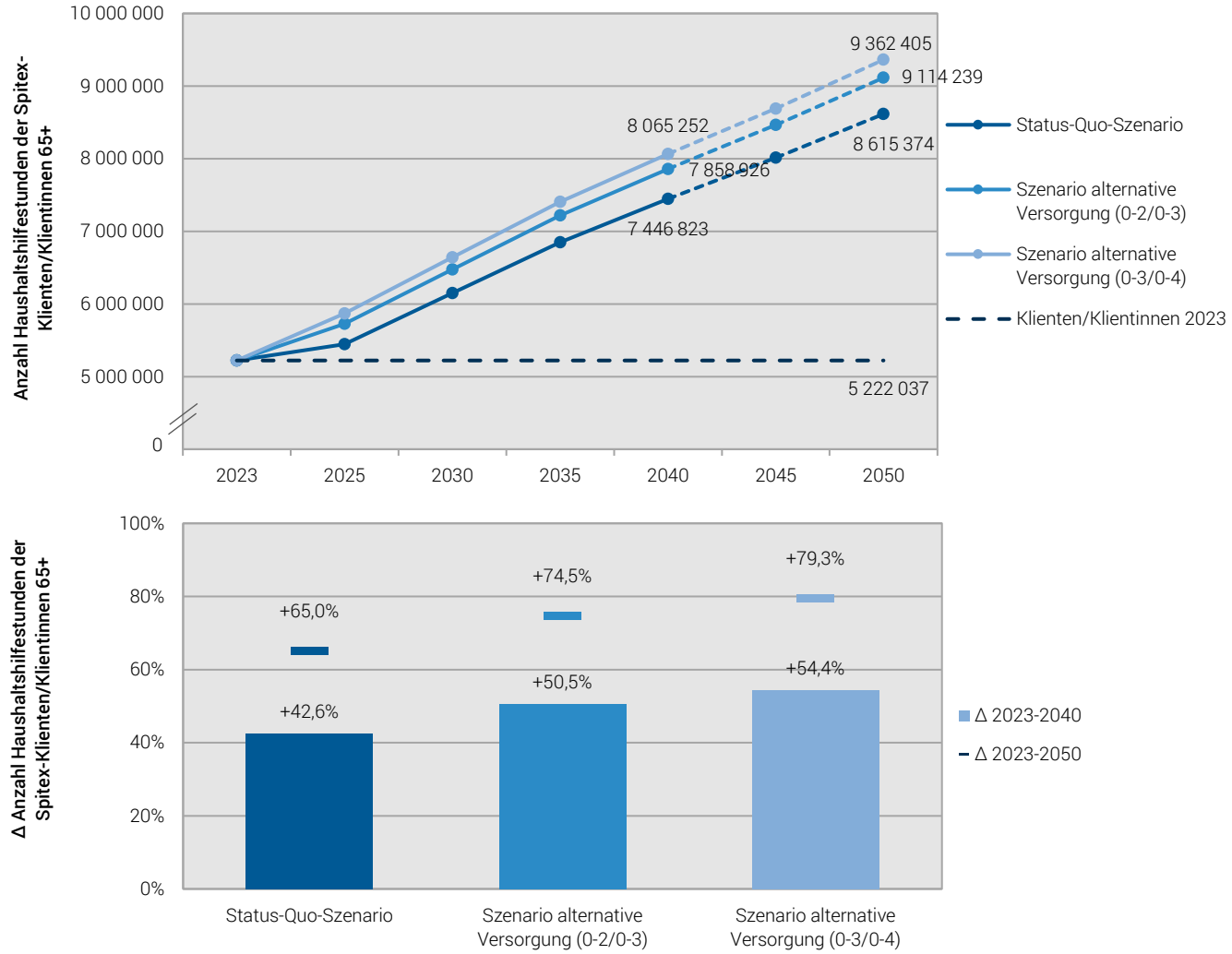
© Obsan 2025

G 5.4 Klientinnen und Klienten sowie der Leistungsstunden in der Spitex-Haushaltshilfe, Schweiz, 2023–2050

Klientel der Spitex-Haushaltshilfe



Stunden der Spitex-Haushaltshilfe



Anmerkung: Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig der Pflegedauer. Die Ergebnisse enthalten Rundungen.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

5.3 Intermediäre Strukturen: Kurzzeitaufenthalte

Im Verlauf des ganzen Jahres 2023 werden die Kurzzeitaufenthalte von 27 048 Personen 65+ in Anspruch genommen, was insgesamt 2341 gewichteten[22] Personen entspricht (siehe G 5.5). Ab Kapitel 5.3 wird für die Kurzzeitaufenthalte die gewichtete Anzahl an Personen berichtet, um den zukünftigen Bedarf an Kurzzeitbetten abzuschätzen und zu beschreiben.

Der Bedarf an Kurzzeitbetten in Pflegeheimen wird sich bis 2040 um die Hälfte steigern

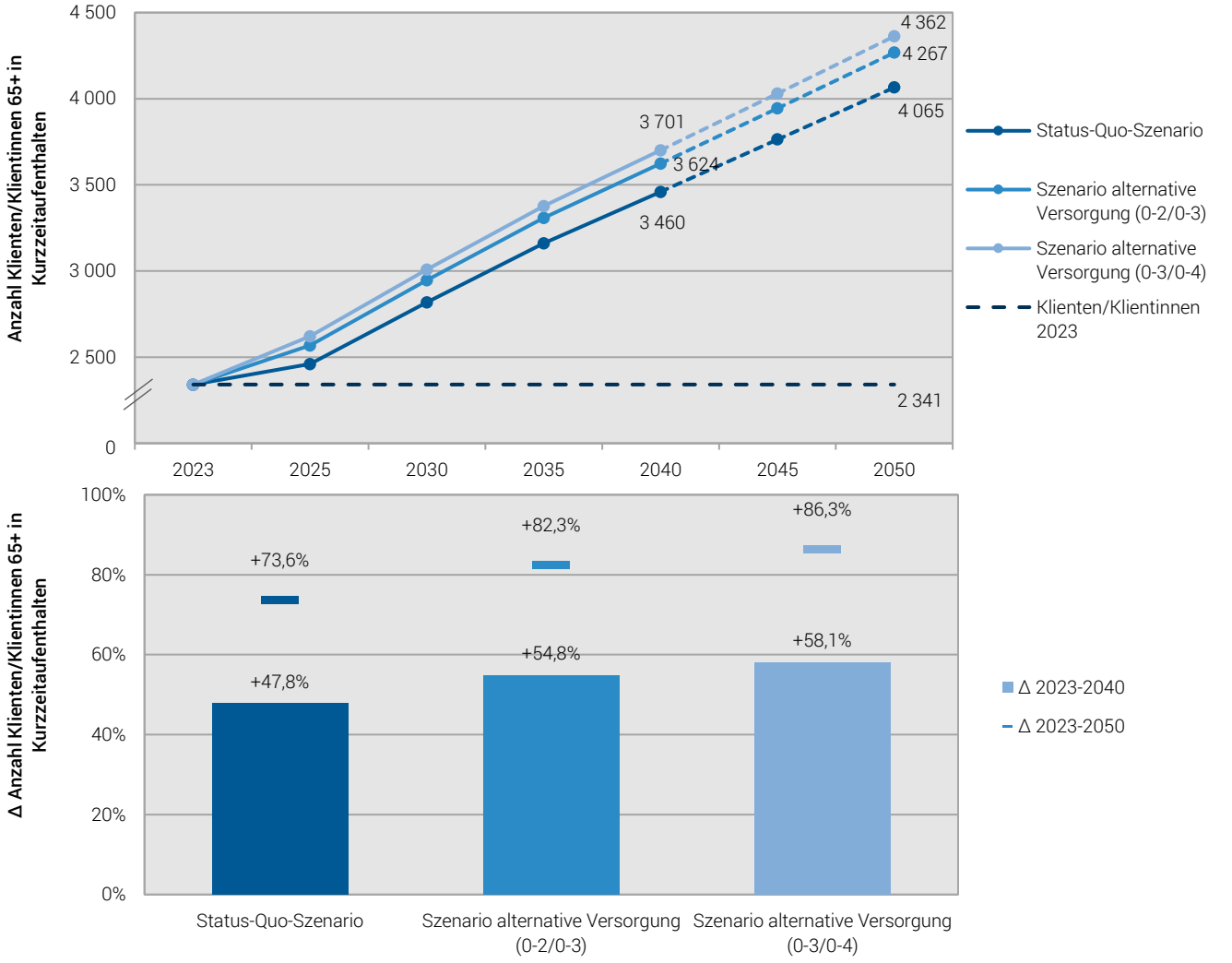
Im Status-Quo-Szenario steigt die Anzahl an Besucherinnen und Besucher in den Kurzzeitaufenthalten von 2341 im Jahr 2023 auf 3460 Personen (+47,8%) im Jahr 2040 (siehe G 5.5). In den nachfolgenden Jahren bis 2050 wird der Bedarf an Kurzzeitbetten auf knapp drei Viertel (+73,6%) der Ausgangslage anwachsen, was 4065 Betten entsprechen wird.

[22] Analog zu den Langzeitaufenthalten werden Personen in Kurzzeitaufenthalten für ihre Aufenthaltsdauer gewichtet, womit die gewichtete Anzahl Personen mit den benötigten Kurzzeitbetten gleichgesetzt werden kann.

Die Substitution der niedrigen Pflegestufen der Langzeitplätze erhöht die Inanspruchnahme des intermediären Bereichs zusätzlich

Werden mehr Personen ausserhalb der Pflegeheime versorgt, so ist auch davon auszugehen, dass diese Personen zukünftig temporäre Entlastungsangebot annehmen werden. In beiden Szenarien der alternativen Versorgung ist bis ins Jahr 2040 ein Bedarfswachstum von über 50% zu erwarten: Im Szenario 0–2/0–3 wird die Anzahl der Personen in Kurzzeitaufenthalten um +54,8% (gegenüber +47,8% im Status-Quo-Szenario) zunehmen, was 3624 Personen entspricht, während es im Szenario 0–3/0–4 insgesamt +58,1% sind oder 3701 Personen (siehe G 5.5). Bis ins Jahr 2050 wird der Bedarf an Kurzzeitbetten weiter steigen: Im Szenario 0–2/0–3 um +82,3% (gegenüber +73,6% im Status-Quo-Szenario) auf 4267 Personen und im Szenario 0–3/0–4 um +86,3% auf 4362 Personen.

G 5.5 Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen, Schweiz, 2023–2050



Anmerkung: Besucherinnen und Besucher des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

5.4 Vergleich der Bedarfsprognosen 2022 und 2025

In den beiden nachfolgenden Kapiteln wird auf die Unterschiede zwischen der aktualisierten und der vorherigen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) eingegangen. Dabei werden zuerst die absoluten wie auch prozentualen Abweichungen in den vergleichbaren Jahren 2030, 2035 und 2040 für alle drei Bevölkerungsszenarien geschildert (siehe Kapitel 5.4.1; sowie K 5.1). Anschliessend wird anhand des Status Quo Szenario aufgezeigt, in welchem Ausmass die jüngsten Entwicklungen und die neuen Bevölkerungsszenarien zu den Abweichungen beitragen (siehe Kapitel 5.4.2).

5.4.1 Inwieweit weichen die Bedarfsprognosen voneinander ab?

Der zukünftige Bedarf an Langzeitbetten fällt nach wie vor hoch aus, wenn auch geringer als in der nationalen Bedarfsprognose von 2022

In der oberen Hälfte der Grafik G 5.6 werden die Ergebnisse der damaligen Bedarfsprognosen der Langzeitaufenthalte mit Datenreferenzjahr 2019 und Bevölkerungsszenarien 2020 (graue gestrichelte Linien) mit den neuen Ergebnissen verglichen. Dabei fallen vier Besonderheiten auf. Erstens fallen die neuen Bedarfsprognosen auf Basis der Bevölkerungsszenarien 2025 tiefer aus. Im Jahr 2040 sind im mittleren Szenario neu 129 081 Personen zu erwarten gegenüber der prognostizierten 145 760 Personen aus der bisherigen Bedarfsprognose, was einer Abweichung von –11,4% entspricht.

Zweitens ist gut zu sehen, dass die Abweichungen in den Jahren 2030, 2035 und 2040 zwischen den beiden tiefen Szenarien jeweils am höchsten ausfallen von –9,2% über –12,3% zu –16,1%, während die Abweichungen mit –7,0% über –5,9% zu –6,2% in den beiden hohen Szenarien am niedrigsten sind. Die Abweichungen in den beiden mittleren Szenarien liegen jeweils dazwischen.

Drittens zeigt sich, dass sich die Unterschiede zwischen den drei Bevölkerungsszenarien über die Zeit akzentuieren. Im Jahr 2030 betragen die Differenzen zwischen den drei Bevölkerungsszenarien ungefähr einen Prozentpunkt, während es im Jahr 2035 ungefähr drei Prozentpunkte sind. Bis ins Jahr 2040 sind es gut ungefähr fünf Prozentpunkte.

Viertens ist zu sehen, dass die Bandbreite – d. h. die Spannweite der Bedarfsprognosen von der oberen Grenze (hohes Szenario) zur unteren Grenze (tiefes Szenario) – mit den neuen Bevölkerungsszenarien breiter ausfällt als mit den Szenarien von 2020.

Der zukünftige Bedarf an Spitex-Pflege fällt in den aktualisierten Bedarfsprognosen höher aus als bis anhin angenommen

Im Gegensatz zur Bedarfsprognose der Langzeitaufenthalte fällt der Bedarf in der Spitex-Pflege in den Jahr 2030, 2035 und 2040 höher aus als in der nationalen Bedarfsprognose von 2022 (siehe G 5.6 unter Hälfte). Im Jahr 2040 sind im mittleren Szenario 331 570 Personen zu erwarten gegenüber der prognostizierten 296 764 Personen aus der bisherigen Bedarfsprognose (+11,7%).

Über den Prognosehorizont hinweg reduzieren sich die Abweichungen in den mittleren und tiefen Szenarien, während sie in den hohen Szenarien eine nahezu konstante Abweichung von ungefähr 15% zeigen. Zudem nehmen die Abweichungen zwischen den drei Szenarien von ungefähr einem Prozentpunkt im Jahr 2030 auf ungefähr zwei Prozentpunkte im Jahr 2035 und ungefähr vier Prozentpunkte im Jahr 2040 zu.

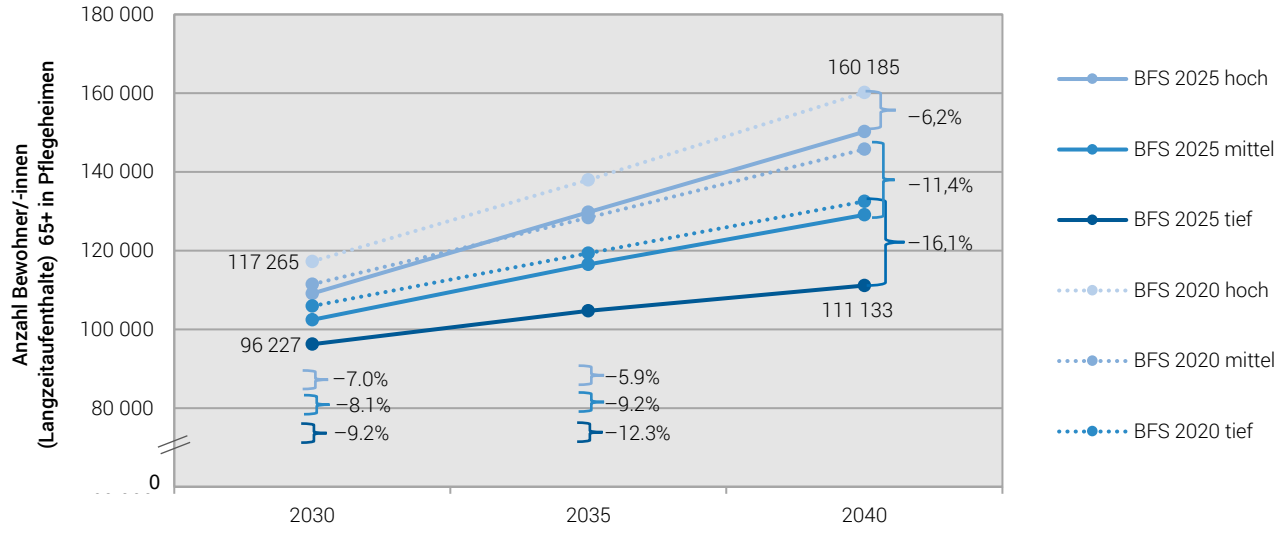
K 5.1 Abweichungen zwischen den bisherigen und den aktualisierten Bedarfsprognosen (Obsan Bericht 2022 und 2025)

Die vorliegenden Ergebnisse der Bedarfsprognosen wurden mit demselben Obsan-Prognosemodell erstellt, wie die Ergebnisse der früheren nationalen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022). Die strukturspezifischen Differenzen zwischen den beiden Bedarfsprognosen resultieren aus zwei Aspekten: den neuen Bevölkerungsszenarien und den jüngsten Entwicklungen im Versorgungsbereich seit 2019.

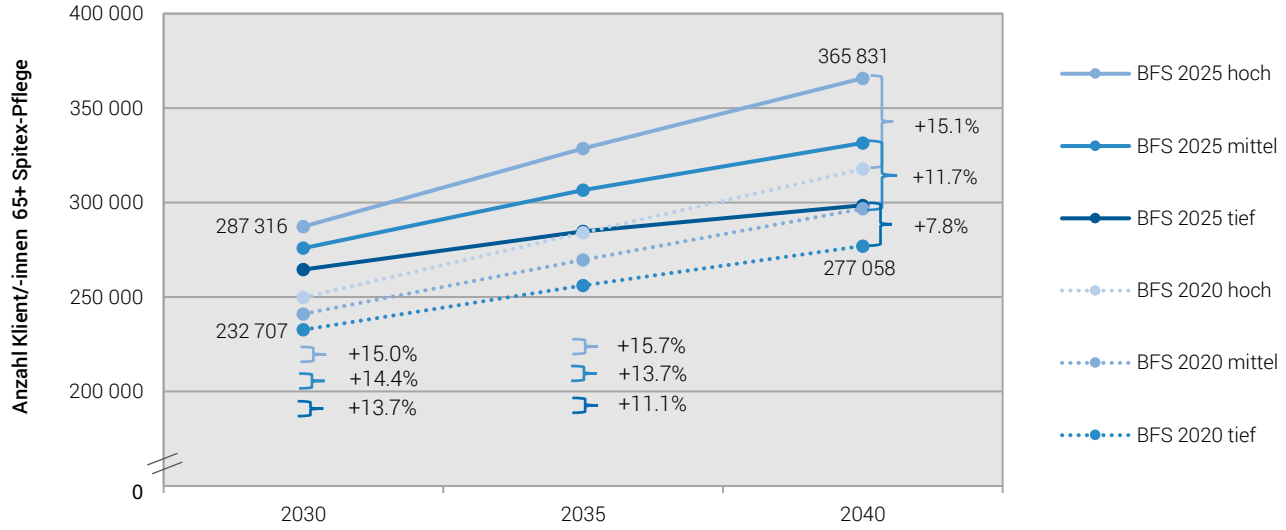
Die neuen Bevölkerungsszenarien weichen in den höheren Altersklassen deutlich von den 2022 verwendeten Szenarien ab. Die Datenausgangslage spiegelt die Weiterentwicklung des Versorgungsbereichs, die soziodemografische Struktur der Klientel oder das veränderte Inanspruchnahmeverhalten. Sie basiert auf den neusten Daten (z. B. SOMED des Jahres 2023). In Kombination mit den Bevölkerungsszenarien, ergeben sich zwangsläufig Differenzen in den Bedarfsprognosen.

G 5.6 Vergleich der Bedarfsprognose 2022 und 2025, Schweiz, 2030–2040

Langzeitaufenthalte



Spitex-Pflege



Anmerkung: Allen abgebildeten Bedarfsprognosen unterliegt das epidemiologische Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und sie gehen von keiner Veränderung der Versorgungspolitik aus.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2020, 2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan © Obsan 2025

5.4.2 Worin liegen die Ursachen für die Abweichungen?

Für die Abweichungen zwischen den Bedarfsprognosen von 2022 (mit Datenreferenzjahr 2019) und den vorliegenden Bedarfsprognosen (mit Datenreferenzjahr 2023) gibt es zwei Faktoren, die in unterschiedlichem Ausmass für die Abweichungen verantwortlich sind: Die neuen Bevölkerungsszenarien und die jüngsten Entwicklungen im gesamten Versorgungsbereich seit 2019.

Um den jeweiligen Einfluss aufzuzeigen, wurde das Status-Quo-Szenario der bisherigen nationalen Bedarfsprognose schrittweise auf die aktualisierte Bedarfsprognose angepasst. Vereinfacht gesagt, wird die Modellierung der bisherigen Bedarfsprognose in einem ersten Schritt mit der neuen Situation (d. h. beispielsweise unter Verwendung der Inanspruchnahmeraten von 2023 anstelle der von 2019) vorgenommen. Im zweiten Schritt werden die neuen Bevölkerungsszenarien 2025 (anstelle der Szenarien 2020) integriert. Auf diese Weise wird schrittweise ersichtlich, welchen Einfluss ein Faktor auf die Bedarfsprognosen hat.

Die jüngsten Entwicklungen widerspiegeln sich in den Datenquellen des BFS

Die jüngsten Entwicklungen umfassen Aspekte wie die Integration der neuen Längsschnitt-Sterbetafeln des BFS in das Prognosemodell, aber es sind vor allem Verhaltensänderungen, die sich mittlerweile in den Datenquellen niederschlagen. Hierbei handelt es sich beispielsweise um den Wunsch möglichst lange autonom zuhause zu leben und nicht ins Pflegeheim zu ziehen. Ein Bedürfnis der älteren Bevölkerung, das sich seit 2019 mit der zwischenzeitlichen Covid-19-Pandemie verstärkt hat. Zudem führen versorgungspolitische Massnahmen wie der Ausbau der ambulanten und intermediären Strukturen zu einer Anpassung des Inanspruchnahmeverhaltens.

Die jüngsten Entwicklungen seit 2019 führen vor allem in der Spitex-Pflege zu einer grossen Abweichung

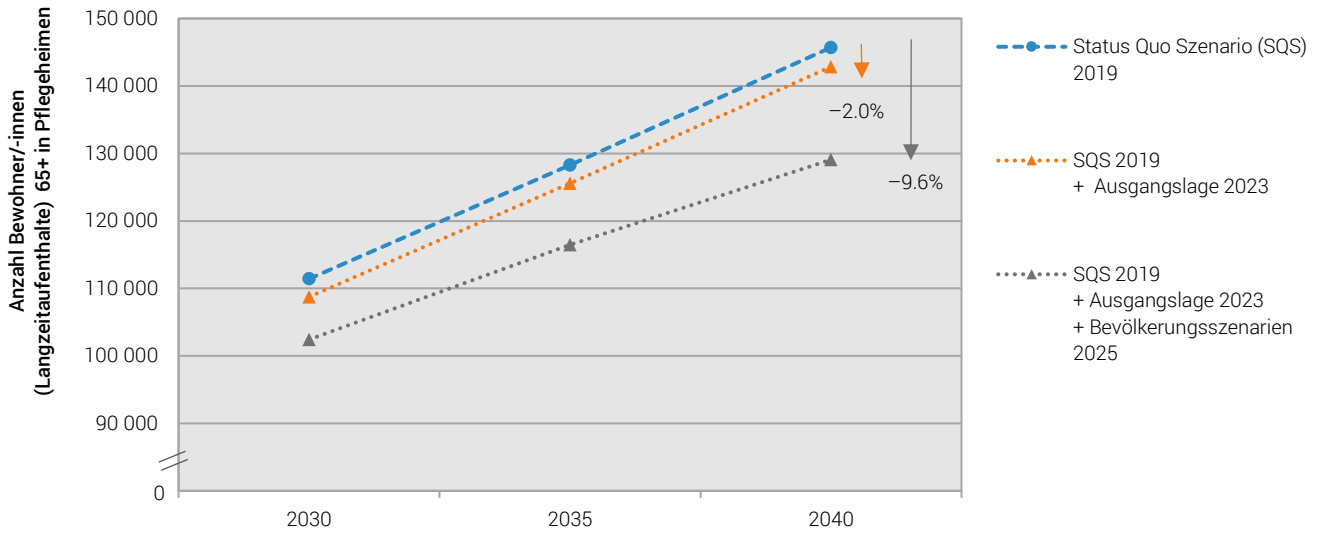
Die jüngsten Entwicklungen führen in den Langzeitaufenthalten und der Spitex-Pflege zu einem gegensätzlichen Effekt: Während der Bedarf der Langzeitbetten bis ins Jahr um –2,0% niedriger ausfällt, so ist er in der Spitex-Pflege um +19,3% höher als mit der bisherigen nationalen Bedarfsprognose (siehe G 5.7). Der Grund für die starke Abweichung in der Spitex-Pflege zeigt sich im Vergleich der Klientel von 2019 und 2023, die mit +40 252 Personen stark gewachsen ist (+20,7%; siehe auch G 3.5) und somit eine höhere Inanspruchnahmerate zeigt (2019: 12,2% und 2023: 13,6%; siehe G 3.6). Diese stärkere Inanspruchnahme der Spitex-Pflege deutet auf eine Verhaltensveränderung hin (z. B. das Bedürfnis möglichst lange im angestammten Zuhause verbleiben) und vermutlich ist auch in Zukunft mit einem steigenden Trend zu rechen. Verglichen hiermit fällt die neue Ausgangslage in den Langzeitaufenthalten weniger ins Gewicht: Im Jahr 2040 zeigt sich eine Abweichung von –2,0%, was auf eine Reduktion der Pflegeheimbewohnenden (–535 Personen, –0,6%) von 2019 auf 2023 zurückzuführen ist.

Die neuen Bevölkerungsszenarien haben einen bedarfssenkenden Effekt, allerdings bleibt der zukünftige Bedarf nach wie vor hoch

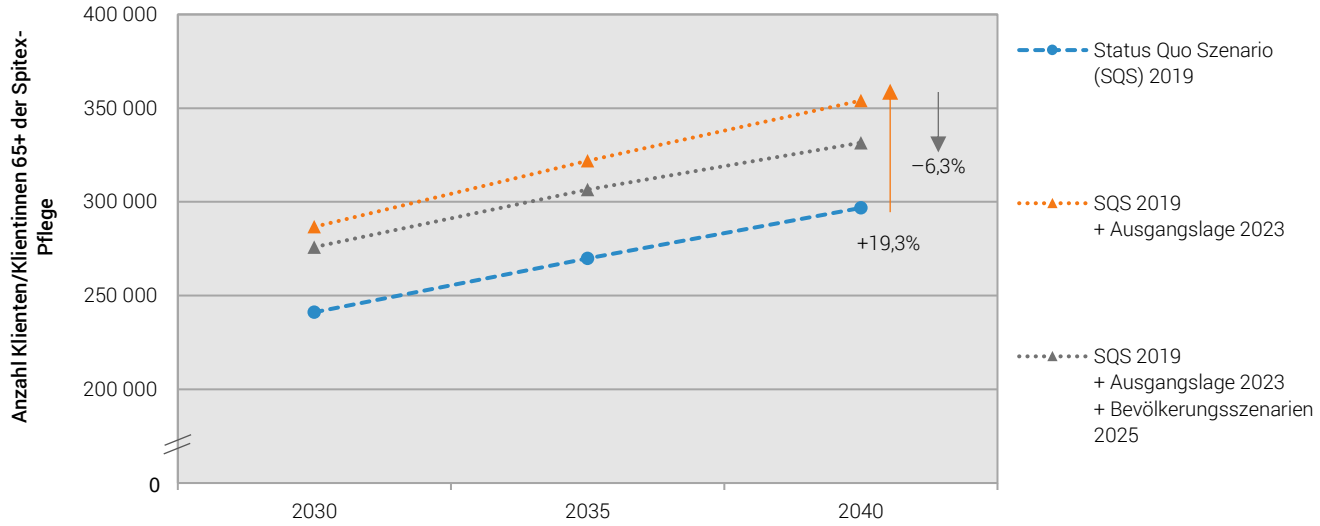
Der Effekte der neuen Bevölkerungsszenarien 2025, die gerade bezüglich der älteren Bevölkerung deutlich niedriger ausfallen als die Szenarien von 2020, haben auf beide Strukturen einen bedarfssenkenden Effekt. In den Langzeitaufenthalten fällt die Abweichung mit –9,6% stärker aus als in der Spitex-Pflege mit –6,3% (siehe G 5.7). Der Grund für diesen Unterschied ist die Altersstruktur der Pflegeheime und der Spitex-Dienste. In den Pflegeheimen werden vor allem die ältesten Alten versorgt, während die Spitex-Klientinnen und -Klienten eher die jüngeren Alten sind. Weil nun die Bevölkerungsszenarien 2020 und 2025 mit steigenden Altersklassen zunehmend stark voneinander abweichen, ist auch in den Leistungserbringern mit der älteren Klientel mit stärkeren Abweichungen zu rechnen.

G 5.7 Vergleich der Prognose 2022 und 2025 – Einfluss der verschiedenen Bedarfstreiber, Schweiz, 2030–2040

Langzeitaufenthalte



Spitex-Pflege



Anmerkung: Die hellblau gestrichelte Linie entspricht dem Status-Quo-Szenario (SQS) von 2022, während die orangen Linien den Modellierungen von 2022 entsprechen, aber mit der Ausgangslage 2023 und den neuen Bevölkerungsszenarien 2025.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan © Obsan 2025

6 Bandbreite der Ergebnisse

Mittels einer demografischen und einer epidemiologischen Sensitivitätsanalyse zeigt dieses Kapitel auf, welchen Einfluss die verschiedenen Ausprägungen eines Szenarios (z. B. das tiefe, mittlere oder hohe Bevölkerungsszenario) auf die Ergebnisse der Bedarfsprognosen haben. Zusätzlich soll dafür sensibilisiert werden, dass der zukünftige Bedarf mit einem gewissen Grad an Unsicherheit geschätzt wird und dass die einzelnen Ergebnisse aufgrund der vielen Kombinationsmöglichkeiten[23] nicht als Punktschätzung betrachtet werden sollten, sondern viel mehr als innerhalb einer Bandbreite von möglichen Entwicklungsverläufen liegend.

6.1 Demografische Sensitivitätsanalyse

Die demografischen Bevölkerungsszenarien (Kohli & Probst, 2025) bieten die Möglichkeit, den Einfluss von unterschiedlichen Annahmen bezüglich des zukünftigen Bevölkerungswachstums auf die Bedarfsprognosen im Sinne einer Bandbreit zu modellieren. Dadurch wird der möglichen demografischen Variation in der Schätzung des zukünftigen Bedarfs Rechnung getragen.

Die Unter- und Obergrenze der demografischen Bandbreite

Für die vorliegende Studie wurde das mittlere Bevölkerungsszenario, das von einer Forstsetzung der demografischen Entwicklungen der letzten Jahre ausgeht, als die wahrscheinlichste demografische Entwicklung angenommen. Folglich basieren die berichteten Ergebnisse in Kapitel 5 und 7 darauf. Zusätzlich zum mittleren Szenario der Bevölkerungsentwicklung gibt es zwei weitere Szenarien, die sich in ihren Annahmen zu Gesundheit und Migration unterscheiden.

Das tiefe Szenario nimmt die geringste Nettomigration aller drei Szenarien an und geht von einer leicht sinkenden Geburtenhäufigkeit sowie einer kaum steigenden Lebenserwartung aus (Kohli & Probst, 2025). Ab 2040 geht dieses Szenario gar von einer sinkenden Bevölkerungsgrösse aus (vergleiche G 4.1). Im Vergleich hierzu geht das hohe Szenario von der stärksten Nettomigration aus sowie einer leichtzunehmenden Geburtenhäufigkeit und einer schneller steigenden Lebenserwartung.

Werden die drei Bevölkerungsszenarien mit ein und demselben epidemiologischen sowie versorgungspolitischen Szenario kombiniert, so ergibt die Kombination mit dem tiefen Bevölkerungsszenario die niedrigste Bedarfsprognose (Untergrenze), während die Kombination mit dem hohen Bevölkerungsszenario die höchste Bedarfsprognose (Obergrenze) ergibt (siehe G 6.1). Innerhalb dieser beiden Grenzen liegt die Bandbreite möglicher Entwicklungen, die auf die demografische Variation zurückzuführen sind.

Die a priori gewählten Annahmen bezüglich der zukünftigen demografischen Entwicklung sind entscheidend für die Eingrenzung der Bandbreite

Natürlich macht es wenig Sinn, die gesamte Bandbreite für eine Bedarfsprognose in Erwägung zu ziehen, sondern es sollten a priori Annahmen getroffen werden, die die Eingrenzung der Bandbreite anhand ausgewählter Bevölkerungsszenarien erlauben. Nachfolgend wird beispielhaft erläutert, wie diese Eingrenzung vorgenommen werden kann.

In Grafik G 6.1 variieren die Bedarfsprognosen für die Langzeitbetten in Pflegeheimen rein auf Basis der Bevölkerungsszenarien. Die mittlere Bedarfsprognose entspricht dem Status-Quo-Szenario aus Kapitel 5, das auf dem mittleren Bevölkerungsszenario basiert und in dem der Bedarf bis ins Jahr 2040 um die Hälfte (um +50,9%) ansteigen könnte.

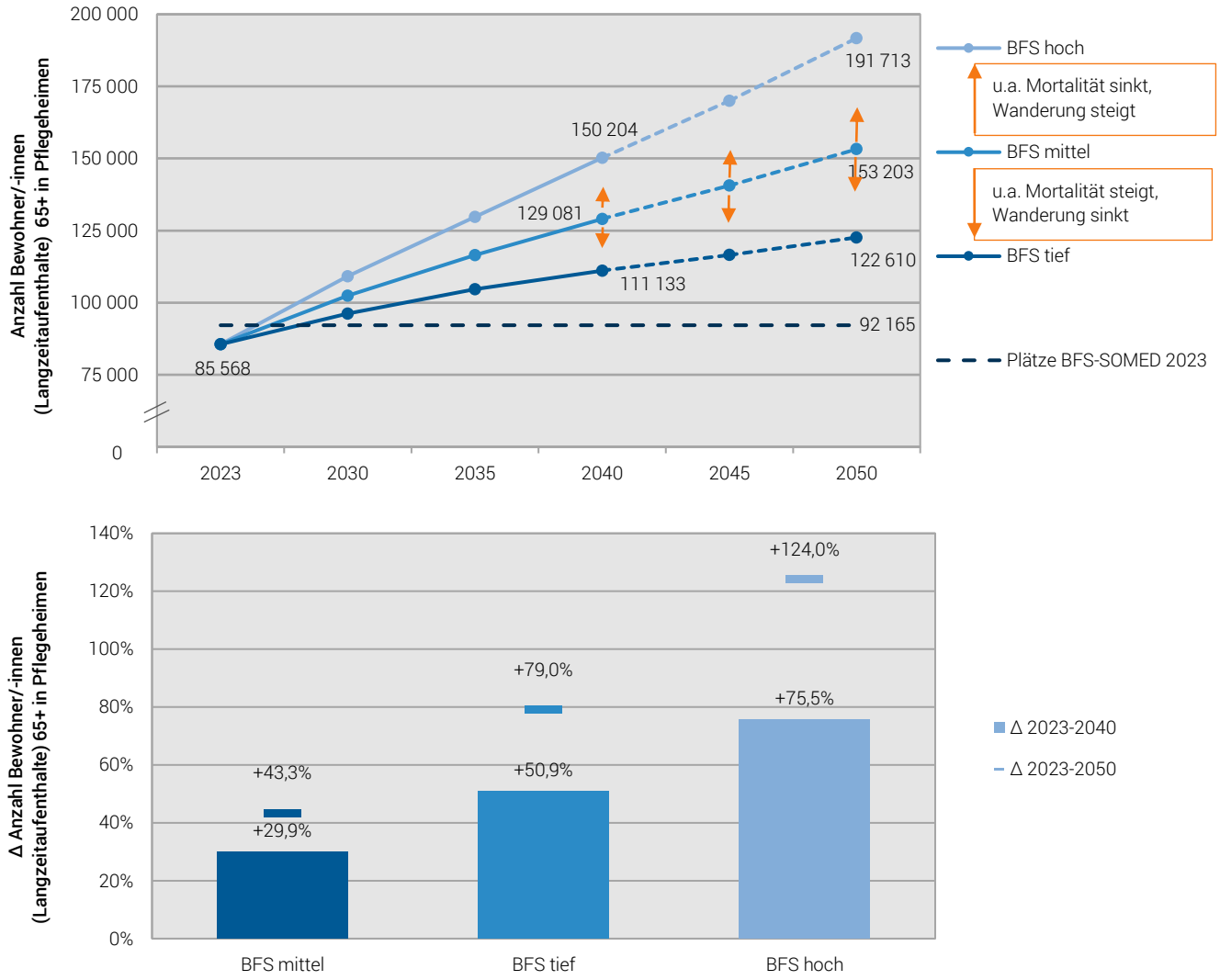
Sollte zukünftig von einer höheren Sterblichkeit (z. B. aufgrund neuer Pandemie) ausgegangen werden oder von deutlich tieferen Migrationsflüssen (z. B. aufgrund sicherer geopolitischer Lage), so könnte die zukünftige Bevölkerungsentwicklung tiefer ausfallen als im mittleren Bevölkerungsszenario und die Bedarfsprognose würde sich in Richtung der Untergrenze bewegen (↓). Folglich wäre zukünftig von einer tieferen Bedarfsprognose bis 2040 auszugehen als auf Basis des mittleren Bevölkerungsszenarios prognostiziert und das erwartete Bedarfswachstum

[23] Anzahl der Kombinationsmöglichkeiten belaufen sich auf 27 Lösungen: Drei Bevölkerungsszenarien, drei epidemiologische Szenarien und drei versorgungspolitische Szenarien (d. h. Status-Quo-Szenario und zwei Szenarien der alternativen Versorgung). Die höchste Bedarfsschätzung für die Langzeitaufenthalte erfolgt in der Kombination aus dem hohen Bevölkerungsszenario, dem Szenario der verlängerten Pflegedauer und dem Status-Quo-Szenario. Die tiefste Bedarfsprognosen für dieselbe Struktur basiert auf dem tiefen Bevölkerungsszenario, dem Szenario der verkürzten Pflegedauer und dem versorgungspolitischen Szenario Pflegestufen 0 bis 2 beziehungsweise 3).

könnte innerhalb der Bandbreite von +50,9% (Obergrenze) bis +29,9% (Untergrenze) liegen.

Sollte aber zukünftig von einer tieferen Sterblichkeit (z. B. aufgrund medizin-technischem Fortschritt) oder höheren Migrationsflüssen (z. B. Zunahme geopolitischer Krisen) ausgegangen werden, so könnte die zukünftige Bevölkerungsentwicklung höher ausfallen als im mittleren Bevölkerungsszenario angenommen und sich in Richtung der Obergrenze bewegen (↑). Folglich wäre zukünftig von einer höheren Bedarfsprognose bis 2040 auszugehen als auf Basis des mittleren Bevölkerungsszenarios prognostiziert und das erwartete Bedarfswachstum wäre innerhalb der Bandbreite zwischen den +50,9% (Untergrenze) und den +75,5% (Obergrenze) anzusiedeln.

G 6.1 Demografische Sensitivitätsanalyse



Anmerkung: Die mittlere Bedarfsprognose entspricht dem Status-Quo-Szenario aus Kapitel 5. Alle drei abgebildeten Bedarfsprognosen beinhalten das epidemiologische Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer und sehen keine versorgungspolitischen Veränderungen vor. Zudem beinhalten die unterschiedlichen Bevölkerungsszenarien neben Annahmen zur Sterblichkeit und Migration auch die beiden Faktoren «Erwerb des Schweizer Bürgerrechts» und «Geburtenhäufigkeit».

Quelle: Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

6.2 Epidemiologische Sensitivitätsanalyse

Ähnlich wie in der demografischen Sensitivitätsanalyse wird mit Hilfe der epidemiologischen Szenarien eine Bandbreite modelliert, die unterschiedliche Annahmen zur zukünftigen Gesundheit der Bevölkerung 65+ berücksichtigt. Im Unterschied zu einer Bedarfsprognose, die auf einem einzelnen epidemiologischen Szenario basiert, kann so der möglichen zukünftigen gesundheitlichen Entwicklung Rechnung getragen werden.

Die Unter- und Obergrenze der epidemiologischen Bandbreite

In der vorliegenden Studie werden drei epidemiologische Szenarien verwendet. Das Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer geht bei zunehmender Lebenserwartung davon aus, dass die Pflegedauer gleichbleibt wie im Referenzjahr. Hierbei handelt es sich aufgrund neuster Daten um das wahrscheinlichste Szenario (siehe 2.6.1; Gajta & Zuchuat, 2025; Seematter et al., 2021). Folglich basieren die berichteten Ergebnisse in Kapitel 5 und 7 auf dem Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer.

Das Szenario der verkürzten Pflegedauer geht bei zunehmender Lebenserwartung davon aus, dass die Pflegebedürftigkeit gegenüber dem Referenzjahr abnimmt, weil die Pflegebedürftigkeit stärker nach hinten verschoben wird als die Zunahme der Lebenserwartung ausfällt. Hingegen geht das Szenario der verlängerten Pflegedauer davon aus, dass ein Teil der gewonnenen Lebensjahre mit zusätzlicher Pflegebedürftigkeit einhergehen. Für ausführliche Erläuterungen der drei epidemiologischen Szenarien ist Kapitel 2.6.2 zu konsultieren.

Werden die drei epidemiologischen Szenarien mit ein und demselben Bevölkerungsszenario sowie versorgungspolitischen Szenario kombiniert, ergibt die Kombination mit dem Szenario der verkürzten Pflegedauer die niedrigste Bedarfsprognose (Untergrenze), während die Kombination mit dem Szenario der erhöhten Pflegedauer die höchste Bedarfsprognose (Obergrenze) ergibt (siehe G 6.2). Innerhalb dieser beiden Grenzen liegt die Bandbreite möglicher Entwicklungen, die auf die gesundheitliche Variation zurückzuführen ist.

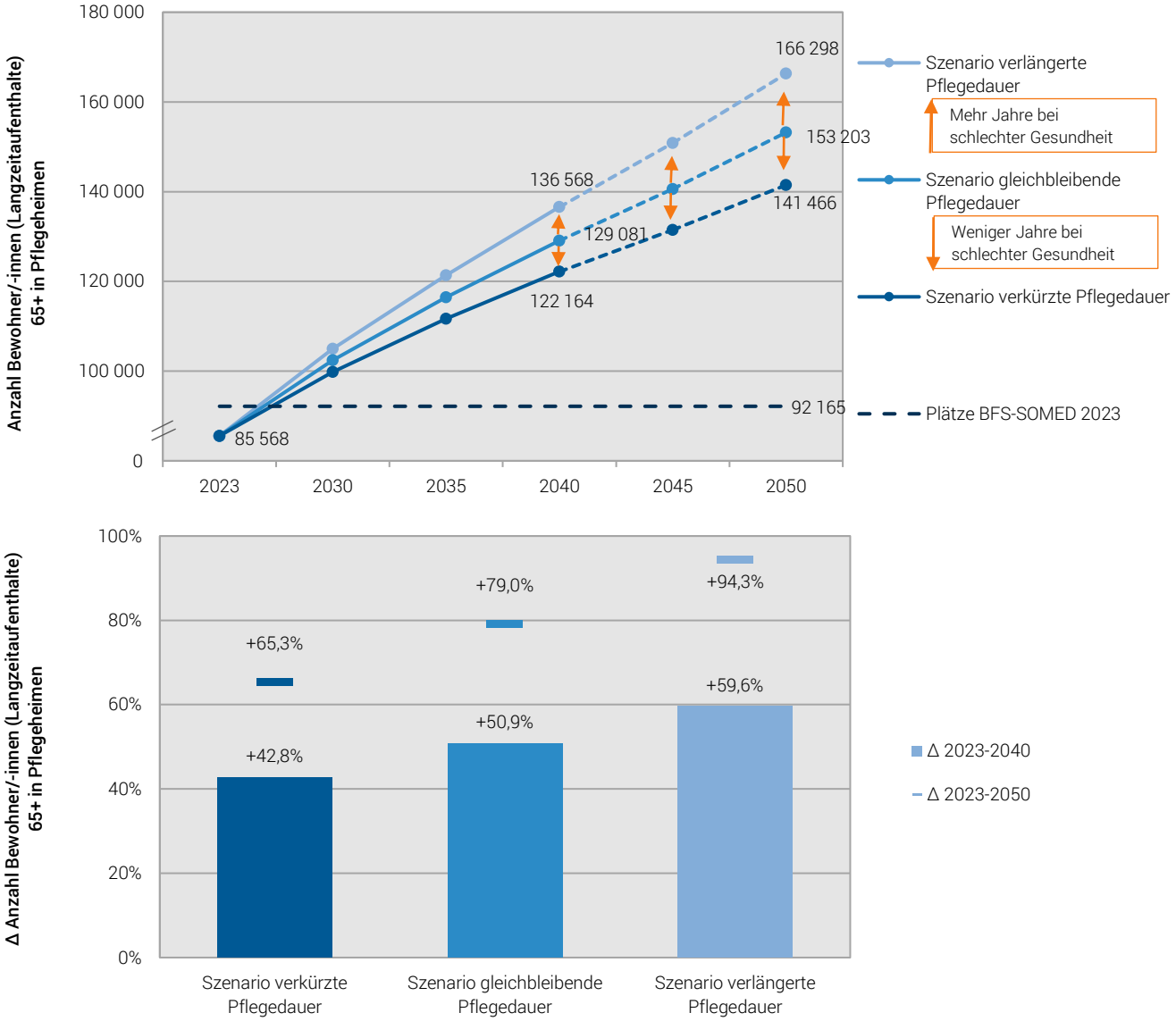
Wie Annahmen über die zukünftige Gesundheit der älteren Bevölkerung die Interpretation der Bedarfsprognosen beeinflussen

In Grafik G 6.2 variieren die Bedarfsprognosen für die Langzeitbetten in Pflegeheimen rein auf Basis der epidemiologischen Szenarien. Die mittlere Bedarfsprognose entspricht dem Status-Quo-Szenario aus Kapitel 5, das auf dem Szenario der gleichbleibenden Pflegedauer basiert und in dem der Bedarf bis ins Jahr 2040 um die Hälfte (um +50,9%) ansteigen könnte.

Sollte davon ausgegangen werden, dass nicht nur die Lebenserwartung steigt, sondern dass eineinhalbmal die gewonnen Lebenszeit auch bei besserer Gesundheit verbracht wird (z. B. aufgrund der Umsetzung von gesundheitsfördernden Altersstrategien oder sozialbetreuerischem sowie medizintechnischem Fortschritt), so könnte die zukünftige Pflegebedürftigkeit niedriger ausfallen und die Pflegedauer würde sich gegenüber heute verkürzen (↓). Folglich wäre zukünftig von einer tieferen Bedarfsprognose bis 2040 auszugehen, da Personen zukünftig weniger lang gepflegt werden müssen. Das erwartet Bedarfswachstum aufgrund der besseren Gesundheit würde innerhalb der Bandbreite zwischen den +50,9% (Obergrenze) und den +42,8% (Untergrenze) liegen.

Sollte aber zukünftig bei steigender Lebenserwartung davon ausgegangen werden, dass die Hälfte der gewonnenen Lebenszeit mit mehr Pflegebedürftigkeit verbracht wird (z. B. aufgrund fehlender sozialbetreuerischer Angebote oder sozialer Isolation älterer Menschen), so könnte die zukünftige Pflegebedürftigkeit höher ausfallen und die Pflegedauer würde sich gegenüber heute verlängern (↑). Folglich wäre zukünftig von einer höheren Bedarfsprognose bis 2040 auszugehen, da Personen gegenüber heute länger gepflegt werden müssen. Das erwartet Bedarfswachstum würde innerhalb der Bandbreite zwischen den +50,9% (Untergrenze) und den +59,6% (Obergrenze) liegen, da mehr Zeit für Pflege benötigt wird, als es heute der Fall ist.

G 6.2 Epidemiologische Sensitivitätsanalyse



Anmerkung: Die mittlere Bedarfsprognose entspricht dem Status-Quo-Szenario aus Kapitel 5. Alle drei abgebildeten Bedarfsprognosen beinhalten das mittlere Bevölkerungsszenario und sehen keine versorgungspolitischen Veränderungen vor.

7 Regionale Besonderheiten

Gesundheitspolitik liegt im Zuständigkeitsbereich der Kantone und dementsprechend bestehen kantonale Unterschiede in der Organisation der Alters- und Langzeitpflege (siehe Dutoit, Füglister-Dousse & Pellegrini, 2016; Pellegrini et al., 2022), was für die nationale Bedarfsprognosen eine bedeutende Rolle spielt. Um kantonale Besonderheiten in den Modellierungen zu berücksichtigen, wurden alle 26 Kantone mittels einer Clusteranalyse zu vier Kantonsgruppen zusammengeschlossen (siehe Kapitel 2.4.1), die nachfolgend anhand von 11 Indikatoren und deren Bevölkerungsentwicklung beschrieben werden. Abschliessend werden die Bedarfsprognosen nach Kantonsgruppen präsentiert, deren Summe die nationale Bedarfsprognose in Kapitel 5 bildet.

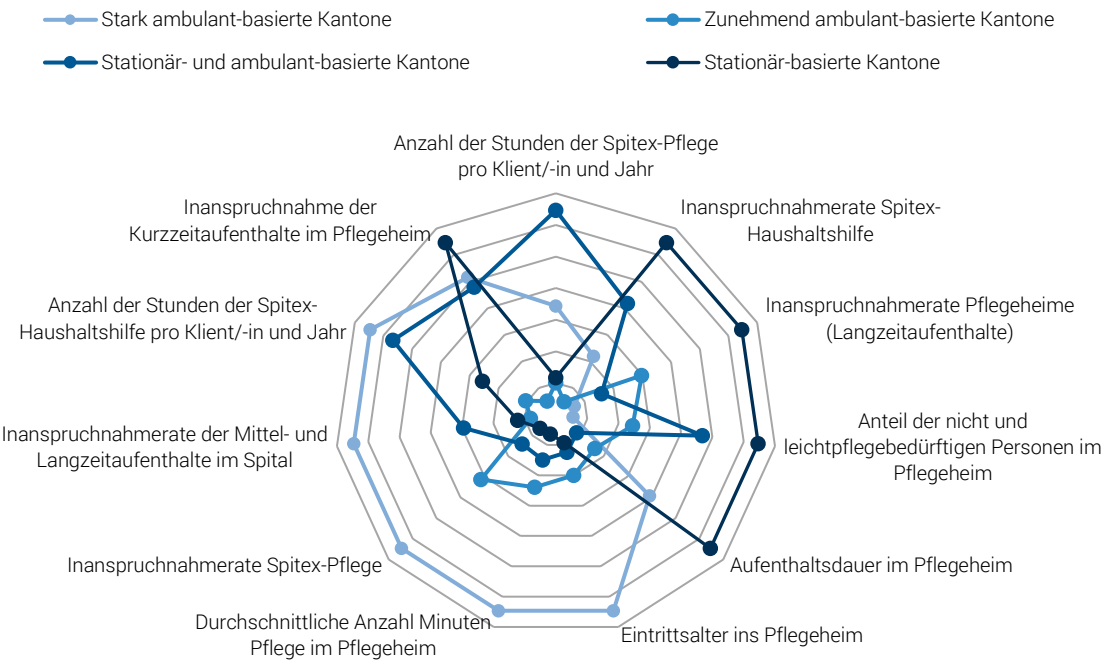
7.1 Porträt der Kantonsgruppen

Das Porträt der Kantonsgruppen fokussiert auf deren Versorgungsmodelle, die Inanspruchnahme der verschiedenen Strukturen und die gruppenspezifische Bevölkerungsentwicklung bis 2040 beziehungsweise 2050.

7.1.1 Versorgungsmodelle

Die Versorgungsmodelle der vier Kantonsgruppen lassen sich anhand 11 Indikatoren für Personen 65+ als Spider-Webs grafisch darstellen und mit dem Schweizer Durchschnitt vergleichen (siehe G 7.1).

G 7.1 Regionale Versorgungsmodelle der Alters- und Langzeitpflege, 2023



Anmerkung: Die Spider-Webs dienen ausschliesslich der Veranschaulichung. Die Werte der Indikatoren werden als Indizes ausgedrückt. Sie sind so standardisiert, dass alle Indikatoren denselben Höchstwert haben. Die Achsen stellen daher nicht die tatsächlichen Werte dar.

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS) / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Stark ambulant-basierte Kantonsgruppe (GE, JU, NE, TI, VD): Diese Kantonsgruppe hat das Prinzip ambulant vor stationär bereits stark umgesetzt. Entsprechend ist die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege und der Mittel- sowie Langzeitaufenthalte im Spital höher als im Schweizer Durchschnitt, während die Inanspruchnahme der Langzeitaufenthalte in den Pflegeheimen tiefer ausfällt. Ausserdem liegen das Eintrittsalter und die durchschnittlichen täglichen Pflegeminuten deutlich über dem Schweizer Durchschnitt, was schliessen lässt, dass vor allem Personen ins Pflegeheim ziehen, die eine hohe Pflegebedürftigkeit haben und nur schwer zuhause versorgt werden können. Darauf deutet auch der tiefe Anteil der nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden hin.

Zunehmend ambulant-basierte Kantonsgruppe (BE, BS, FR, VS): Die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege und – in geringerem Ausmass – die der Langzeitplätze fallen überdurchschnittlich aus. Dies deutet auf eine intensivere Nutzung der ambulanten Versorgung hin, wobei der Versorgung in Pflegeheimen weiterhin eine wichtige Rolle zukommt. Die Pflegeintensität zuhause ist am niedrigstem, während sie in den Pflegeheimen im Schweizer Durchschnitt liegt. Aufgrund dessen und des tiefen Anteils an nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Personen in den Pflegeheimen ist davon auszugehen, dass die Langzeitplätze in Pflegeheimen eher für stärker pflegebedürftige Personen vorbehalten sind, während weniger pflegebedürftige Personen zuhause versorgt werden.

Stationär- und ambulant-basierte Kantonsgruppe (AI, AG, BL, GR, LU, NW, OW, SO, SZ, TG, ZG, ZH): Die Inanspruchnahme der Langzeitplätze sowie fast alle stationären Indikatoren liegen unter dem Schweizer Durchschnitt, während der Anteil der nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Bewohnenden überdurchschnittlich hoch ist. Folglich fallen die Pflegeintensität sowie das Eintrittsalter gering aus. Obwohl die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege unterdurchschnittlich ausfällt, ist die Pflegeintensität zuhause am höchsten. Zudem wird die Spitex-Haushaltshilfe rege genutzt, deren Intensität über dem Schweizer Durchschnitt liegt. Im Unterschied zur bisherigen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) sind Appenzell-Innerrhoden, Luzern und Schwyz in dieser Kantonsgruppe anstelle der stationär-basierten Kantonsgruppe.

Stationär-basierte Kantonsgruppe (AR, GL, SG, SH, UR): Diese Kantonsgruppe ist stark stationär geprägt und weist die höchste Inanspruchnahme der Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen aus, mit der längsten Aufenthaltsdauer und dem höchsten Anteil an nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftigen Bewohnenden. Dementsprechend sind auch das Eintrittsalter und die durchschnittlichen täglichen Pflegeminuten gering. Die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege und die Pflegeintensität zuhause sind unterdurchschnittlich, während aber die Kurzzeitaufenthalte durch zuhause lebende Personen intensiv genutzt werden.

7.1.2 Inanspruchnahme

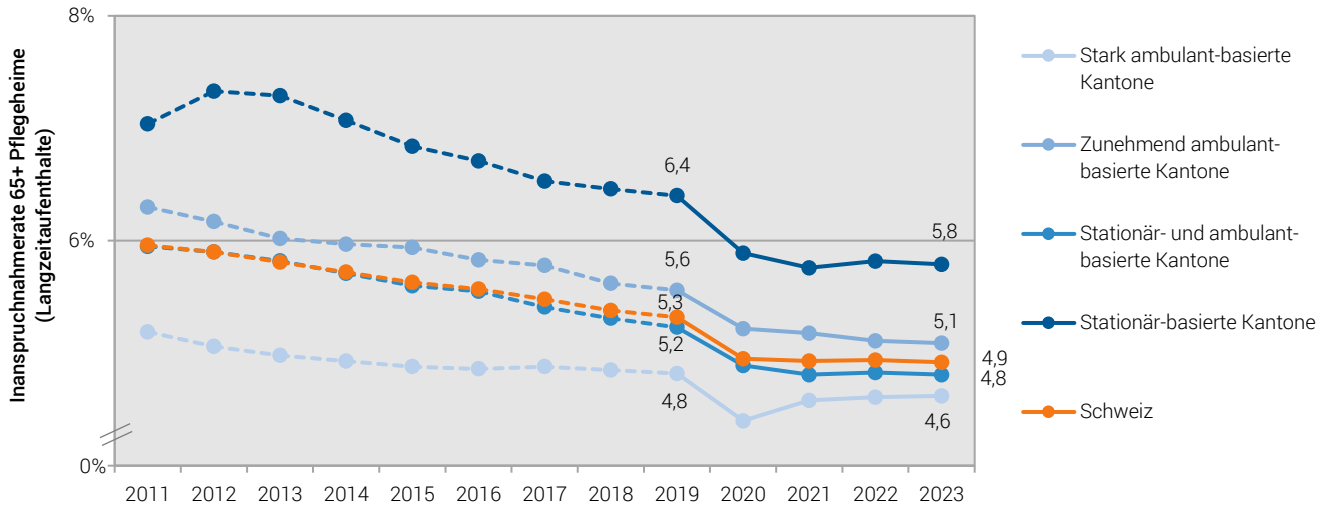
Die Inanspruchnahme der Langzeitplätze zeigt in allen Kantonsgruppen einen sinkenden Trend mit deutlicher Reduktion aufgrund der Covid-19-Pandemie. In der Spitex-Pflege zeigt sich eher eine zunehmende Tendenz, die aber vor allem in den Regionen zu beobachten ist, die in der Verlagerung vom Stationären ins Ambulante bereits weiter fortgeschritten sind. Im Gegensatz hierzu zeigt die Spitex-Haushaltshilfe vielerorts eine abnehmende Tendenz.

Die Inanspruchnahme der Langzeitbetten hat sich seit 2019 überall reduziert und es ist ein deutlicher Pandemie-Knick zu sehen

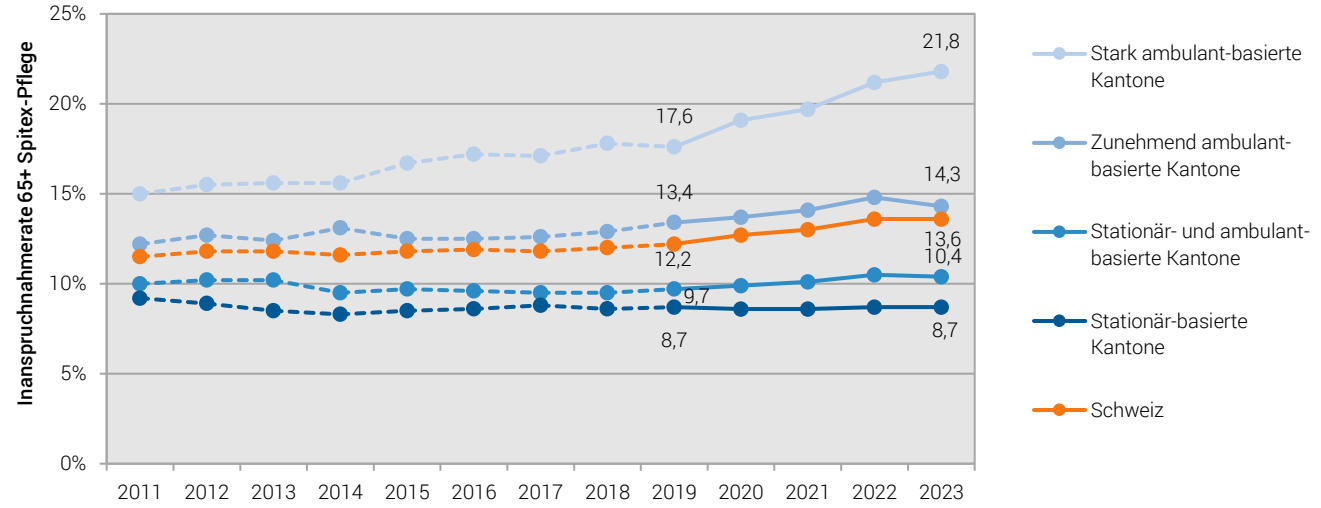
In der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe zeigt sich der deutlichste Pandemie-Knick von 2019 auf 2020 (siehe G 7.2). Dieser Pandemie-Knick dürfte wohl auch damit zusammenhängen, dass in dieser Kantonsgruppe anteilsmässig viele stark pflegebedürftige Personen in den Pflegeheimen versorgt werden. Seit der bisherigen nationalen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) hat die Inanspruchnahme von Langzeitaufenthalten in allen vier Kantonsgruppen abgenommen. Diese Reduktion fällt in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe am schwächsten (–4,1%) aus, was auch damit zusammenhängt, dass sich die Inanspruchnahmerate nach ihrem zwischenzeitlichen Tief von 4,4% im Jahr 2020 bereits im Jahr 2021 wieder erholt hat (siehe T 7.2). In den drei anderen Kantonsgruppen tritt diese Reduktion stärker auf und beträgt zwischen –8,0% bis –9,5%. Obwohl die Inanspruchnahmerate in der stationär-basierten Kantonsgruppe am deutlichsten von 6,4% im Jahr 2019 auf 5,8% im Jahr 2023 gesunken ist, liegt sie nach wie vor fast ein Prozentpunkt über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 4,9%.

G 7.2 Inanspruchnahmeraten, Kantonsgruppe und Schweiz, 2011–2023

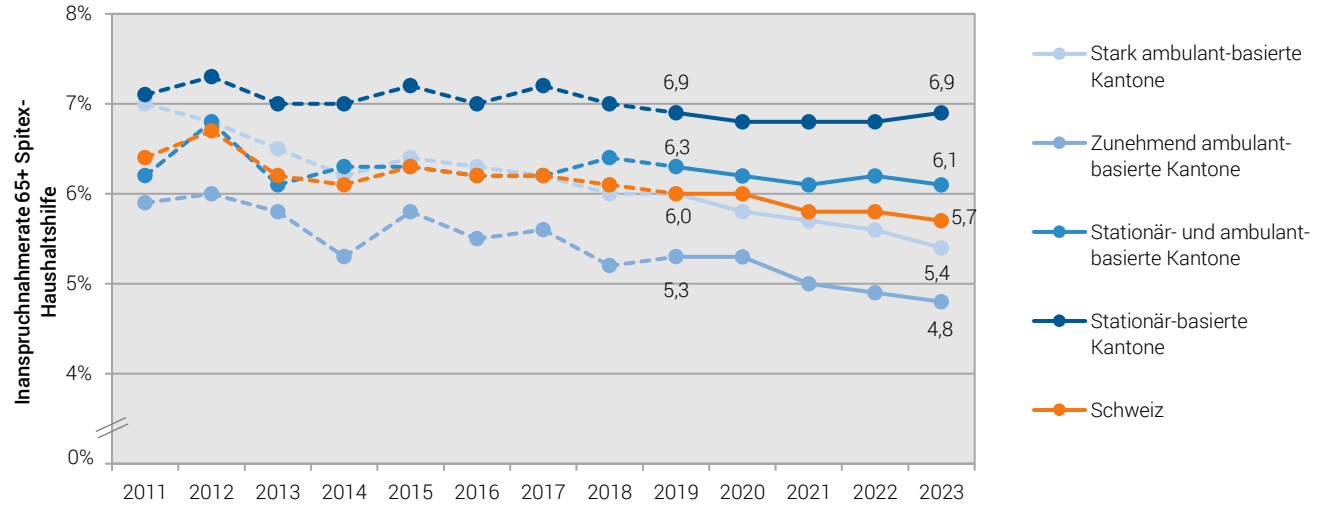
Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen



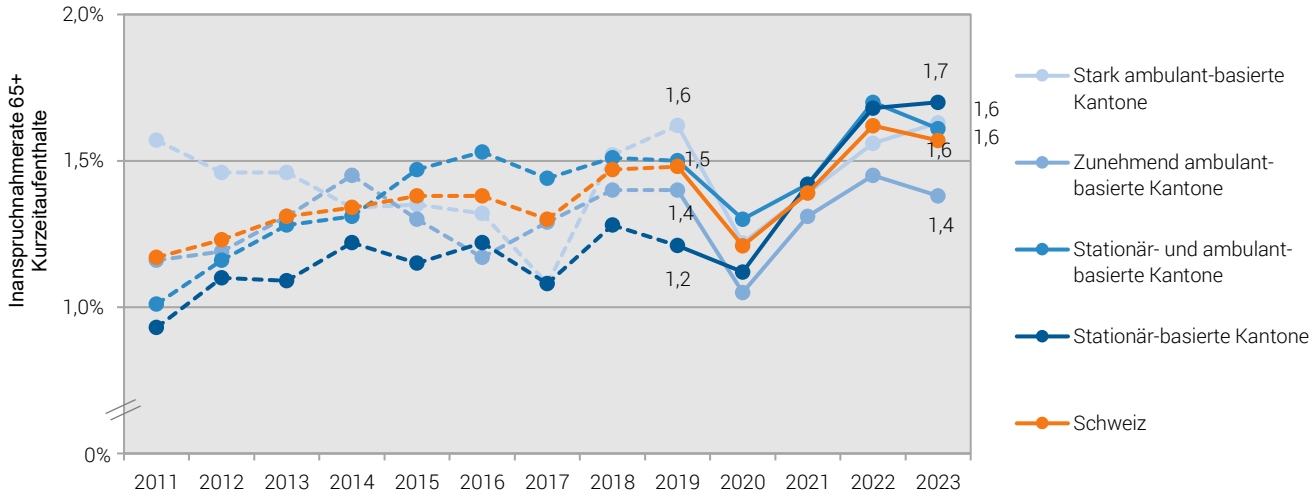
Spitex-Pflege



Spitex-Haushaltshilfe



Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan
© Obsan 2025

T 7.1 Inanspruchnahmerate, Kantonsgruppe und Schweiz, 2023

Kantonsgruppe	Pflegeheime (Langzeitaufenthalte) Anzahl Bewohner/-innen* 65+		Spitex-Pflege** Anzahl Klienten/ Klientinnen 65+		Spitex-Haushaltshilfe** Anzahl Klienten/ Klientinnen 65+		Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen Anzahl Klienten/ Klientinnen * 65+	
	N	Inanspruchnahmerate (in %)	N	Inanspruchnahmerate (in %)	N	Inanspruchnahmerate (in %)	N	Inanspruchnahmerate (in %)
Stark ambulant-basierte Kantone	16 810	4,6	79 414	21,8	19 820	5,4	367	0,10
Zunehmend ambulant-basierte Kantone	20 948	5,1	58 286	14,3	19 485	4,8	561	0,14
Stationär- und ambulant-basierte Kantone	39 040	4,8	84 190	10,4	49 051	6,1	1 169	0,14
Stationär-basierte Kantone	8 771	5,8	13 205	8,7	10 412	6,9	243	0,16
Schweiz	**85 566**	**4,9**	**235 095**	**13,6**	**98 768**	**5,7**	**2 341**	**0,14**

* Bewohnerinnen und Bewohner des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).

** Beinhaltet keine Dienstleistungen von Organisationen wie z. B. der Krebsliga, Lungenliga oder Pro Senectute, deren Hauptzweck nicht die Erbringung von Pflege und Haushaltshilfe ist. Berechnet auf der Grundlage der Anzahl der Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig von der Dauer der Pflege und Haushaltshilfe.

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan
© Obsan 2025

T 7.2 Veränderung der Indikatoren seit 2019

	Δ (2019–2023)							
Kantonsgruppe	**Inanspruch-nahmerate Pflegeheime (%)**	**Anteil Bewohner/-innen 0-2 in Pflegeheimen (%)**	**Platzangebot pro 1000 Einwohner/-innen im Pflegeheim (%)**	**Inanspruch-nahmerate Spitex-Pflege (%)**	**Inanspruch-nahmerate Spitex-Haushalts-hilfe (%)**	**Inanspruch-nahmerate Kurzzeitauf-enthalte (%)**	**Spitex Pflege-stunden per Klient/Klientin (%)**	**Spitex Haushalts-hilfestunden per Klient/Klientin (%)**
Stark ambulant-basierte Kantone	-4,1	-45,5	-4,0	+23,9	-10,0	+0,6	-3,3	+9,0
Zunehmend ambulant-basierte Kantone	-8,5	-18,1	-7,8	+6,7	-9,4	-1,4	+1,0	-14,1
Stationär- und ambulant-basierte Kantone	-8,0	-19,6	-7,5	+7,2	-3,2	+7,3	+15,0	-6,4
Stationär-basierte Kantone	-9,5	-17,1	-8,2	0.0	0.0	+40,5	+9,9	-18,8
Schweiz	**-7,5**	**-19,9**	**-6,9**	**+11,5**	**-5,0**	**+6,1**	**+5,3**	**-6,0**

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan
© Obsan 2025

Alle Kantonsgruppen haben den Anteil der Pflegestufen 0–2 weiter deutlich reduziert

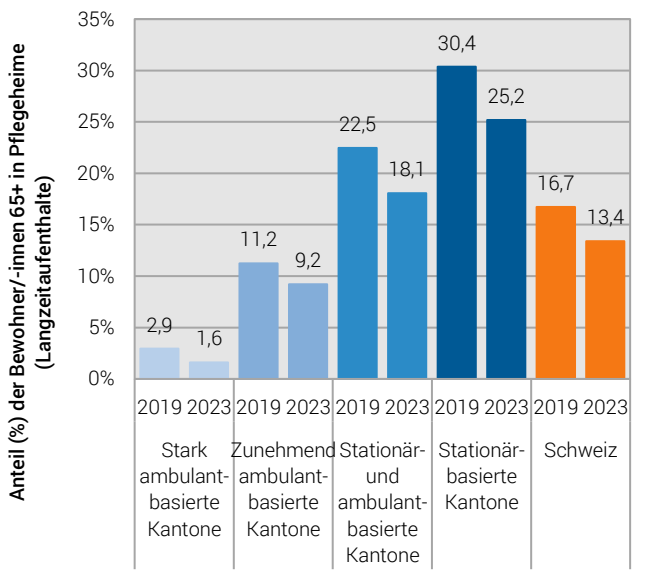
Der Anteil von nicht bis leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden variiert im Jahr 2023 stark über die Kantonsgruppen, wobei in der stationär-basierten Kantonsgruppe ein Viertel (25,2%) aller Bewohnenden in die Pflegestufen 0 bis 2 fällt, während es in der ambulant-basierten Kantonsgruppe 1,6% sind (siehe G 7.3).

In jeder Kantonsgruppe hat der Anteil der Pflegestufen 0 bis 2 seit 2019 parallel zur Inanspruchnahmerate abgenommen. In der stationär- und ambulant-basierten Kantonsgruppe sowie der stationär-basierten Kantonsgruppe hat sich der Anteil um –4,4 beziehungsweise –5,2 Prozentpunkte reduziert, was aufgerundet jeweils einer Reduktion von –20% entspricht (siehe T 7.2). In der ambulant-basierten Kantonsgruppe handelt es sich um eine Reduktion von –1,3 Prozentpunkten von 2,9% auf 1,6%, was einer Reduktion um –45,5% entspricht.

In allen Kantonsgruppen hat sich das Platzangebot (pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) in den letzten Jahren reduziert

Obwohl die Schweiz immer wie mehr ältere Personen zählt, hat sich das Platzangebot (pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) in den letzten Jahren reduziert (siehe G 7.4und T 7.2). Vergleichsweise am wenigsten reduziert (–4,0%) hat sich das Angebot in der stark ambulant-orientierten Kantonsgruppe, in der die Langzeitbetten durch stärker pflegebedürftige Personen belegt sind, in der das alternative Versorgungspotenzial der niedrigeren Pflegestufen eingeschränkt ist und es für Personen 80+ bereits das tiefste Platzangebot gibt.

G 7.3 Nicht und leicht pflegebedürftige Bewohnende im Pflegeheim, Kantonsgruppe und Schweiz, 2019 und 2023



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)/ Auswertung Obsan
© Obsan 2025

Dass sich das Angebot an Langzeitbetten pro 1000 Einwohnenden reduziert hat, ist vor allem auf das starke Bevölkerungswachstum der älteren Bevölkerung zurückzuführen (vergleiche Kapitel 0) und weniger auf eine Reduktion des absoluten Angebots (siehe Index in G 7.4). Aufgrund der unterschiedlichen Grössen (d. h. Anzahl der Langzeitbetten) wurde mittels Index die Vergleichbarkeit in den unterschiedlichen Entwicklungen im Angebot an Langzeitbetten ermöglicht. Die Anzahl absoluter Plätze pro

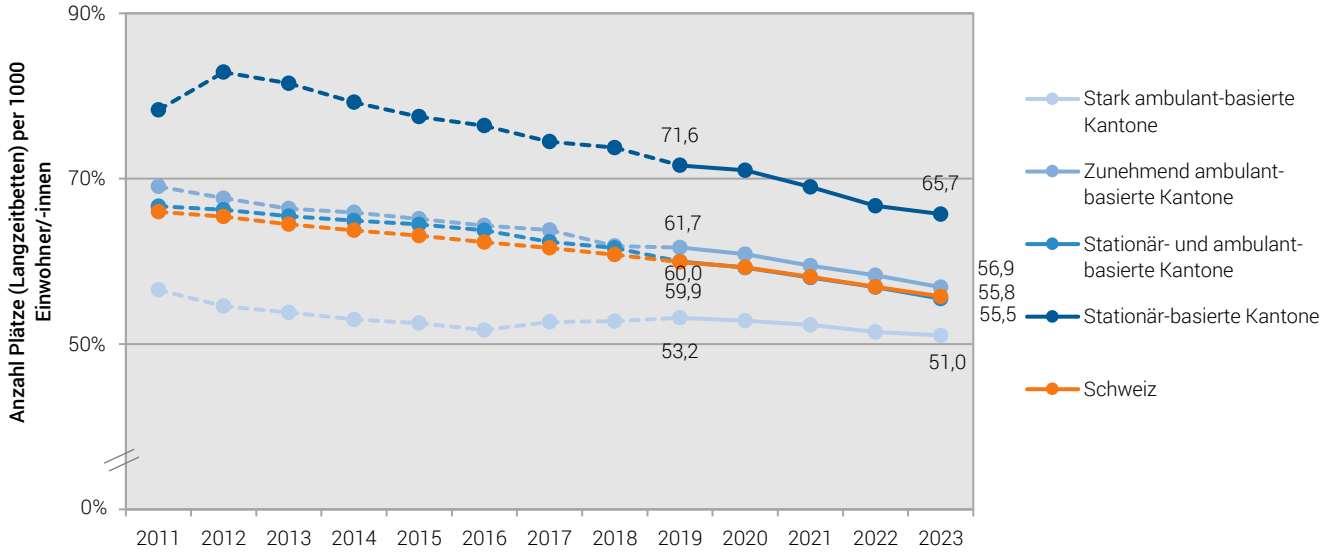
Kantonsgruppe variiert zwischen +1,1% (stark ambulant-basierte Kantonsgruppe) und –0,7% (stationär- und ambulant basierte Kantonsgruppe) nur geringfügig.

Der coronabedingte Einbruch in den Belegungsraten der Langzeitbetten nähert sich kontinuierlich dem Ausgangsniveau an

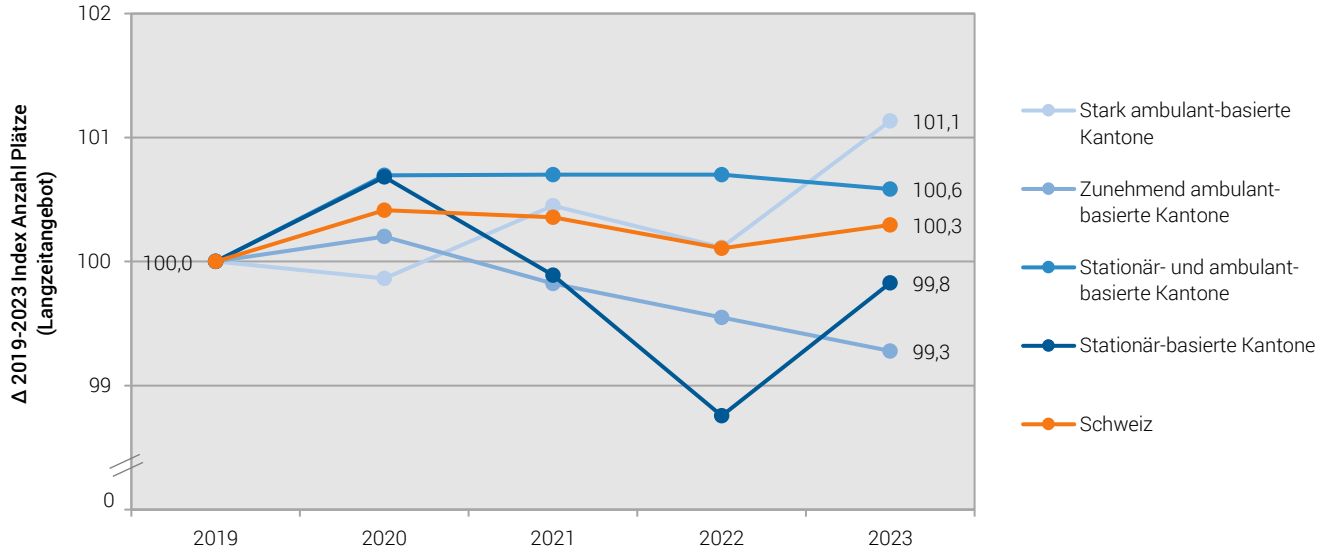
Die gesamtschweizerische Belegungsrate der Langzeitaufenthalte zeigt in den Jahren vor der Covid-19-Pandemie eine sinkende Tendenz, wenn auch mit Schwankungen (siehe G 7.5). Im Jahr 2020 zeigt sich uniform eine leichte Reduktion in allen Kantonsgruppen mit anschliessend weiterer starker Reduktion von 2020 auf 2021. Beide Reduktionen sind mit der Covid-19-Pandemie zu erklären. In den darauffolgenden Jahren nähert sich die Belegungsrate in allen Kantonsgruppen wieder fast ihrem Ausgangsniveau von etwas weniger als 90%.

G 7.4 Platzangebot im Pflegeheim pro 1000 Einwohnende 65+, Index des Platzangebots und Belegungsrate, Kantonsgruppe und Schweiz, 2011–2023

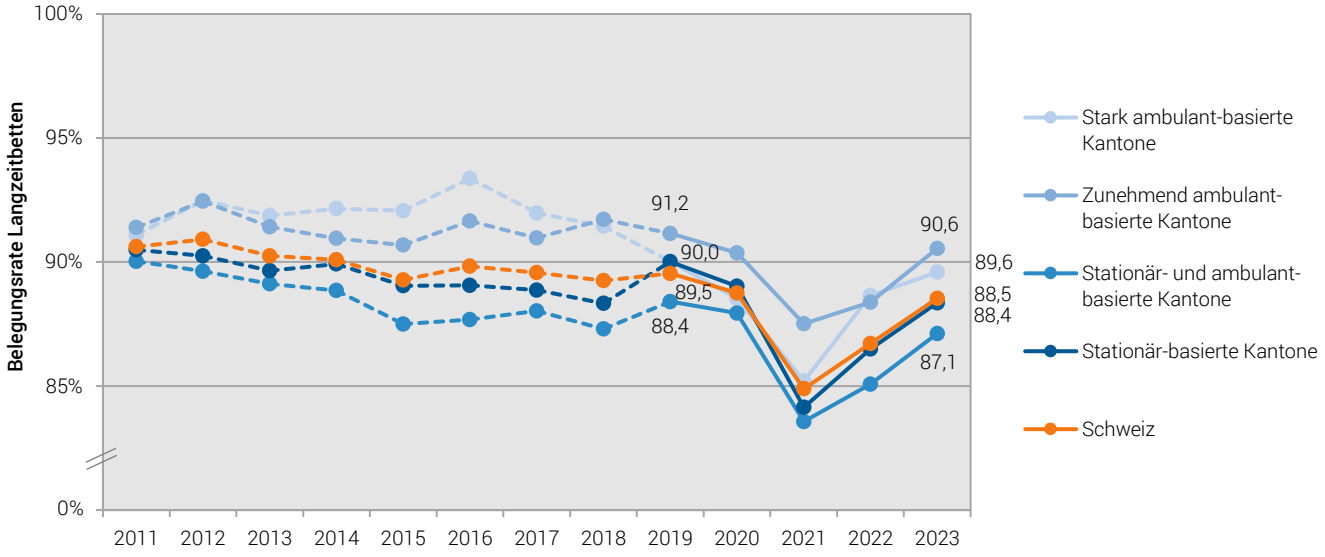
Langzeitbetten (pro 1000 Einwohnenden)



Index absolute Anzahl Langzeitbetten



Belegungsrate Langzeitbetten



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

© Obsan 2025

Seit der Covid-19-Pandemie wächst die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe besonders deutlich, während sie in der stationär-basierten Kantonsgruppe seit 2019 auf demselben Niveau bleibt

Die Inanspruchnahme der Spitex-Pflege zeigt sich in gesamtschweizerischer Betrachtung kontinuierlich steigend und ist seit 2019 um +11,5% gewachsen (siehe G 7.2 und T 7.2). Dieses Wachstum ist stark von der ambulant-basierten Kantonsgruppe getrieben, in der die Inanspruchnahmerate von 17,6% im Jahr 2019 auf 21,8% im Jahr 2023 (+23,9%) zugenommen hat. Demgegenüber zeigt sie sich in der stationär-basierten Kantonsgruppe von 2019 auf 2023 unverändert bei 8,7%, wobei sie zwischen 2011 und 2019 um –5,4% gesunken ist.

Die Anzahl Pflegestunden per Klientin bzw. Klient sind in den Kantonsgruppen der stationär-basierten und der stationär- und ambulant-basierten Kantonen von 2019 auf 2023 angestiegen (+9,9% bzw. +15,0%, siehe G 7.5 und T 7.2). während diese in der Kantonsgruppe der stark ambulant-basierten Kantonen sogar gesunken ist (–3,3%).

Sinkende Inanspruchnahme der Spitex-Haushaltshilfe

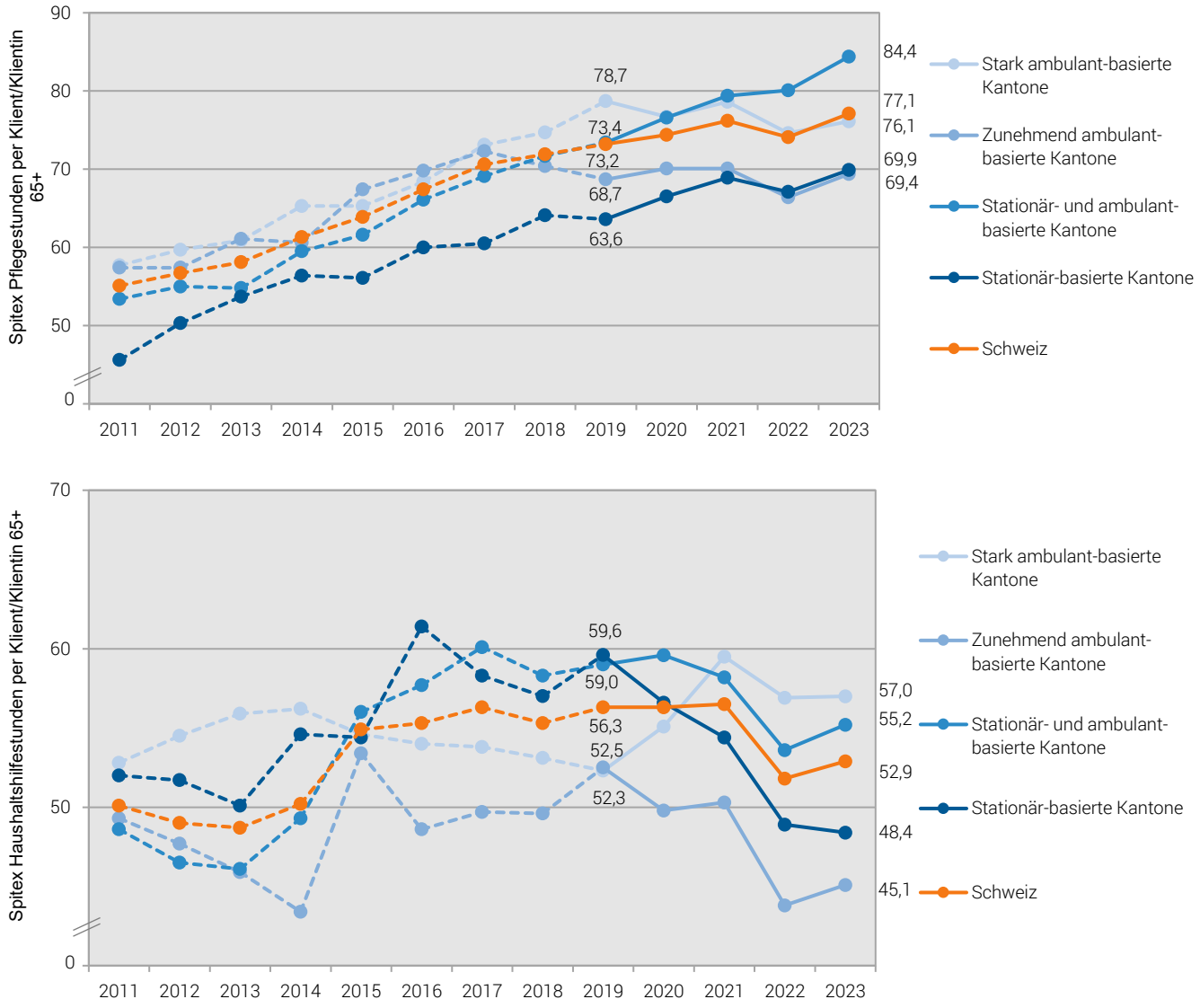
Im Vergleich mit der Spitex-Pflege, ist in der Spitex-Haushaltshilfe die entgegengesetzte Rangfolge der Kantonsgruppen zu beobachten. Am höchsten ist die Inanspruchnahme in der stationär-basierten Kantonsgruppe (2019 und 2023 mit jeweils 6,9%), während sie in der ambulant-basierten Kantonsgruppe am niedrigsten ausfällt (2019 mit 5,3% und 2023 mit 4,8%; siehe G 7.2). Auf gesamtschweizerischem Niveau zeigt sich seit 2019 ein sinkender Trend (–5,0%), wobei dieser Trend in den beiden ambulant-basierten Kantonsgruppen am stärksten ausfällt (–10,0% beziehungsweise –9,4% siehe T 7.2).

Die Anzahl Haushaltshilfestunden per Klientin bzw. Klient sind von 2019 auf 2023 in drei der vier Kantonsgruppen gesunken und nur in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe angestiegen (+9,0%, siehe G 7.5 und T 7.2). Am ausgeprägtesten war die Reduktion in der stationär-basierten kantonsgruppe (–18,8%).

Die Nutzung der Kurzzeitaufenthalt hat nach pandemiebedingtem Einbruch wieder zugenommen

In der stationär-basierten Kantonsgruppe steigt die Inanspruchnahme der Kurzzeitaufenthalte zwischen 2019 und 2023 um +40,5% (von 1,2% auf 1,7%) und klettert vom niedrigsten auf den höchsten Rang (siehe G 7.2 und T 7.2). Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme der Kurzzeitaufenthalte mit der der Spitex-Pflege interagiert. In der ambulant-basierten Kantonsgruppe hat sich die Inanspruchnahme der Kurzzeitaufenthalte erholt und das Ausgangsniveau vor der Pandemie erreicht, während vermutlich in der stationär-basierten Kantonsgruppe die Pandemie gezeigt hat, wie wichtig ambulante sowie intermediäre Strukturen sind. Es kann sein, dass hier die Inanspruchnahme der Kurzzeitaufenthalte im Sinne einer Entlastungsstruktur für Angehörige stark zugenommen hat, auch weil die Spitex-Pflege seit 2019 auf praktisch unverändertem Niveau bleibt.

G 7.5 Pflege- und Haushaltshilfestunden der Spitex per Klient/Klientin 65+, Kantonsgruppe und Schweiz, 2011–2023



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

© Obsan 2025

7.1.3 Bevölkerungsszenarien

Die demografische Entwicklung der älteren Bevölkerung stellt den Haupttreiber der Bedarfsprognosen dar. Die Altersklasse 80+ wächst in der stationär-basierten Kantonsgruppe am stärksten, während sie in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe am schwächsten wächst.

Die stationär-basierte sowie die stationär- und ambulant-basierte Kantonsgruppe zeigen das stärkste Wachstum der Bevölkerung 65+, aber die stark ambulant-basierte Kantonsgruppe hat den höchsten Anteil an Personen 80+

Seit der bisherigen nationalen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022) ist die gesamte ältere Bevölkerung 65+ in der stationär-basierten und der stationär- und ambulant-basierten Kantonsgruppe am stärksten gewachsen (+8,8% beziehungsweise +8,7% gegenüber +5,4% und +7,6%; siehe T 7.3). In der Altersklasse 80+ zeigt sich in der stationär-und-ambulant basierte Kantonsgruppe das stärkste Wachstum mit +12,2% (gegenüber +9,7% bis +10,9%). Am höchsten ist der Anteil von Personen 80+ mit nahezu einem Drittel (31,3% gegenüber jeweils ungefähr 28% bis 29%) in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe.

In der stationär-basierten Kantonsgruppe ist das stärkste Wachstum der Bevölkerung 80+ zu erwarten

Im mittleren Bevölkerungsszenario des BFS variiert das Wachstum der Bevölkerung 65+ bis ins Jahr 2040 zwischen +32,3% (+39,2% bis 2050) für die zunehmend ambulant-basierten Kantonsgruppe und +40,4% (+53,9% bis 2050) für die stationär-basierte Kantonsgruppe (siehe G 7.6). In letztgenannter Kantonsgruppe steigt das Wachstum der Altersklasse 80+ überdurchschnittlich stark um +68,5% bis ins Jahr 2040 (gegenüber +59,0% in der gesamten Schweiz) und zeigt gar mehr als eine Verdoppelung (+115,9% gegenüber +99,8% in der Schweiz) bis ins Jahr 2050. Am schwächsten wächst die Bevölkerung 80+ in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe (+50,2% bis 2040 und +87,5% bis 2050). Die jüngere Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Bevölkerung wächst überall weniger deutlich. Eine Auffälligkeit zeigt sich in der zunehmend ambulant-basierten Kantonsgruppe, in der ein Wachstum von +20,1% bis ins Jahr 2040 und +15,0% bis ins Jahr 2050 zu sehen ist. Somit wächst in dieser Kantonsgruppe der Anteil der 65- bis 79-Jährigen zwar, aber ab 2040+ ist ein rückläufiger Trend zu beobachten.

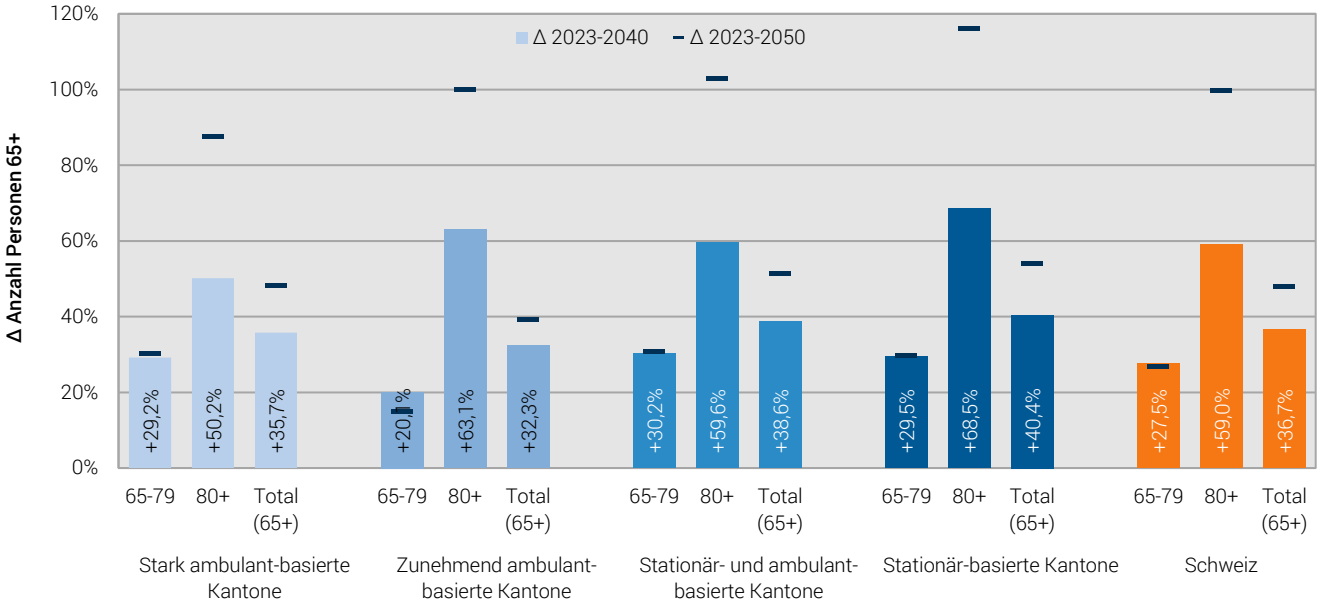
T 7.3 Unterschied in der Ausgangslage, Kantonsgruppe und Schweiz, 2019–2023

Kantonsgruppe	Alterklasse	Beobachtete Bevölkerung					
		2019		2023		2019-2023	
		N	%	N	%	Δ (N)	Δ (%)
Stark ambulant-basierte Kantone	65-79	242 716	70,0	250 885	68,7	+8 169	+3,4%
	80+	103 774	30,0	114 207	31,3	+10 433	+10,1%
	Total (65+)	346 490	100,0	365 092	100,0	+18 602	+5,4%
Zunehmend ambulant-basierte Kantone	65-79	272 340	72,0	290 998	71,5	+18 658	+6,9%
	80+	105 696	28,0	115 956	28,5	+10 260	+9,7%
	Total (65+)	378 036	100,0	406 954	100,0	+28 918	+7,6%
Stationär- und ambulant-basierte Kantone	65-79	536 199	72,3	575 928	71,4	+39 729	+7,4%
	80+	205 842	27,7	230 867	28,6	+25 025	+12,2%
	Total (65+)	742 041	100,0	806 795	100,0	+64 754	+8,7%
Stationär-basierte Kantone	65-79	100 875	72,5	108 918	71,9	+8 043	+8,0%
	80+	38 358	27,5	42 527	28,1	+4 169	+10,9%
	Total (65+)	139 233	100,0	151 445	100,0	+12 212	+8,8%
Schweiz	65-79	1 152 130	71,7	1 226 729	70,9	+74 599	+6,5%
	80+	453 670	28,3	503 557	29,1	+49 887	+11,0%
	Total (65+)	**1 605 800**	**100,0**	**1 730 286**	**100,0**	**+124 486**	**+7,8%**

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

© Obsan 2025

G 7.6 Entwicklung der Bevölkerung 65+, mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS, Kantonsgruppe und Schweiz, 2023–2050



Kantonsgruppe	Alterklasse	Bevölkerungsprognose*							
		2040		2050		2023-2040		2023-2050	
		N	%	N	%	Δ (N)	Δ (%)	Δ (N)	Δ (%)
Stark ambulant-basierte Kantone	65-79	324 093	65,4	326 572	60,4	+73 208	+29,2%	+75 687	+30,2%
	80+	171 506	34,6	214 123	39,6	+57 299	+50,2%	+99 916	+87,5%
	Total (65+)	495 599	100,0	540 695	100,0	+130 507	+35,7%	+175 603	+48,1%
Zunehmend ambulant-basierte Kantone	65-79	349 449	64,9	334 594	59,1	+58 451	+20,1%	+43 596	+15,0%
	80+	189 067	35,1	231 973	40,9	+73 111	+63,1%	+116 017	+100,1%
	Total (65+)	538 516	100,0	566 567	100,0	+131 562	+32,3%	+159 613	+39,2%
Stationär- und ambulant-basierte Kantone	65-79	749 676	67,0	753 184	61,7	+173 748	+30,2%	+177 256	+30,8%
	80+	368 545	33,0	468 088	38,3	+137 678	+59,6%	+237 221	+102,8%
	Total (65+)	1 118 221	100,0	1 221 272	100,0	+311 426	+38,6%	+414 477	+51,4%
Stationär-basierte Kantone	65-79	141 025	66,3	141 273	60,6	+32 107	+29,5%	+32 355	+29,7%
	80+	71 641	33,7	91 823	39,4	+29 114	+68,5%	+49 296	+115,9%
	Total (65+)	212 666	100,0	233 096	100,0	+61 221	+40,4%	+81 651	+53,9%
Schweiz	65-79	1 564 243	66,1	1 555 623	60,7	+337 514	+27,5%	+328 894	+26,8%
	80+	800 759	33,9	1 006 007	39,3	+297 202	+59,0%	+502 450	+99,8%
	Total (65+)	**2 365 002**	**100,0**	**2 561 630**	**100,0**	**+634 716**	**+36,7%**	**+831 344**	**+48,0%**

* Mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung des BFS.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

7.2 Bedarfsprognosen

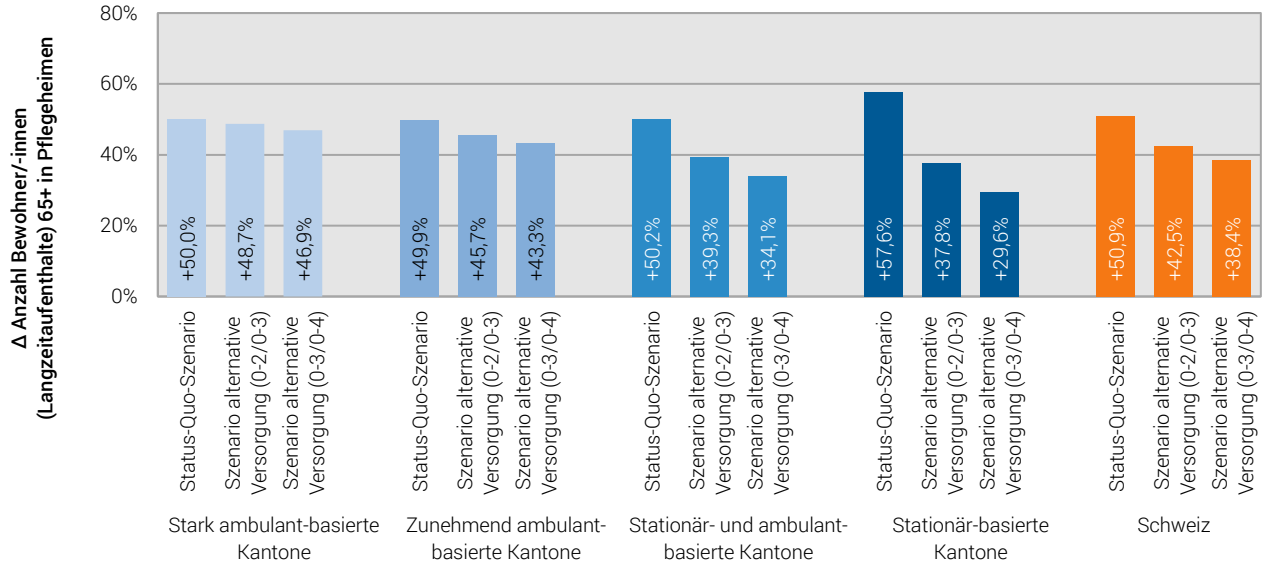
Im Status-Quo-Szenario wird der Bedarf in allen vier Kantonsgruppen bedeuten ansteigen und dort am stärksten ausfallen, wo die Bevölkerung 80+ am stärksten wächst. In den Pflegeheimen lässt sich der Bedarf durch die Szenarien der alternativen Versorgung verlangsamen, wobei eine Substitution vor allem dort Wirkung zeigt, wo anteilsmässig viele nicht bis leicht pflegebedürftige Personen ein Langzeitbett belegen und theoretisch auch ambulant oder intermediär versorgt werden könnten. Im Bereich der Spitex – wo der Bedarf bereits aufgrund der demografischen Entwicklung beträchtlich wachsen wird – ist durch die Substitution mit einem zusätzlichen Bedarfswachstum zu rechnen, das besonders in eher stationär-geprägten Versorgungslandschaften stärker ins Gewicht fallen wird. Nachfolgend werden die Ergebnisse nach Struktur präsentiert und auf Besonderheiten eingegangen.

7.2.1 Langzeitaufenthalte im Pflegeheim

Das Bedarfswachstum wird in allen vier Kantonsgruppen durch die Altersklasse 80+ getrieben und fällt in der stationär-basierten Kantonsgruppe am stärksten aus

Bis ins Jahr 2040 streuen die regionalen Bedarfsprognosen im Status-Quo-Szenario zwischen +49,9% und +57,9%, wobei letzterer Wert der stationär-basieren Kantonsgruppe von den anderen drei Werten (jeweils 50%) abweicht (siehe G 7.7). Es zeigt sich in allen vier Kantonsgruppen, dass dieses Wachstum vor allem durch den Bedarf der Altersklasse 80+ getrieben wird, denn der Bedarf in der jüngeren Altersklasse der 65- bis 79-jährigen Personen wächst deutlich schwächer mit +0,6% in der zunehmend ambulant-basierten Kantonsgruppe bis maximal +11,4% in der stationär-basierten Kantonsgruppe (siehe G 7.8). In der Altersklasse 80+ wächst der Bedarf in letztgenannter Kantonsgruppe am stärksten (+68,7%) und ist in der zunehmend ambulant-basierten Kantonsgruppe am zweitstärksten (+62,2%), die bis ins Jahr 2040 auch das zweitstärkste Wachstum der Bevölkerung 80+ ausweist (siehe G 7.8).

G 7.7 Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitaufenthalten, Kantonsgruppe und Schweiz, 2023–2040

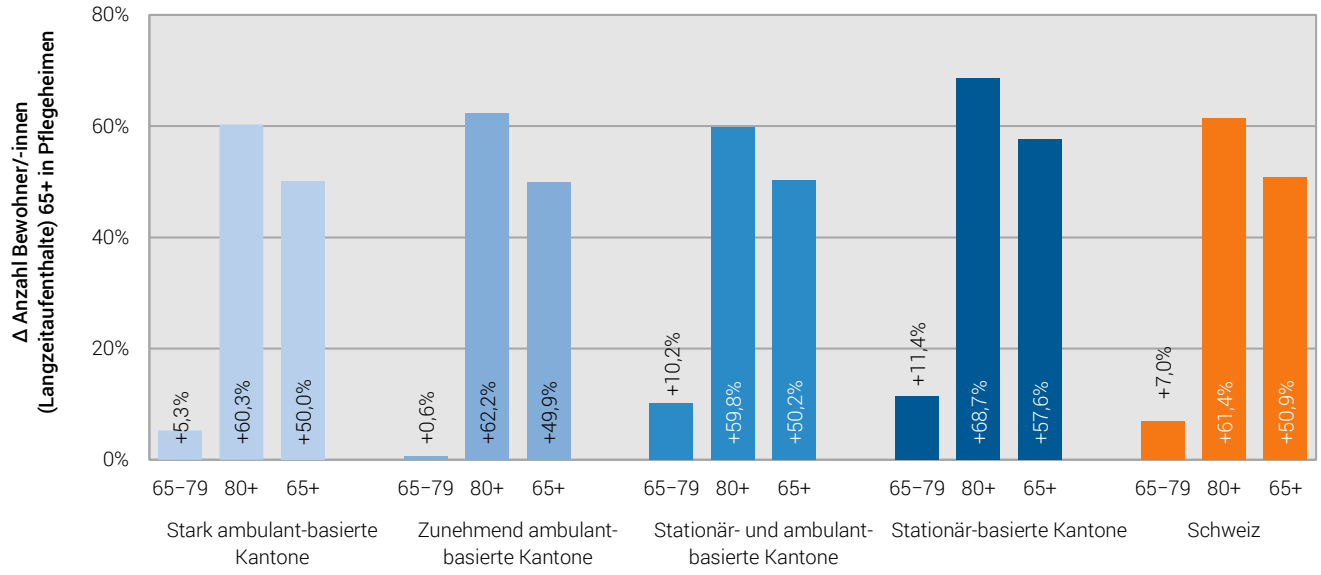


Anmerkung: Bewohnerinnen und Bewohner des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

G 7.8 Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitaufenthalten, Kantonsgruppen und Schweiz, 2023–2040



Anmerkung: Bewohnerinnen und Bewohner des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Der zusätzliche Bedarf an Langzeitbetten ist der stationär-basierten und der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe am höchsten, aber aus unterschiedlichen Gründen

In der stark ambulant-basierten und der stationär-basierten Kantonsgruppe nimmt der zusätzliche Bettenbedarf bis 2040 am deutlichsten zu (+45,5% und +44,2%), was aber zwei unterschiedliche Gründe hat (siehe T 7.4). In der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe ist zwar mit einem vergleichsweise geringem Bedarfswachstum von +50,0% (siehe G 7.7) zu rechnen, allerdings ist das Platzangebot mit 51,0 Langzeitbetten pro 1000 Einwohnenden (siehe G 7.4) relativ gering, weshalb zukünftig mit einem deutlicheren zusätzlichen Bettenbedarf gerechnet werden muss, um die Nachfrage zu decken. In der stationär-basierten Kantonsgruppe fällt das Platzangebot mit 65,7 Langzeitbetten pro 1000 Einwohnenden (siehe G 7.4) zwar am höchsten aus, allerdings wächst hier der Bedarf am stärksten, weshalb auch in dieser Kantonsgruppe zusätzliche Langzeitbetten benötigt werden, damit keine Knappheit entsteht.

Je stärker stationär-basiert die Alters- und Langzeitpflege ist, desto höher ist das Potenzial der alternativen Versorgung von nicht bis leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnenden

Das stärkste Potenzial der alternativen Versorgung ist in der stationär-basierten Kantonsgruppe, die mit einem Viertel (25,2%) am meisten nicht beziehungsweise leicht pflegebedürftige Personen in den Pflegeheimen versorgt. Im Szenario der alternativen Versorgung 0–2 reduziert sich das Bedarfswachstum von +57,6% im Status-Quo-Szenario um –20 Prozentpunkte auf +37,8% im Jahr 2040 (siehe G 7.7). In den drei anderen Kantonsgruppen beträgt diese Reduktion knappe zwei bis ungefähr –10 Prozentpunkte. Im Szenario der alternativen Versorgung 0–3 beträgt diese Reduktion ungefähr –28 Prozentpunkte und das Bedarfswachstum resultiert im Jahr 2040 bei +29,6% anstelle der +57,6% im Status-Quo-Szenario. Folglich reduziert sich der Bedarf an zusätzlich benötigten Langzeitbetten von +4237 Betten (+44,2%) im Status-Quo-Szenario auf +1773 Betten (+18,5%) im Szenario der alternativen Versorgung 0–3 (siehe T 7.4).

Gegenüber diesen deutlichen Effekten zeigen sich die schwächsten Effekte der alternativen Versorgung in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe, in welcher das Verlagerungspotenzial deutlich geringer ist, da nur noch wenig Langzeitbetten durch Personen der Pflegestufen 0 bis 2 belegt werden. Folglich steigt auch der Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten in Zukunft in beiden Szenarien am stärksten und die minime Substitution kann das Bedarfswachstum nur wenig verlangsamen: +44,2% und +42,6% (gegenüber +45,5% im Status-Quo-Szenario; siehe T 7.4). Deutlicher lässt sich der Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten durch eine Substitution in der stationär-basierten Kantonsgruppe reduzieren: Von +44,2% im Status-Quo-Szenario auf +26,0% beziehungsweise auf +18,5%.

T 7.4 Zusätzlicher Bettenbedarf, 2023–2040

Kantonsgruppe	2023	Δ 2023-2040					
	Platzangebot	Bedarf zusätzlicher Pflegebetten					
		Status-Quo-Szenario		Szenario alternative Versorgung (0-2/0-3)		Szenario alternative Versorgung (0-3/0-4)	
	N	N	%	N	%	N	%
Stark ambulant-basierte Kantone	17 327	+7 887	+45.5%	+7 665	+44.2%	+7 373	+42.6%
Zunehmend ambulant-basierte Kantone	22 612	+8 782	+38.8%	+7 905	+35.0%	+7 399	+32.7%
Stationär- und ambulant-basierte Kantone	42 636	+16 010	+37.6%	+11 746	+27.5%	+9 700	+22.8%
Stationär-basierte Kantone	9 590	+4 237	+44.2%	+2 495	+26.0%	+1 773	+18.5%
Schweiz	**92 165**	**+36 916**	**+40.1%**	**+29 811**	**+32.3%**	**+26 245**	**+28.5%**

Anmerkung: Bewohnerinnen und Bewohner des gesamten Jahres gewichtet für ihre Aufenthaltsdauer (VZÄ).

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

7.2.2 Spitex-Pflege

Die Klientel wie auch die Stunden der Spitex-Pflege wachsen aufgrund der demografischen Entwicklung um maximal die Hälfte

Im Status-Quo-Szenario ist sowohl für das Klientel[24] wie auch für die Stunden der Spitex-Pflege ein ähnlicher prozentualer Bedarfswachstum zu erwarten, der über die vier Kantonsgruppen leicht variiert. Am geringsten ist das Bedarfswachstum bis 2040 in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe für das Klientel (+38,9%) und für die Pflegestunden (+39,9%; siehe G 7.9). Am stärksten ist es in der stationär-basierten Kantonsgruppe mit +47,0% beziehungsweise mit +48,5%.

Die Substitution führt in der stationär-basierten Kantonsgruppe zu einem überdurchschnittlich starken Wachstum – insbesondere in den Pflegestunden zuhause

Die Szenarien der alternativen Versorgung bedeuten für die Spitex einen zusätzlichen Bedarfsanstieg, da zum prognostizierten Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung zusätzlich der der Substitution hinzukommt. Am stärksten davon betroffen ist die stationär-basierte Kantonsgruppe, die mit dem bereits ohnehin höchsten prognostizierten Bedarfswachstum. In dieser Kantonsgruppe wächst das Pflege-Klientel im Szenario der alternativen Versorgung 0–2 um +65,2% und um +72,8% im Szenario der alternativen Versorgung 0–3 (gegenüber +47,0% gemäss Referenzszenario; siehe G 7.9).

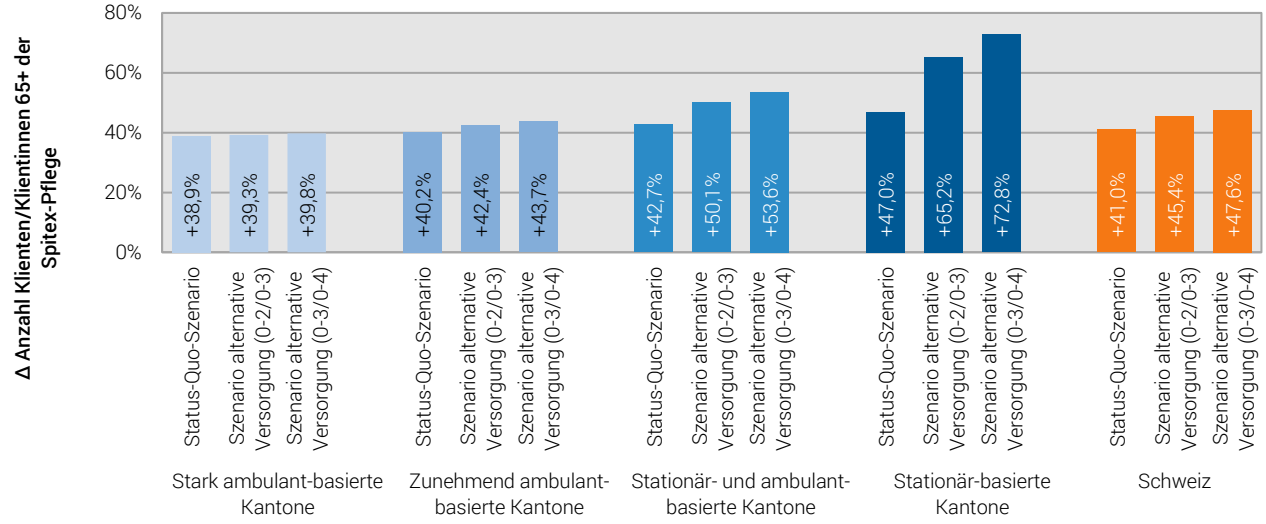
In der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe zeigt sich ein sehr geringer Effekt der Substitution und die Szenarien der alternativen Versorgung weichen gerade einmal um –0,4 beziehungsweise –0,9 Prozentpunkte vom Status-Quo-Szenario ab. Der Grund für diesen schwächeren Effekt ist, dass in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe anteilsmässig sehr wenig Personen mit niedrigem Pflegebedarf in den Pflegeheimen versorgt werden und das Verlagerungspotenzial anhand der tiefen Pflegestufen in den letzten Jahren bereits stark ausgeschöpft wurde.

Der Substitutionseffekt ist im Bereich der Pflegestunden noch deutlicher zu sehen, da alternativ versorgte Personen zuhause dieselbe Pflegedauer erhalten wie im Pflegeheim. Das heisst, die täglichen Minuten Pflege werden in die durchschnittlichen jährlichen Pflegestunden umgerechnet. Diese transformierten Pflegestunden sind höher als die durchschnittlichen jährlichen Pflegestunden der Spitex und stellen einen bedeutenden Stundenzuwachs dar. So steigt der Bedarf in der stationär-basierte Kantonsgruppe im Szenario der alternativen Versorgung 0–2 um +86,3% und zeigt mehr als eine Verdoppelung (+119,3%) im Szenario der alternativen Versorgung 0–3 (gegenüber +48,5% im Status-Quo-Szenario; siehe G 7.9). Im Vergleich dazu erhöht sich das prognostizierte Bedarfswachstum durch die Substitution in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe kaum: +40,9% und +43,2% gegenüber +39,9% im Status-Quo-Szenario.

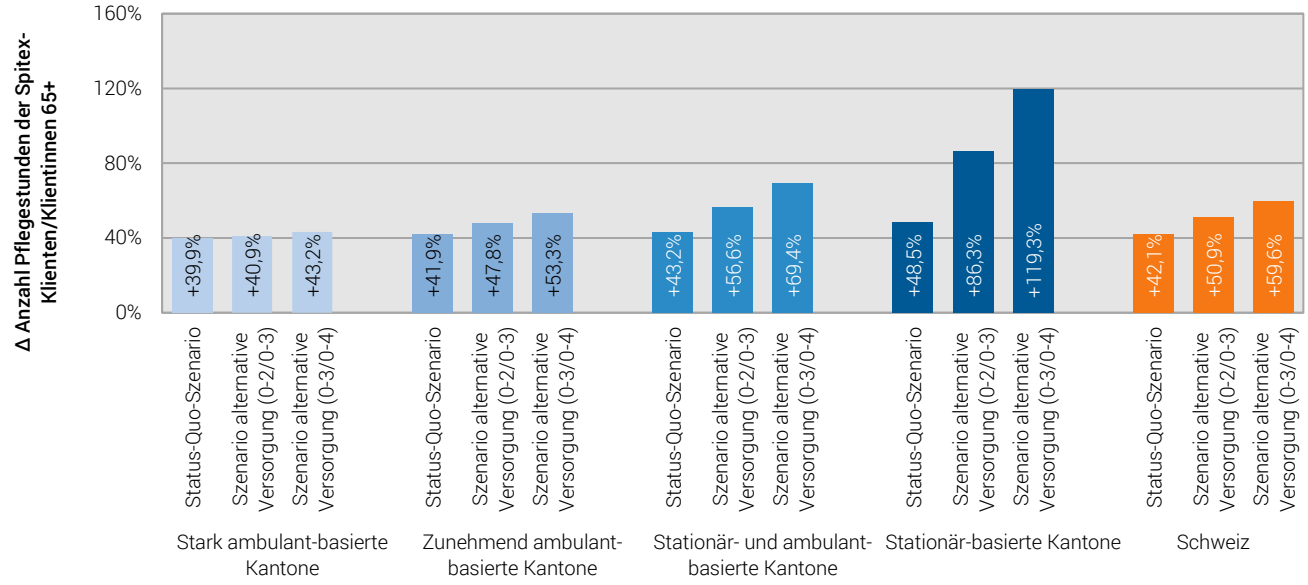
[24] Aufgrund von Mehrfachzählungen dürfte die Anzahl der Klientinnen und Klienten überschätzt sein, während die Stunden durch mögliche Mehrfachzählungen nicht tangiert sind.

G 7.9 Klientinnen und Klienten sowie der Leistungsstunden in der Spitex-Pflege, Kantonsgruppe und Schweiz, 2023–2040

Klientel der Spitex-Pflege



Stunden der Spitex-Pflege



Anmerkung: Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig der Pflegedauer. Die Ergebnisse enthalten Rundungen.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

7.2.3 Spitex-Haushaltshilfe

Der Bedarf in der Haushaltshilfe wird aufgrund der demografischen Entwicklung ebenfalls deutlich zunehmen, wenn auch etwas geringer als in der Pflegebedarf

Analog zur Pflege fällt auch in der Spitex-Haushaltshilfe die Bedarfsprognose gemäss Status-Quo-Szenario bis ins Jahr 2040 in der stationär-basierten Kantonsgruppe am höchsten (+47,3%) aus. Insgesamt streut das Bedarfswachstum über die vier Kantonsgruppen um 10 Prozentpunkte, wobei der Bedarf in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe am schwächsten (+37,2%) wächst (siehe G 7.10). Das ähnliche Muster zeigt sich in den zu erwartenden Hauswirtschaftsstunden, wo der Bedarf zwischen +38,2% bis +48,7% streut (siehe G 7.10).

Die Substitution führt in der stationär-basierten Kantonsgruppe zu einem überdurchschnittlich starken Wachstum – sowohl in der Klientel wie auch in den Stunden

Insbesondere in den stark stationär-basierten Kantonsgruppe erhöht sich das prognostizierte Bedarfswachstum der Klientel durch die alternative Versorgung auf +70,5% im Szenario der alternativen Versorgung 0–2 und +80,1% im Szenario der alternativen Versorgung 0–3 (gegenüber +47,3% im Status-Quo-Szenario; siehe G 7.10). Deutlich weniger starken Einfluss hat die Substitution in der stark-ambulant-basierten Kantonsgruppe. Hier verändert sich das das prognostizierte Bedarfswachstum nur minim: +38,8% und +40,9% gegenüber +37,2% im Status-Quo-Szenario. In den Bedarfsprognosen der Haushaltshilfestunden zeigen sich praktisch die gleichen Effekte, wobei der Bedarf in der stationär-basierte Kantonsgruppe am stärksten wächst und auch den deutlichsten Substitutionseffekt zeigt, während beide Aspekte in der ambulant-basierten Kantonsgruppe deutlich niedriger ausfallen.

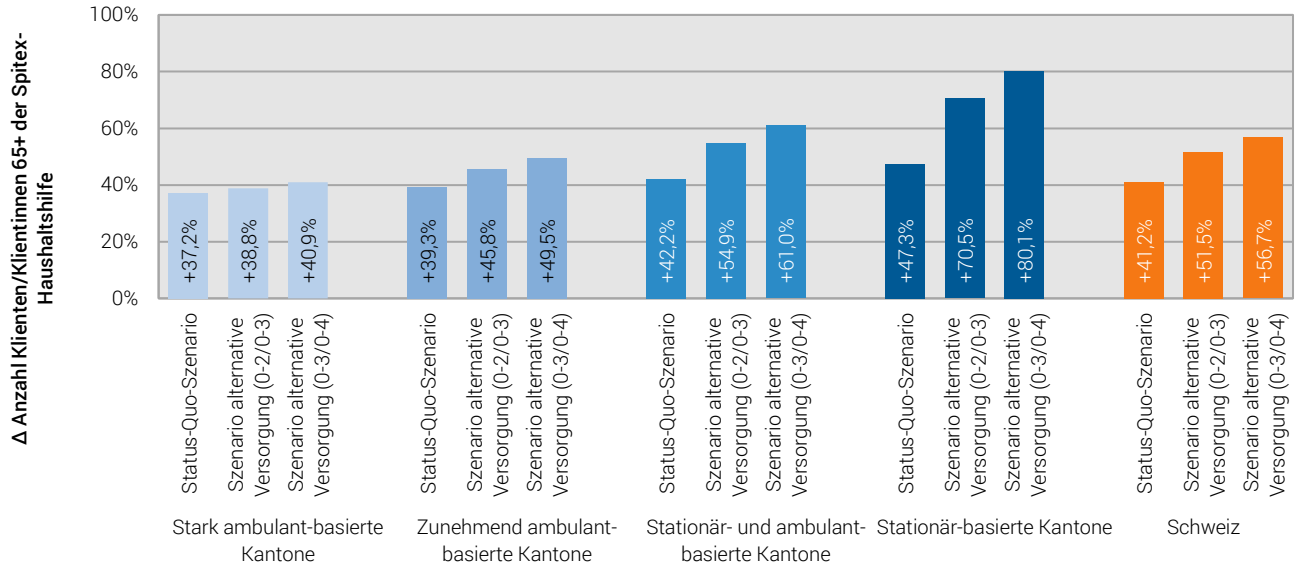
7.2.4 Intermediäre Strukturen: Kurzzeitaufenthalte

Je höher die Substitution, desto höher der zukünftige Bedarf an Kurzzeitplätzen

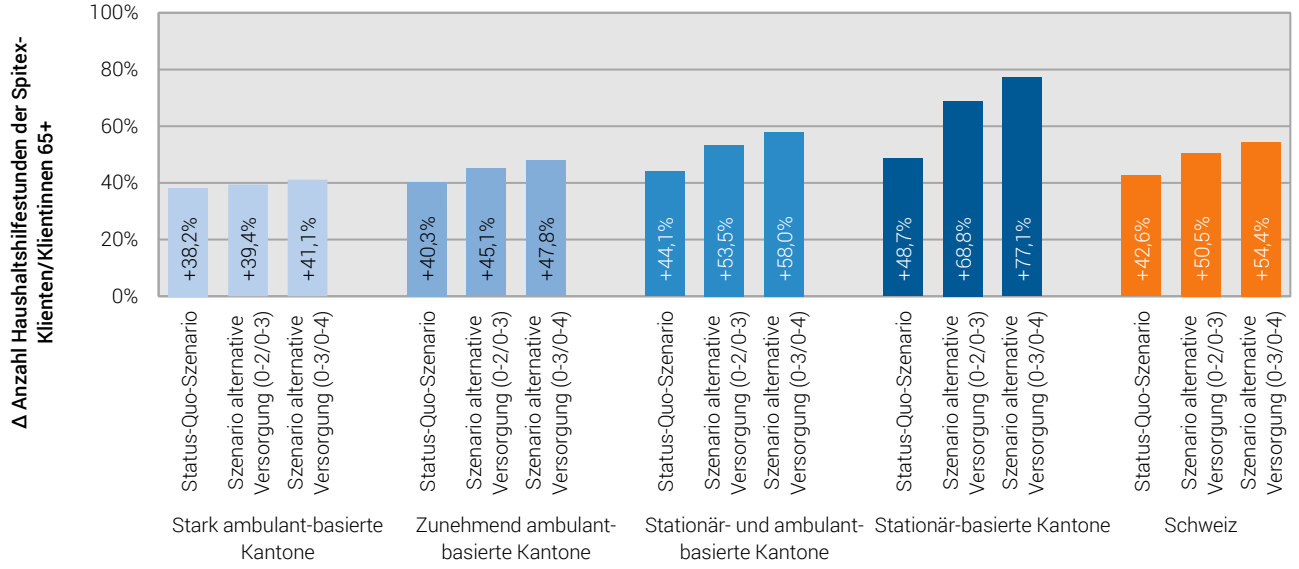
Auch in der Bedarfsprognose der Kurzzeitaufenthalte ist im Status-Quo-Szenario in der stationär-basierten Kantonsgruppe mit dem grössten (+52,3%) und in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe mit dem geringsten Bedarfswachstum (+43,6%) zu rechnen (siehe G 7.11). Aufgrund der Substitutionsflüsse in das angestammte zuhause ist auch in den Kurzzeitaufenthalten mit einem zusätzlichen Bedarfsanstieg zu rechnen. Am deutlichsten ist dieser erneut in der stationär-basierten Kantonsgruppe: im Szenario Alternative Versorgung 0–2 beträgt er +72,8% und im Szenario der alternative Versorgung 0–3 sind es +81,1% gegenüber +52,3% im Status-Quo-Szenario. Im Vergleich dazu ist der zusätzliche Bedarfsanstieg in der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe aufgrund der Substitution minimal: +44,1% und +44,7% gegenüber +43,6%.

G 7.10 Klientinnen und Klienten sowie der Leistungsstunden in der Spitex-Haushaltshilfe, Kantonsgruppe und Schweiz, 2023–2040

Klientel der Spitex-Haushaltshilfe



Stunden der Spitex-Haushaltshilfe

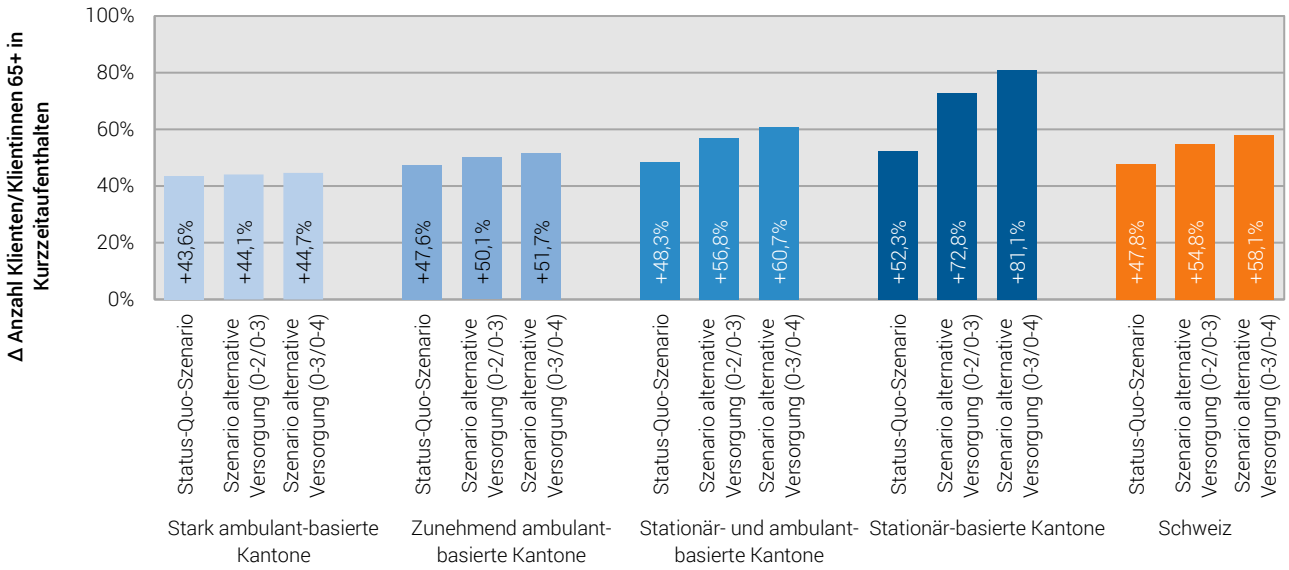


Anmerkung: Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig der Pflegedauer. Die Ergebnisse enthalten Rundungen.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

G 7.11 Personen in Kurzzeitaufenthalten in Pflegeheimen, Kantonsgruppe und Schweiz, 2023–2040



Anmerkung: Klientinnen und Klienten des gesamten Jahres, unabhängig der Pflegedauer. Die Ergebnisse enthalten Rundungen.

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

8 Synthese und Diskussion

In den bisherigen Kapiteln wurde die Auswirkung der erwarteten demografischen sowie versorgungspolitischen Entwicklungen pro Bereich dargestellt. Nachfolgend wird eine bereichsübergreifende Übersicht gegeben und die Bandbreiten der Bedarfsprognosen zusammenfassend dargestellt. Anschliessend wird das Potenzial der alternativen Versorgung von nicht und leicht pflegebedürftigen Personen ausserhalb der Pflegeheime auf nationaler wie auch regionaler Ebene diskutiert. Abschliessend werden die wichtigsten Limitationen und die Bedeutung der Ergebnisse diskutiert sowie ein Ausblick gegeben.

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

Die Bevölkerungsszenarien des BFS 2025 bestätigen, dass die ältere Bevölkerung bis ins Jahr 2040 stark zunehmen wird, wenngleich das Ausmass etwas geringer ausfällt als vor der Pandemie erwartet (Kohli et al., 2020). Neu wird auch gezeigt, dass dieses Wachstum mindestens bis ins Jahr 2070 anhält – die Kinder der Babyboomer und die hohen Migrationsflüsse bilden eine Art zweite Babyboomer-Welle. Nachfolgend werden die Auswirkung der demografischen Entwicklung auf den Bedarf an Alters- und Langzeitpflege aufgezeigt, wobei zuerst von keiner Anpassung der Versorgungspolitik gegenüber heute ausgegangen wird (Status-Quo-Szenario).

8.1.1 Bedarfsprognosen bei unveränderter Versorgungspolitik (Status-Quo)

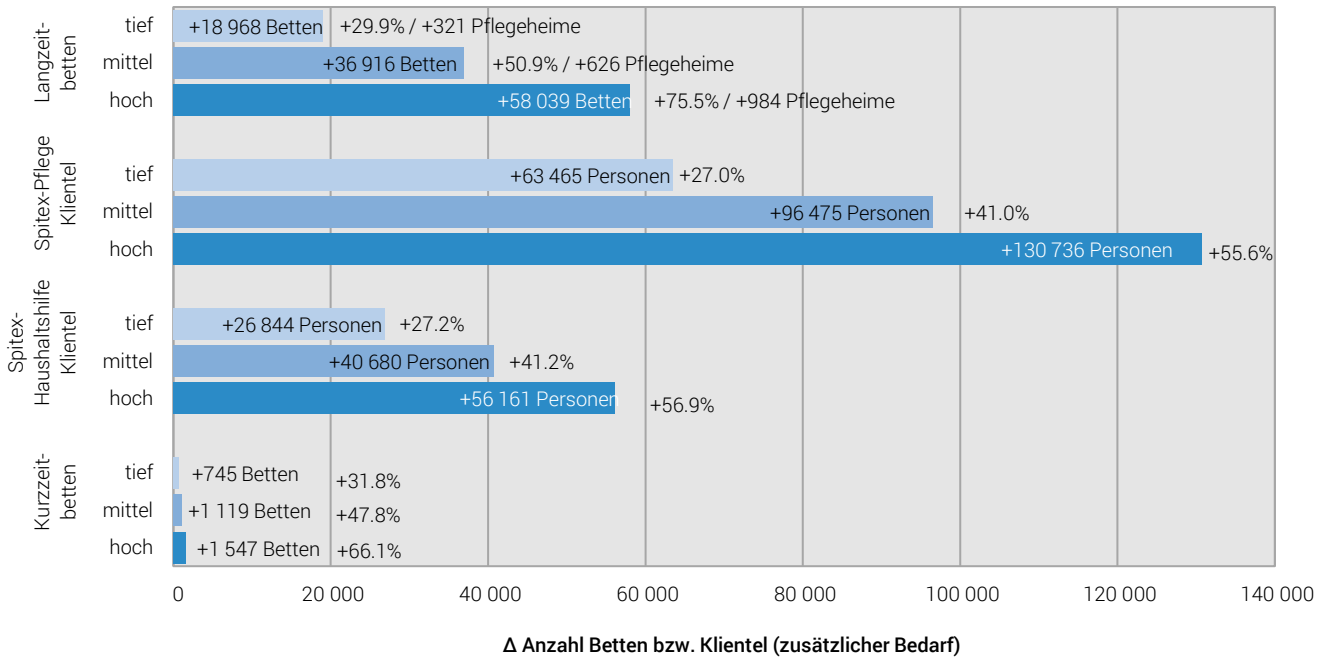
Der Bedarf in den beiden Hauptstrukturen – d. h. in den Pflegeheimen und der Spitex-Pflege – wird bis ins Jahr 2040 um nahezu die Hälfte (+42,7%) ansteigen. Somit müssten in den nächsten 15 Jahren fast 140 Tausend zusätzliche Personen 65+ in einem Pflegeheim, in ihrem angestammten Zuhause oder einer betreuten Wohnform pflegerisch versorgt werden (siehe Anhang T 10.1). Folglich werden die Schweiz und die Kantone (weiterhin) vor der grossen Herausforderung stehen, die pflegebedürftige Bevölkerung angemessen zu versorgen und dabei auch die eigenen Institutionen für das Bevorstehende vorzubereiten.

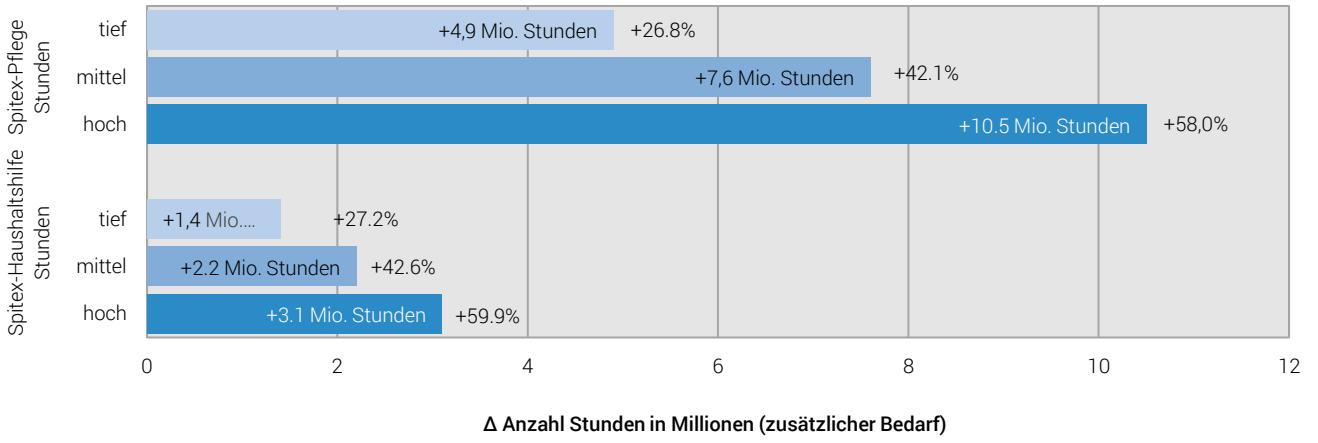
Die Langzeitaufenthalte in den Pflegeheimen wachsen bei unveränderter Versorgungspolitik mit einem Faktor 1,5

Bis ins Jahr 2040 ist im Status-Quo-Szenario in den Pflegeheimen mit einem Bedarfsanstieg um die Hälfte (+50,9%) zu rechnen. Dies würde +36 916 neue Langzeitbetten oder +626 neuen Pflegeheimen[25] entsprechen (siehe T 5.1). Im Vergleich zur früheren nationalen Bedarfsprognose, deren Datengrundlage von 2019 ist und somit auf der Situation vor der Pandemie basiert, hat sich der Bedarf im Status-Quo-Szenario um –295 Pflegeheime reduziert (siehe Kapitel 8.1.3). Die aktualisierte Bedarfsprognose entspricht der damaligen Bedarfsprognose auf Basis des tiefen Bevölkerungsszenarios des BFS 2020 (siehe Kapitel 8.1.2). Das Bedarfswachstum bleibt aber nach wie vor stark.

[25] Diese Schätzung basiert auf der Annahme, dass ein Pflegeheim von durchschnittlicher Grösse 59 Betten zur Verfügung stellt. Es ist derselbe Wert wie in der Studie von 2022, damit Vergleiche angestellt werden können.

G 8.1 Demografische Bandbreite des zusätzlichen Bedarfs im Jahr 2040





Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025: tief, mittel und hoch), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Prozentual am zweitstärksten wächst der Bedarf in den Kurzzeitaufenthalten

Ebenfalls fast um die Hälfte (+47,8%) steigt der Bedarf an Kurzzeitbetten (siehe G 8.1). Bis ins Jahr 2040 dürften aufgrund der demografischen Entwicklung +1119 neue Kurzzeitbetten benötigt werden. Dies entspricht ungefähr +12 925 neuen Klientinnen und Klienten, die auf die im Jahr 2023 bestehenden 27 048 Kurzzeitaufenthalterinnen und Kurzzeitaufenthalter kommen.

Das Leistungsvolumen der Spitex könnte bei unveränderter Versorgungspolitik um den Faktor 1,4 steigen

Bis ins Jahr 2040 wird aufgrund der erwarteten demografischen Entwicklung das Leistungsvolumen beider Spitex-Bereiche um 40% zunehmen. In der Pflege entspricht dies +7,6 Millionen zusätzlichen Pflegestunden auf die 18,1 Millionen abgerechneten Pflegestunden im Jahr 2023 (siehe G 8.1). In Vollzeitäquivalenten (VZÄ; die Anzahl Vollzeitstellen) entspricht dies +7397 neuen VZÄ

auf die 17 568 bestehenden VZÄ im Jahr 2023.[26] Die Haushaltshilfe steigt in ähnlichem Ausmass: +2,2 Millionen zusätzliche Haushaltshilfestunden bis ins Jahr 2040 auf die 2023 geleisteten 5,2 Millionen Stunden.

Weitblick: Bis ins Jahr 2050 wird der pflegerische Bedarf weiter ansteigen

Innerhalb von weiteren 10 Jahren dürften sich die zusätzliche Anzahl neuer Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitaufenthalte noch einmal um über 50% steigern. D. h. von ungefähr 44 Tausend neuen Bewohnenden im Jahr 2040 auf ungefähr 68 Tausend neue Bewohnenden im Jahr 2050. Somit könnten im Jahr 2050 deutlich mehr als 1000 neue Pflegeheime benötigt werden (bei unveränderter Versorgungspolitik, vergleiche Anhang T 10.1).

Ähnlich verhält es sich in den drei weiteren Strukturen, wo zwischen 2040 und 2050 noch einmal zwischen 50% bis 55% neue Klientel hinzukommt. Bei solchen weitsichtigen Bedarfsprognosen gilt es allerdings zu beachten, dass sich das gesundheitspolitische wie auch gesellschaftliche Umfeld weiterentwickeln kann und auch unvorhersehbare Ereignisse die Demografie beeinflussen. Folglich gilt es Bedarfsprognosen in regelmässigen Abständen zu Aktualisieren und den neusten Gegebenheiten anzupassen.

8.1.2 Sensitivitätsanalyse

Demografische Bandbreite: Welchen Einfluss haben die verschiedenen demografischen Szenarien auf die Bedarfsprognosen?

Die Covid-19-Pandemie (2020–2021), die erhöhte Virulenz der Grippe (Winter 2022) oder Migrationsbewegungen aufgrund geopolitischer Krisen, können unerwartete Einflüsse auf die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung haben. Folglich wurde evaluiert, wie sich die Bedarfsprognosen verändern, wenn ein anderes demografische Szenario in Betracht gezogen wird als das mittlere BFS-Szenario 2025.

Wird von höherer Sterblichkeit oder mehr Auswanderung bei Personen 65+ ausgegangen (d. h. tiefes BFS-Szenario), so wird der zusätzliche Bedarf auf +18 968 Langzeitbetten geschätzt, was ungefähr +321 Pflegeheimen entspricht (siehe G 8.1). Wird hingegen von einer optimistischeren Annahme bezüglich der Entwicklung der Lebenserwartung ausgegangen oder anhaltenden geopolitischen Krisen mit starken Migrationszuflüssen (d. h. hohes BFS-Szenario), dann beläuft sich der zusätzliche Bedarf auf +58 039 Langzeitbetten, was wiederum +984 Pflegeheimen sein könnten.[27]

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass eine Bedarfsprognose die Realität nicht vorhersagen kann, da sich die Demografie einer Bevölkerung innerhalb kurzer Zeit verändern kann und sich solche Effekte über die Jahre kumulieren. Jede Bedarfsprognose simuliert Entwicklungen unter bestimmten Annahmen und erzielt so eine Bandbreite, in der der tatsächliche Bedarf ungefähr liegen dürfte. In Beispiel der Langzeitbetten kann festgehalten werden, dass der erwartete Anstieg des Bettenbedarfs selbst im tiefen BFS-Szenario +19 neue Pflegeheime pro Jahr wäre.

Epidemiologische Bandbreite: Wie beeinflussen Annahmen zur Pflegedauer die Bedarfsprognosen?

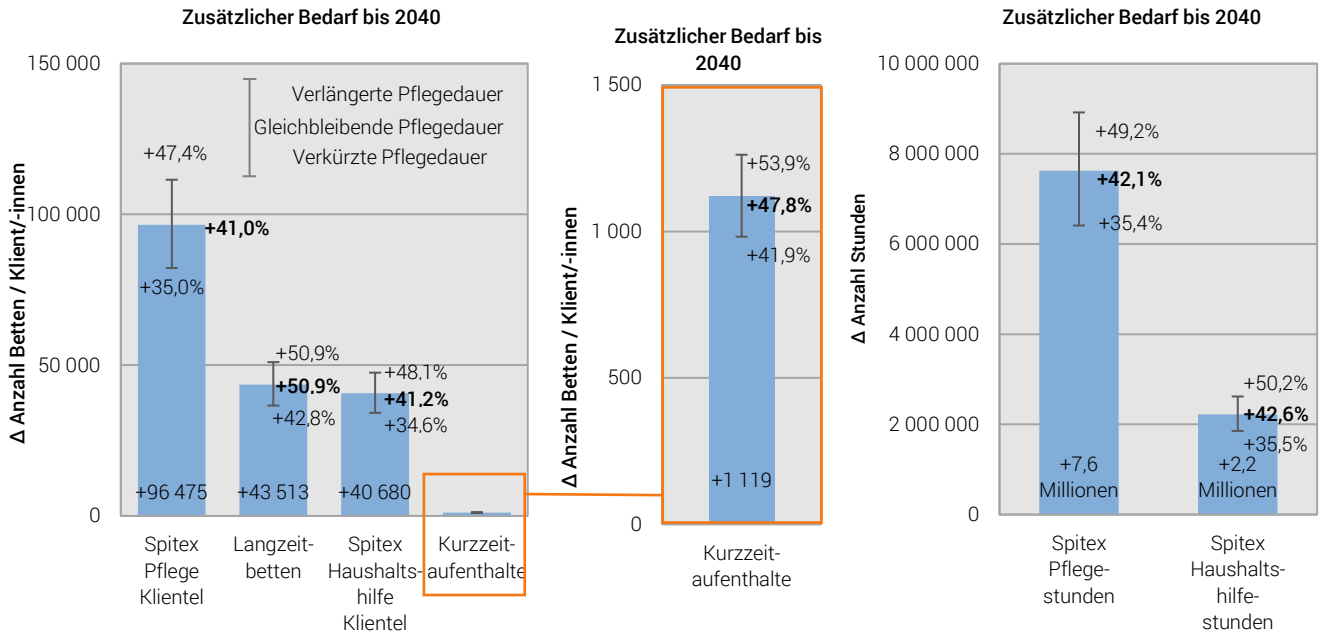
Neben demografischen Einflüssen haben auch gesundheitsrelevante Faktoren einen Einfluss auf die Bedarfsprognosen. Die Frage ist, ob die Dauer der Pflegebedürftigkeit bei steigender Lebenserwartung stabil bleibt, sich verkürzt oder gar steigt. Medizintechnische Fortschritte, Verstärkung von gesundheitsfördernden Massnahmen oder auch eine Zunahme von Patientenverfügungen mit Verzicht von lebenserhaltenden Massnahmen können beispielsweise dazu führen, dass sich die Pflegedauer älterer Personen zukünftig deutlich reduziert. Ist von solchen Annahmen auszugehen, so könnte sich die Pflegedauer mit zunehmender Lebenserwartung verkürzen (d. h. absolute Kompression der Morbidität) und der Bedarf dürfte niedriger ausfallen als im Status-Quo-Szenario prognostiziert (siehe G 8.2). Ist hingegen von Nachwirkungen einer Pandemie (wie beispielsweise Long Covid) oder Fortschritten im Management von chronischen Krankheiten auszugehen, so dürften ältere Personen zukünftig länger pflegebedürftig sein. Die Pflegedauer dürfte mit steigender Lebenserwartung überproportional ausfallen (d. h. Expansion der Morbidität) und der Bedarf wird gegenüber dem Status-Quo-Szenario (mit gleichbleibender Pflegedauer) höher ausfallen.

Wie die im Bericht präsentierten und vergangenen Analysen der SGB 2012, 2017 und 2022 zeigen, ist zum heutigen Zeitpunkt von einer stabilen, gleichbleibenden Pflegedauer auszugehen und die Ergebnisse deuten nicht in Richtung einer verkürzten beziehungsweise verlängerten Pflegedauer hin (siehe Kapitel 2.6.1; Seematter-Bagnoud et al., 2022).

[26] Es handelt sich hierbei um eine grobe Schätzung, die auf 1031,2 jährlichen Pflegestunden pro VZÄ im Jahr 2023 basiert, ohne dabei Wegzeiten, Verwaltungsarbeiten und Haushälterisches einzubeziehen. Im Jahr 2026 wird das Obsan eine Aktualisierung der Personalbedarfsprognosen publizieren, die sich im Detail mit dem zukünftigen Personalbedarf beschäftigen wird. Die verwendeten 1031,2 Pflegestunden wurden auf Basis des Obsan-Indikators «Personalausstattung in der Pflege» für den Spitex-Bereich abgeleitet.

[27] Die Effekte in den anderen Versorgungsstrukturen gehen in dieselbe Richtung, variieren allerdings leicht aufgrund der unterschiedlichen Altersstrukturen der Klientel der verschiedenen Leistungserbringer.

G 8.2 Epidemiologische Bandbreite des zusätzlichen Bedarfs im Jahr 2040



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan © Obsan 2025

8.1.3 Vergleich mit bisherige Bedarfsprognosen

Für die Langzeitbetten entspricht die aktuelle Bedarfsprognose mit dem mittleren BFS-Szenario der vorherigen Bedarfsprognose mit dem tiefen BFS-Szenario

Der Hauptauslöser für die Aktualisierung der Bedarfsprognosen war die Publikation der neuen Bevölkerungsszenarien des BFS im April 2025, die die überarbeiteten Hypothesen und die Effekte der Covid-19-Pandemie beinhalten (Kohli & Probst, 2025). Unter Verwendung des aktualisierten mittleren BFS-Szenario (2025) fällt die Bedarfsprognose der Langzeitbetten für das Status-Quo-Szenario für das Jahr 2040 um –11,4% niedriger aus als in der früheren nationalen Bedarfsprognose (Pellegrin et al., 2022; siehe G 8.3). Diese Abweichung ist nicht modellbedingt (siehe K 8.1).

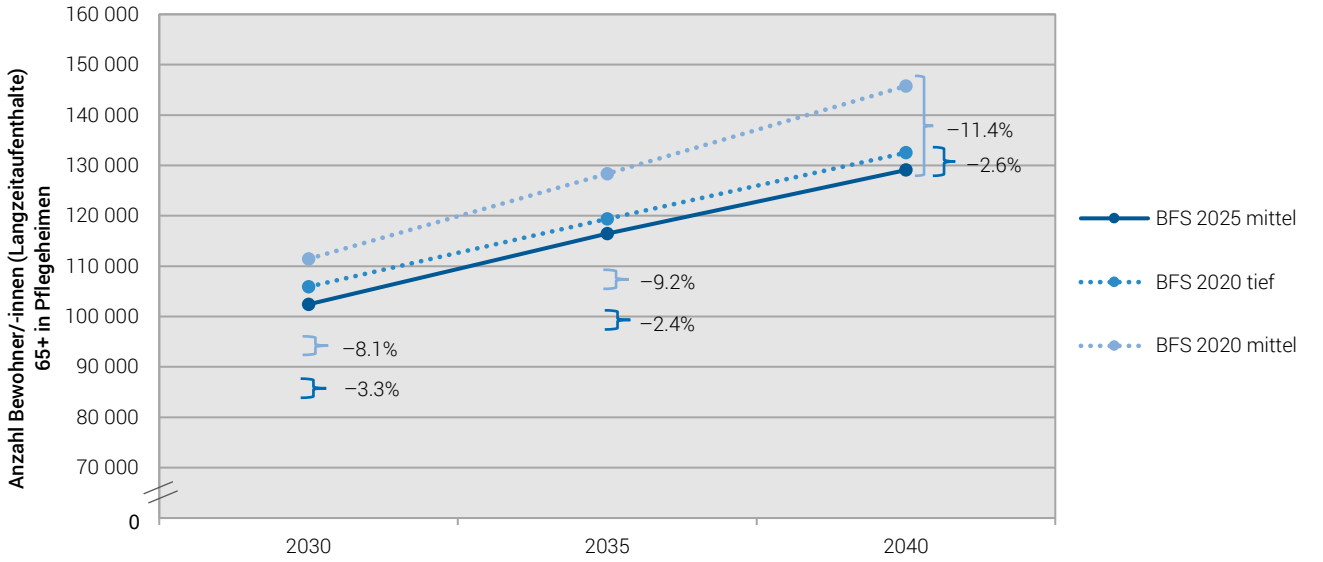
Interessant ist ausserdem der Vergleich des aktualisierten Status-Quo-Szenario mit der damaligen Covid-19-Sensitivitätsanalyse (Kapitel 7.3.1 in Pellegrini et al., 2022). Für diese Sensitivitätsanalyse wurde das damalige tiefe BFS-Szenario 2020 verwendet, um mögliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie und der damit einhergehenden erhöhten Mortalität zu untersuchen. Diese Bedarfsprognose ist für die Jahr 2030, 2035 und 2040 sehr nahe am aktualisierten Status-Quo-Szenario und es ist davon auszugehen, dass die damals analysierten potenziellen Auswirkungen einer dauerhaft veränderten Demografie nun aufgrund der erhöhten Sterblichkeit eingetroffen sind (siehe G 8.3).

K 8.1 Abweichungen zwischen den bisherigen und aktualisierten Bedarfsprognosen (Obsan Bericht 2022 und 2025)

Die vorliegenden Ergebnisse der Bedarfsprognosen wurden mit demselben Obsan-Prognosemodell erstellt, wie die Ergebnisse der bisherigen nationalen Bedarfsprognose (Pellegrini et al., 2022). Die strukturspezifischen Differenzen zwischen den beiden Bedarfsprognosen resultieren aus zwei Aspekten: den neuen Bevölkerungsszenarien und den jüngsten Entwicklungen im Versorgungsbereich seit 2019.

Die neuen Bevölkerungsszenarien weichen in den höheren Altersklassen deutlich von den 2022 verwendeten Szenarien ab. Die Datenausgangslage spiegelt die Weiterentwicklung des Versorgungsbereichs, die soziodemografische Struktur der Klientel oder das veränderte Inanspruchnahmeverhalten. Sie basiert auf den neusten Daten (z. B. SOMED des Jahres 2023). In Kombination mit den Bevölkerungsszenarien, ergeben sich zwangsläufig Differenzen in den Bedarfsprognosen.

G 8.3 Aktualisiertes Status-Quo-Szenario im Vergleich mit dem bisherigen Status-Quo-Szenario und der Covid-19-Sensitivitätsanalyse von 2022



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2020, 2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

In der Spitex-Pflege führen die jüngsten Entwicklungen zu einem starken Bedarfswachstum, trotz bedarfsbremsenden Effekts durch die neuen Bevölkerungsszenarien

Im Unterscheid zu den Langzeitbetten lässt sich in der Spitex-Pflege keine tiefere Bedarfsprognosen gegenüber der bisherigen nationalen Studie finden, obwohl die neuen Bevölkerungsszenarien denselben bedarfsbremsenden Effekt haben. Der Grund hierfür ist die jüngste Entwicklung in der Spitex-Pflege: Die Klientel hat von 2019 auf 2023 um über einen Fünftel zugenommen, während sich die Bewohnerschaft der Langzeitbetten leicht reduziert hat. Die Gründe für die Zunahme sind mannigfaltig: Bedürfnisse möglichst lange zuhause zu leben und einen Pflegeheimeintritt hinauszuzögern, neue Versorgungsmodelle mit restriktiverem Zutritt zu Pflegeheimen, Ausbau der ambulante wie auch intermediären Angebote, kantonsabhängige Rolle der Spitex-Pflege vor/nach Hospitalisierungen, Anstellung von pflegenden Angehörigen, etc. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die deutlich höhere Ausgangskapazität im Jahr 2023 (gegenüber dem Datenjahr 2019) für den bedarfssenkenden Effekt der Bevölkerungsszenarien kompensiert und folglich die aktualisierten Bedarfsprognosen höher ausfallen.

8.2 Alternative Versorgung der nicht und leicht Pflegebedürftigen

Aufgrund der bevorstehenden stationären Kapazitätsengpässen wird in einigen Kantonen bereits seit mehreren Jahren die Strategie gefahren, nicht und leicht pflegebedürftige Personen ausserhalb der Pflegeheime (zuhause oder in einer betreuten Wohnform) durch die verschiedenen Spitex-Dienste zu versorgen. Immer wie mehr Kantone setzen auf diese Strategie, weshalb anhand versorgungspolitischer Simulationen aufgezeigt wird, welchen nationalen Effekte die alternative Versorgung auf die verschiedenen Strukturen hat, falls alle Kantone diese Strategie fahren würden. Da das Verlagerungspotenzial kantonal sehr unterschiedlich ausfällt, wird zusätzlich auf regionale Besonderheiten eingegangen. Zudem ist diese Strategie oftmals nur möglich, wenn auch pflegende Angehörige vorhanden sind (siehe Diskussion zu pflegenden Angehörigen in 8.3).

8.2.1 Schweizweites Verlagerungspotenzial

Die Strategie der alternativen Versorgung ist nicht neu und wurde bereits in vielen kantonalen Mandaten des Obsan untersucht. So können die stationären Kapazitäten gezielt allokiert werden. Zudem müssten – wenn möglich – weniger neue Pflegeheime gebaut werden und es lässt sich antizipieren, welche Ressourcen in den nachgelagerten Strukturen hochgefahren werden müssten.

Bis ins Jahr 2040 könnten durch eine Verlagerung der tiefen Pflegestufen ein Drittel der im Status-Quo-Szenario neu zu errichtenden Pflegeheime eingespart werden

Eine Substitution der Pflegestufen 0 bis 3 (für das ambulante Cluster sind es die Pflegestufen 0 bis 4) führt zu einer Verlagerung des Bedarfs von den Pflegeheimen zur Spitex-Pflege und den damit verbundenen – nicht abgebildeten – Strukturen (siehe G 8.4). Der Bedarf an zusätzlichen Langzeitbetten würde bis ins Jahr 2040 von +36 916 auf +26 245 Betten sinken, was einer Reduktion um –181 Pflegeheime auf 445 neu zu errichtende Pflegeheime entspricht.[28]

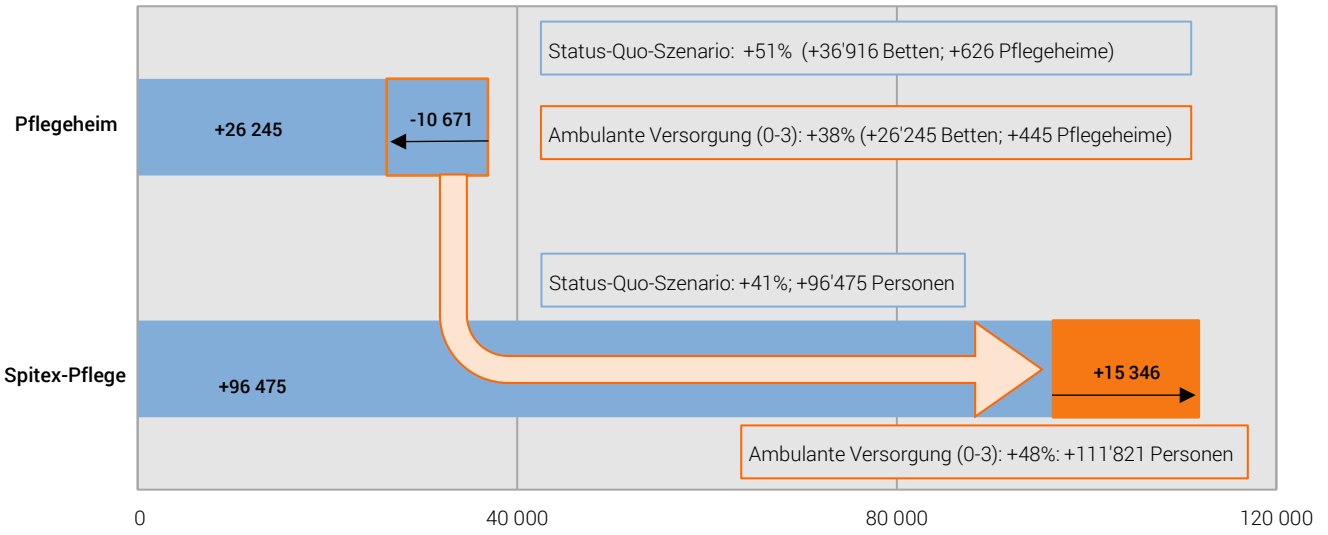
Die nachgelagerte Spitex hat mit einem deutlichen Zuwachs an Klientel und Pflegestunden zu rechnen

Für die Pflege zuhause bedeutet die Verlagerung +7 Prozentpunkte mehr Klientel bis ins Jahr 2040 – zusätzlich zum Bedarfswachstum von 41%, das sich bereits aus der natürlichen demografischen Alterung ergibt (siehe G 8.4). Die zusätzlich zu versorgenden +15 346 Personen bringen +3,2 Millionen zusätzlich zu leistenden Pflegestunden mit sich. Dies wären +3072 VZÄ, die somit aufgrund der Substitution auf die für das Jahr 2040 geschätzten 24 966 VZÄ hinzukämen. Natürlich erfordert die Substitution zusätzliche Kapazitäten in allen weiteren Strukturen, die für den Verbleib zuhause nötig sind (z. B. Tages- und Nachtstrukturen, Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen, betreute Wohnformen, etc.).

8.2.2 Regionales Verlagerungspotenzial

Das alternative Versorgungspotenzial zur Entlastung der Pflegeheime ist dort hoch, wo viele Personen stationär versorgt werden, die aufgrund ihrer Pflegediagnose auch alternativ zuhause (oder in einer betreuten Wohnform) versorgt werden könnten. Wie bereits mit der Begleitgruppe der früheren nationalen Bedarfsprognosen evaluiert, sind dies vor allem Personen in den Pflegestufen 0 bis 3, wobei Voten aus der Romandie auch eine alternative Versorgung für die Pflegestufen bis 4 oder 5 als machbar erachteten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass mittels PLAISIR eine höhere Einschätzung der Pflegestufe erfolgt als mit den Instrumenten BESA/RAI. Zudem ist in der Romandie klar, dass diese Pflegestufen grösstenteils in eine betreute Wohnform verlagert werden müssen und somit auch die ambulanten/intermediären Pflegekapazitäten (im Sinne der Fähigkeit, komplexere Fälle versorgen zu können) erhöht werden.

G 8.4 Schweizweites Verlagerungspotenzial



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan © Obsan 2025

[28] Diese Schätzung basiert auf der Annahme, dass ein Pflegeheim von durchschnittlicher Grösse 59 Betten zur Verfügung stellt. Es ist derselbe Wert wie in der Studie von 2022, damit Vergleiche angestellt werden können.

Eine Substitution zeigt vor allem dort Potenzial, wo anteilsmässig viele nicht bis leicht pflegebedürftige Personen ein Langzeitbett belegen

In der stationär-basierten Kantonsgruppe leben anteilsmässig am meisten Personen mit tiefen Pflegestufen im Pflegeheim, während es in der ambulant-basierten Kantonsgruppe am wenigsten sind.[29] Folglich zeigt sich in der stationären Kantonsgruppe der grösste Effekt der alternativen Versorgung: Das Bedarfswachstum lässt sich durch eine Substitution um 28 Prozentpunkte senken, womit bis ins Jahr 2040 schätzungsweise 42 neu zu errichtende Pflegeheim eingespart werden könnten (siehe G 8.5). Allerdings würde der verbleibende zusätzliche Bedarf von +1773 Langzeitbetten nach wie vor 30 neuen Pflegeheimen bis ins Jahr 2040 entsprechen. In der nachgelagerten Spitex werden aufgrund der Substitution +3411 zusätzliche Klientinnen und Klienten zu versorgen sein, die bei identischer Pflegediagnose über 650 Tausend zusätzliche Leistungsstunden oder +633 zusätzliche VZÄ erfordern werden.

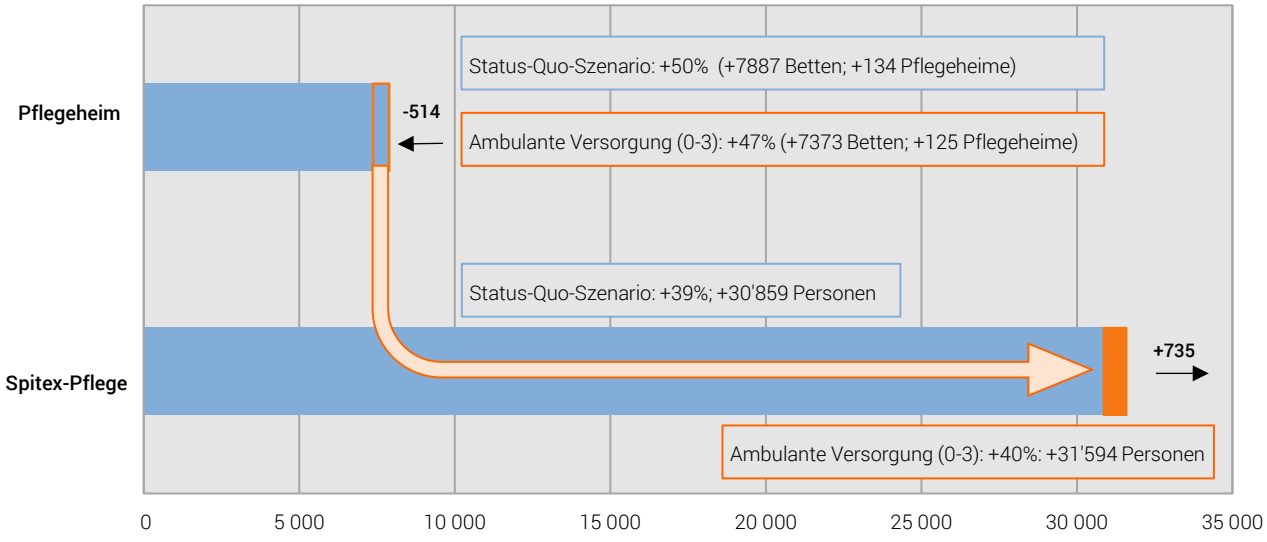
Die Romandie und das Tessin sind Vorreiterin der Versorgung zuhause, weshalb das Verlagerungspotenzial der tiefen Pflegestufen bereits stark ausgeschöpft ist

Die Kantone des stark ambulant-basierten Clusters haben die Verlagerung der niedrigen Pflegestufen in den letzten Jahrzehnten bereits stark vorangetrieben, beispielsweise durch Orientierungsbüros, die eine pflegediagnose-angepasste Platzierung ermöglichen oder durch restriktiver Eintrittsbedingungen in Pflegeheime. Aufgrund dessen und in Absprache mit der Begleitgruppe wurden die Pflegestufen für die Substitution für diese Kantonsgruppe von 0 bis 3 auf 0 bis 4 erhöht.

Anhand der Grafik G 8.5 ist gut zu erkennen, dass der Substitutionseffekt deutlich niedriger ausfällt als in der stationär-basierten Kantonsgruppe. Das Bedarfswachstum in den Pflegeheimen der stark ambulant-basierten Kantonsgruppe lässt sich um drei Prozentpunkte reduzieren, was einer Einsparung von neun neu zu errichtenden Pflegeheimen entspricht (im Vergleich mit den –42 Pflegeheimen in der stationär-basierten Kantonsgruppe). In der nachgelagerten Spitex-Pflege würde die Substitution zu einem Zuwachs von +735 zusätzlichen Personen führen, was nicht ganz +200 Tausend zusätzliche Pflegestunden oder +192 zusätzlichen VZÄ entspricht. In den beiden anderen Kantonsgruppen liegt das Verlagerungspotenzial dazwischen, ist aus Platzgründen aber nicht kommentiert.

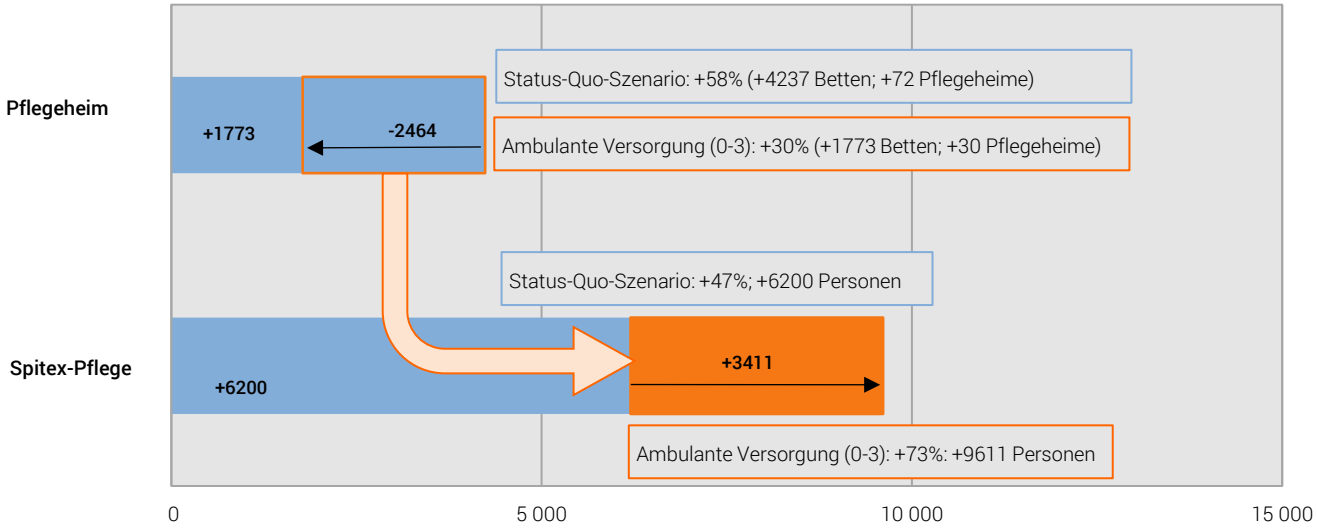
G 8.5 Regionales Verlagerungspotenzial

Stark ambulant-basierte Kantonsgruppe



[29] Beispielsweise im Kanton Genf werden Langzeitbetten an Personen vergeben, die mindestens in die Pflegestufe 3 fallen. Zudem verfolgen die Kantone in diesem Cluster seit Jahren die Strategie ambulant vor stationär bei tiefer Pflegebedürftigkeit.

Stationär-basierte Kantonsgruppe



Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan © Obsan 2025

8.3 Diskussion

Unabhängig der versorgungspolitischen Szenarien wird der Bedarf in allen Regionen und in allen Strukturen weiter steigen

In den Pflegeheimen lässt sich das Bedarfswachstum durch die Szenarien der alternativen Versorgung verlangsamen, wobei eine Substitution vor allem dort Wirkung zeigt, wo anteilsmässig viele nicht bis leicht pflegebedürftige Personen ein Langzeitbett belegen, die theoretisch auch ambulant oder intermediär versorgt werden könnten. Nichtsdestotrotz werden auch mit den möglichen Verlagerungen grosse Herausforderungen auf die Schweiz und die Kantone zukommen, denn in allen Strukturen wird – unabhängig des Szenarios – der Bedarf weiterhin deutlich ansteigen.

Das Ausmass des Wachstums ist zwar keine neue Erkenntnis, aber die Dauer, mit der das Wachstum anhalten dürfte, war bis anhin nicht absehbar

Im Anschluss an die Babyboomer-Generation wird gemäss Bevölkerungsszenarien des BFS eine zweite Welle auf die stationären, intermediären und ambulanten Versorgungsstrukturen zukommen, die sich unter anderem aus den Kindern der Babyboomer und Migrationszuflüssen zusammensetzt (siehe zweiten Peak in der Bevölkerungspyramide: G 4.2 in Kapitel 4.2.1). Die Auswirkungen beider Wellen werden mindestens bis ins Jahr 2070[30] andauern. Die grossen bevorstehenden Herausforderungen gilt es auf politischer Ebene zu bewältigen, aber auch in der Praxis.

Die Langzeitbetten werden bei unveränderter Versorgungspolitik vor 2030 knapp, bei veränderter Versorgungspolitik in einigen Regionen erst vor 2035

Bei unveränderter Versorgungspolitik dürften die Langzeitbetten in allen vier Regionen bereits vor 2030 nicht mehr ausreichen. Werden hingegen Anteile der Pflegestufen 0 bis 3 alternativ zuhause oder in betreuten Wohnformen versorgt, so dürfte das Angebot an Langzeitbetten aus dem Jahr 2023 in der stationär- und ambulant-basierten sowie der stationär-basierten Kantonsgruppe bis kurz vor 2035 ausreichen, bevor zusätzliche Betten notwendig werden. Für die stark ambulant-basierte und die zunehmend ambulant-basierte Kantonsgruppe werden auch bei Anpassung der Versorgungspolitik vor 2030 neue Langzeitbetten benötigt, wenn auch weniger als bei unveränderter Versorgungspolitik.

[30] Aufgrund der statistischen Unsicherheit werden die Bedarfsprognosen bis ins Jahr 2040 (mit Blick auf 2050) gerechnet. Für weiterblickende Bedarfsprognosen müssen die jüngsten Entwicklungen und die fünfjährliche Aktualisierung der Bevölkerungsszenarien durch das BFS abgewartet werden.

Die Verlagerung der tiefen Pflegestufen ausserhalb der Pflegeheime hat einen massiven Leistungs- und Personalzuwachs in der Spitex zur Folge

In der Romandie werden die begrenzten Kapazitäten der Langzeitbetten bereits seit mehreren Jahren primär den stark pflegebedürftigen Personen alloziert, während Personen mit niedrigem Pflegebedarf zuhause oder in einer betreuten Wohnform versorgt werden. In der Deutschschweiz fahren immer wie mehr Kantone diese Strategie und entwickeln die Pflegepolitik in die entsprechende Richtung. Allerdings lässt sich in den regionalen Bedarfsprognose gut sehen, dass gerade in den eher stationär-basierten Kantonen deutlicher Zuwachs auf die Spitex zukommt. Beispielsweise in der stationär-basierten Kantonsgruppe würde der Bedarf an Spitex-Pflege um den Faktor 1,7 steigen anstelle des Faktors 1,5. Dabei stellt sich nicht nur die strukturelle Frage, sondern vor allem die Frage nach ausreichend Pflegepersonal und den damit assoziierten Kosten. Eine Verlagerung kann nur gelingen, wenn anschliessend auch das Personal vorhanden ist, das die alternativ versorgten Personen auffangen kann. Zudem ist oftmals eine Versorgung zuhause ohne betreuende Angehörige nicht denkbar.

In der Spitex-Pflege fallen die Bedarfsprognosen höher aus als bisher

Das Spitex-Klientel hat seit 2019 um einen Fünftel zugenommen, während es bei den Pflegestunden gar über ein Viertel ist. Diese Veränderung seit 2019 widerspiegelt zum einen das Bedürfnis, dass ältere Personen möglichst lange in ihrem Zuhause versorgt werden möchten, aber auch die jüngere Rolle der Spitex bei Spitalaustritten und die Anstellung von pflegenden Angehörigen, was nachfolgend thematisiert wird. Insgesamt führt diese Zunahme der Klientel auch zu einer deutlichen Bedarfszunahme, trotz bedarfsbremsenden Effekts des neuen mittleren Bevölkerungsszenarios 2025.

In der Interpretation der Bedarfsprognose ist zu beachten, dass der Spitex-Bereich nicht als reine Schätzung der Langzeitpflege interpretiert werden kann

Vor allem die öffentlichen Dienste haben in vielen Regionen eine Aufnahmepflicht. Als zentrales Element der Versorgungskette stellen sie die pflegerische Grundversorgung der Bevölkerung nach einem Spitalaustritt sicher, was in vielen Kantonen bereits über standardisierte Übernahmeprozess erfolgt und in Koordination mit Spital, Sozialdiensten und Angehörigen. Auf diese Weise werden Rehospitalisierungen reduziert und Betroffene können in ihrer gewohnten Umgebung (schneller) genesen. Allerdings kann in den Spitex-Daten nicht zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Einsätzen unterschieden werden.

Die Versorgung zuhause ist meist nur möglich, wenn betreuende Angehörige vorhanden sind

Die Bedarfsprognosen zeigen, dass überall zusätzliche Kapazitäten notwendig werden, allerdings ist die Schweiz bereits heute mit Engpässe an Fachpersonal konfrontiert (vergleiche Merçay et al., 2021). Die pflegenden Angehörigen werden von entscheidender Bedeutung sein, denn neben dem Fachpersonal werden für die Pflege zuhause auch Angehörige benötigt, die gerade bei alleinlebenden Personen regelmässig Besuche abstatten und Betreuungsarbeiten übernehmen. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich der Anteil pflegender Angehörige aufgrund der demografischen Entwicklung reduzieren wird und folglich gerade der Bedarf im ambulanten Bereich ab einem gewissen Zeitpunkt wieder stärker ansteigen könnte. Darauf deuten der Altersquotient und die jüngsten gesellschaftlichen Entwicklungen hin.

Der Altersquotient – das Verhältnis zwischen der Bevölkerung im Alter 65+ und der erwerbstätigen Bevölkerung von 20 bis 64 Jahren – nimmt seit 1980 stark zu, liegt 2023 bei 32% und es ist bis ins Jahr 2050 davon auszugehen, dass er sich auf 43% erhöht. Folglich werden immer wie weniger jüngere Personen zur Verfügung stehen, um die älteren Personen informell zu betreuen.

Zudem wandelt sich die Gesellschaft zunehmend, weshalb auch die potenziell zur Verfügung stehenden Personen weniger Betreuungsarbeiten leisten dürften. Gründe hierfür sind beispielsweise die Zunahme erwerbstätiger Frauen, die häufiger ihre Angehörigen pflegen als Männer, oder die erhöhte Mobilität, kleinere Familien und die hohen Scheidungsraten. Schliesslich ist die Pflege von Angehörigen mit hohen Belastungen verbunden, die mit gesundheitlichen und finanziellen Risiken verbunden sind, die viele Menschen nicht eingehen können (Cylus et al., 2025).

Ein kleiner Anteil der informellen Pflege wird durch die Anstellung von pflegenden Angehörigen sichtbar

Seit dem Bundesgerichtsentscheid vom April 2019 (siehe K 3.1 in Kapitel 3.2.1 für detaillierte Ausführungen), der die Abrechnung der Grundpflege durch pflegende Angehörige über OKP gutheisst, sofern sie bei einem Spitex-Dienst angestellt sind, lassen sich immer mehr Angehörige anstellen. Zudem nehmen private Dienste zu, die auf die Anstellung von pflegenden Angehörigen spezialisiert sind und aktiv anwerben. Es ist daher davon auszugehen, dass sich in den nächsten Jahren immer mehr Angehörige anstellen lassen werden, was den bis anhin «unsichtbaren» Bedarf an Pflege zuhause sichtbar macht. Vor dem Bundesgerichtsentscheid waren die Anstellungen eher marginal, während seit 2020 ein ansteigender Trend wahrzunehmen ist. Folglich ist ein kleiner Anteil der erhöhten Inanspruchnahme in der Spitex auf die Verlagerung der informellen unbezahlten Versorgung in den bezahlten Sektor zurückzuführen. Dies entspricht keiner eigentlichen Erhöhung des Bedarfs, sondern einer Sichtbarmachung des bis anhin unsichtbaren Bedarfs. Nach wie vor «unsichtbar» ist der gesamte unbezahlte Anteil der informellen Pflege, dem sich anfangs 2026 ein Obsan-Bulletin widmen wird.

Unterschiedliche Strategien in der Bewältigung der bevorstehenden Herausforderungen

In den Kantonen zeichnen sich unterschiedliche versorgungspolitische Strategien ab, um für die (zukünftige) ältere Bevölkerung eine angemessene Versorgung sicherzustellen. In Kantonen wie Genf oder Waadt wird der Fokus noch stärker auf die Pflege zuhause gerichtet. So werden spezialisierte mobile Teams für die Versorgung komplexer Fälle und Krankheitsbilder gefördert. Somit wird es auch Personen mit höherer Pflegebedürftigkeit ermöglicht zuhause oder in einer betreuten Wohnform zu leben, was wiederum Kapazitäten in Pflegeheimen für Personen freihält, die nicht ausserhalb versorgt werden können. Allerdings erfordern solche Modelle einen hohen Koordinationsaufwand zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und sie sind mit mehr Spitalaufenthalten verbunden, wie eine frühere Studie zeigte (Füglister-Dousse & Pellegrini, 2021).

Betreute Wohnformen und Betreuungsleistungen sind gefragt, aber nicht alle können sie sich leisten

Eine weitere Strategie ist der Ausbau von (modularen) betreuten Wohnformen, die je nach Kanton und Projekt ermöglichen, Leistungen dann abzurufen, wenn sie benötigt werden. Typischerweise ist schnelle Hilfe bei Notfällen erhältlich, eine Ansprechperson ist regelmässig erreichbar und es gibt Angebote zur sozialen Teilhabe (Hugentobler & Seifert, 2024). Zudem stehen häufig Dienstleistungen wie Wäscheservice oder Mahlzeitendienst im Vordergrund (Imhof & Mahrer Imhof, 2019).

In der Romandie haben alle Kantone – teils rechtlich – festgehalten, was eine betreute Wohnform umfasst, während es in der Deutschschweiz die wenigsten sind. Betreute Wohnformen erhöhen den Selbstbestimmungsgrad und die Autonomie, sie entlasten die Angehörige und schliesslich auch die weiteren Leistungserbringer. Die Verweildauer in einer betreuten Wohnform beträgt ungefähr fünf Jahre und ist damit fast doppelt so lange wie in einem Pflegeheim (Bannwart et al., 2022).

Die Politik will älteren Menschen ermöglichen, so lange wie möglich zuhause zu leben, wozu umfassende Betreuungsleistungen erforderlich sind. Allerdings ist Betreuung kein eigenständiger Politik- oder Versorgungsbereich, sondern wird im Rahmen der Alters- und Langzeitpflege mitreguliert und die möglichen finanzierten Leistungen sind sehr eng gefasst (Stettler et al., 2023). Zudem kann der benötigte zeitliche Betreuungsbedarf in vielen Fällen nicht gedeckt werden und folglich werden betreuerische Leistungen gar nicht in Anspruch genommen, weil sie für viele ältere Personen nicht finanzierbar sind. In vielen Fälle muss die Betreuung selbst bezahlt werden oder eine betreute Wohnform geht mit hohen Mietkosten einher. In der Sommersession 2025 hat das Parlament entschieden, das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV anzupassen. Neu soll es EL-beziehenden Personen möglich sein, Betreuungsleistungen in ihrem zuhause beziehungsweise in einer betreuten Wohnform zu finanzieren.

Innovative Beispiele aus den Kantonen

In den Kantonen entstehen neue innovative Alterszentren, die unterschiedliche Wohnformen unter einem Dach anbieten. Beispielsweise Alterszentren, die das klassische Pflegeheim mit betreutem Wohnen (mit optionalen Leistungen) kombinieren. Durch die Schaffung von Aufenthalts- und Begegnungszonen (beispielsweise Anbindung an ein Restaurant, eine Parkanlage oder Dienste wie Coiffeur oder Fusspflege) kann ein öffentlicher und generationen-durchlässiger Raum geschaffen werden. Auch die Möglichkeit für Externe, an Veranstaltungen oder Animationen teilzunehmen, rundet das Angebot ab und kann eine Tagesstruktur ergeben. In abgelegene Regionen kann das Pflegepersonal eines Pflegeheims oder eines Alterszentrums auch als Spitex für die Nachbarschaft dienen. Beispiele für solche Modelle können unter anderem in den Publikationen von Curaviva gefunden werden (Curaviva, 2021).

Demenzdörfer – wie beispielsweise im oberaargauischen Wiedlisbach – stehen für innovative Ansätze, die zur Lebensqualität der Patientinnen und Patient beitragen, die Selbstbestimmung fördern und ressourcenschonend wirken. Sie werden in den nächsten Jahren genauso an Bedeutung gewinnen, wie Strukturen, die den Bereich der Pflege weiterfassen und eng mit dem sozialen Bereich einhergehen.

Generationenübergreifende und inklusive Raum- und Quartierformen sowie gesundheitsfördernden Massnahmen zur Entgegenwirkung der sozialen Isolation dürften ebenfalls an Bedeutung gewinnen. Zusammen mit raumplanerischen Aspekten, die auch einen Mobilitäts- und Autonomiegewinn ermöglichen, dürften diese Aspekt dazu beitragen, dass älteren Personen später oder nicht in ein Pflegeheim eintreten müssen. Initiativen wie «Altersfreundliche Gemeinden» von GERONTOLOGIE.ch können einen wichtigen Beitrag leisten, damit Lebensräume den Bedürfnissen älterer Personen gerecht werden. Sie fördern deren Gesundheit, Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe. Nicht zuletzt tragen die Plattformen wie «Ageing Society» der SAGW auch dazu bei, guten Praxen und innovativen Wissens zu verbreiten. Vor kurzem hat UniSanté Empfehlungen zum Umgang mit den Herausforderungen im Bereich Alters- und Langzeitpflege formuliert (Belloni et al., 2025).

8.4 Limitationen

Gesellschaftliche Veränderungen und unvorhergesehene Einflüsse erfordern eine (regelmässige) Aktualisierung von Bedarfsprognosen

Bedarfsprognosen sind keine Vorhersagen, sondern beschreiben mögliche Entwicklungen unter bestimmten Annahmen. Gerade der Einfluss der Pandemie auf die Demografie und das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung, aber auch durch Kriege verursachte Migrationsbewegungen verdeutlichen, dass bedarfsbeeinflussende Faktoren nicht immer antizipiert und kontrolliert werden können. Folglich sind regelmässige Aktualisierungen

sinnvoll, denn nur auf diese Weise können jüngste Entwicklungen berücksichtigt werden.

Unsicherheit von statistischen Modellen machen die Betrachtung von Bandbreiten notwendig

Bedarfsprognosen sind statistische Modelle, die auf Annahmen beruhen, weshalb sie immer mit einem gewissen Grad an Unsicherheit behaftet sind. Demnach ist es wichtig, dass nicht von Punktschätzers ausgegangen wird, sondern von einer möglichen Bandbreite der Entwicklung. Solche Bandbreiten können beispielsweise bezüglich der Annahmen der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung mit Hilfe der BFS-Szenarien modelliert werden. Gehen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger von einem schwachen bis mittleren Bevölkerungswachstum aus, so dürfte sich der zukünftige Pflegebedarf zwischen den Ergebnissen bewegen, die auf diesen beiden Szenarien basieren.

Die Qualität der Datengrundlage definiert die Qualität der Bedarfsprognose

Die prognostizierten Ergebnisse hängen von vielen Faktoren ab, wobei eine hohe Datenqualität von entscheidender Bedeutung ist. Bezüglich der verwendeten Datenquellen lassen die SOMED-Daten sicherlich eine genauere Bedarfsprognose zu als die SPITEX-Daten, die mit diversen methodischen Herausforderungen verbunden sind. Zum einen handelt es sich nicht um Individualdaten, sondern um aggregierte Daten, anhand derer nur Inanspruchnahmeraten für zwei Altersklassen im Bereich 65+ berechnet werden können. Allerdings würde die stark altersabhängige Pflegebedürftigkeit einer feineren Aufschlüsselung bedürfen. Zudem ist es nicht möglich, zwischen kurz- und längerfristigen Einsätzen zu differenzieren und somit das eigentliche Ausmass der Langzeitpflege zu quantifizieren. Abschliessend sind viele kantonale Spitex-Daten von Mehrfachzählungen[31] betroffen, was die Bedarfsschätzung der Anzahl Klientinnen und Klienten erschwert und weshalb in erster Linie die Leistungsstunden für planerische Zwecke hinzugezogen werden sollten. Eine Revision der Datengrundlage ist für analytische und planerische Zwecke wünschenswert.

Fehlenden Datenquellen im intermediären Bereich und in der informellen Versorgung

Es fehlen schweizweite systematische Statistiken, um eine ganzheitliche und vergleichbare Übersicht über die Ausgangslage in den verschiedenen Kantonen zu erhalten. Beispielsweise im Bereich der betreuten Wohnformen fehlt es an einer nationalen, lückenlosen und regelmässig erhobenen Datengrundlage, die eine zuverlässige Bedarfsprognose zulassen würde. Es gab zwar punktuelle Erhebungen in Kantonen oder wie die des Obsan (Werner et al., 2016; 2021), aber keine Datengrundlage, die eine zuverlässige Aktualisierung zulässt.

8.5 Ausblick

Die präsentierten Ergebnisse tragen zur Diskussion wie bevorstehenden Herausforderungen bewältigt werden sollen bei. Sie werfen jedoch weiterführende Fragen auf, die nachfolgend angesprochen werden, aber weiterführende Arbeiten benötigen.

Die zukünftigen Kapazitäten erfordern massiv mehr Pflegepersonal

Neben der Frage nach zusätzlich benötigten Kapazitäten in Form von Pflegebetten stellt sich auch jene nach dem Personal, das diese Strukturen betreiben muss (Merçay et al., 2021). Ganz besonders stellt sich diese Frage beim zukünftigen Bedarf an Spitex-Pflege und Haushaltshilfe, wo sich durch die alternative Versorgung der Personalbedarf zusätzlich und vor allem auch deutlich erhöhen dürfte.

Zudem fokussiert diese Bedarfsprognose auf die Bevölkerung 65+ und die unter 65-jährige Klientel der verschiedenen Strukturen wurden nicht berücksichtig. Folglich kommt zum Personalbedarf in der Alters- und Langzeitpflege auch der Personalbedarf hinzu, der durch die jüngeren Personen erfordert wird, die die hier porträtierten Strukturen beanspruchen. Im Jahr 2026 wird das Obsan die nationalen Pflegepersonalbedarfsprognosen publizieren, die neben diesem Versorgungsbereich auch den Bereich der Spitäler und Kliniken analysieren wird.

Rolle und Perspektiven zur Verfügbarkeit von informeller Versorgung

Leider lassen sich die über einen Spitex-Dienst angestellten Angehörigen nicht eindeutig in den SPITEX-Daten identifizieren und somit kann zum Zeitpunkt dieser Studie keine Quantifizierung angegeben werden. Im Rahmen dieser Studie hat das Obsan erste grobe Analysen getätigt, die versuchen den Anteil dieser Personen und deren erbrachte Leistungen zuverlässig abzuschätzen. Im Auftrag des Parlamentes erarbeitet das BAG hierzu einen vollständigen Bericht zuhanden des Bundesrats (Publikation im 2. Semester 2025).

Des Weiteren bleibt es in der Schweiz schwierig, die informelle Versorgung der älteren Bevölkerung durch Angehörige zu quantifizieren, weil es hierfür keine oder nur lückenhafte Datenquellen gibt. Ähnlich wie im Bereich der angestellten pflegenden Angehörigen konsolidiert Obsan verschieden Befragungsdatenbanken (d.

[31] Häufig tauchen Klientinnen und Klienten mehrfach in den Spitex-Daten auf, wenn sie von mehreren Diensten (z. B. durch unterschiedliche selbstständige Pflegefachpersonen) für ein und dasselbe Gesundheitsanliegen versorgt werden.

h. SGB, EFG, SAKE, SHARE, SCOHPICA, etc.), die alle einen Einblick in die informelle Versorgung von Personen 65+ geben. Schätzungen zum gesamten Bereich der (bezahlten und unbezahlten) informellen Pflege sind im Jahr 2026 im Rahmen eines Bulletins zu erwarten.

Kantonale Bedarfsprognosen können sehr unterschiedlich ausfallen

Die hier präsentierten nationalen und regionalen Bedarfsprognosen können deutlich von kantonsspezifischen Bedarfsprognosen abweichen. Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie fielen in den Kantonen unterschiedlich aus. Einige Kantone hatten aufgrund ihrer Demografie besonders schwere Verläufe und hohe Sterberaten, während andere Kantone weniger stark betroffen waren. Zudem fielen die Schutzmassnahmen regional unterschiedlich aus. Solche Effekte verändern die demografische Struktur und das Inanspruchnahmeverhalten der kantonalen Bevölkerung, weshalb sich der Bedarf entsprechend anders entwickeln kann.

Das Obsan-Prognosemodell bietet den Kantonen nach wie vor die Möglichkeit, eine Datengrundlage für deren Planung des stationären, intermediären und ambulanten Bereichs zu tätigen und Simulationen im Sinne von Substitutionsflüssen zwischen den drei Bereichen zu modellieren. Hierbei kann das Prognosemodell auf spezifische kantonale Gegebenheiten und Bedürfnisse angepasst sowie um kantonseigene Daten erweitert werden. Am Prognosemodell haben keine grundlegenden Anpassungen stattgefunden, während die verschiedenen Datengrundlagen seit der Pandemie einschneidenden Veränderungen beinhalten.

Zukünftige Aktualisierungen der nationalen Bedarfsprognosen

Eine Aktualisierung der vorliegenden Bedarfsprognosen wird notwendig, sobald erneut einschneidenden Ereignisse wie eine Pandemie stattfinden, die die demografische Struktur und das Verhalten der älteren Bevölkerung nachhaltig beeinflussen. Zum jetzigen Zeitpunkt wäre eine Aktualisierung der Bedarfsprognosen spätestens mit der Publikation der neuen Bevölkerungsszenarien durch das BFS im Jahr 2030 vorgesehen.

Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS)

Die Einführung der EFAS ab 2032 wird eine Veränderung in der Tarifstruktur mit sich bringen, die zwar die Bedürfnisse der Bevölkerung nicht verändern wird, aber die finanziellen Anreize oder die Tragbarkeit bestimmter Angebote beeinflussen kann. Dadurch könnte sich die Landschaft der Alters- und Langzeitpflege verändern, was wiederum einen Einfluss auf das bestehende Angebot haben könnte. Um solche Entwicklung zum heutigen Zeitpunkt sachlich und vor allem vollständig nachvollziehen zu können, sollte zur Datenerhebung gesetzliche Anpassungen vorgenommen werden.

8.6 Fazit

Trotz hoher pandemiebedingter Sterblichkeit und veränderter Inanspruchnahmeverhalten der älteren Bevölkerung wird der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in den nächsten Jahrzehnten weiter massiv zunehmen. Stationär, intermediär wie auch ambulant werden bedeutende zusätzliche Kapazitäten benötigt und es stellen sich zahlreiche Fragen: Wie kann dem anhaltend hohen Bedarf an Langzeitpflege in der Schweiz und den Kantonen angemessen begegnet werden? Welche Rolle spielt der Mangel an Pflegepersonal? Welche Arbeiten können pflegenden Angehörigen übernehmen und wie wird sich der Trend der angestellten pflegenden Angehörigen weiterentwickeln beziehungsweise auf den Bedarf auswirken? Welche Rolle werden in Zukunft die Palliativmedizin und Patientenverfügungen spielen? Kann die Versorgungsqualität aufrechterhalten werden? Zurzeit gibt es sehr viele Fragen und bereits erste Ansätze, wie den grossen Herausforderungen begegnet werden könnte. Vermutlich wird der Druck dazu führen, dass die Entwicklung neuer Modelle und Synergien vorangetrieben wird.

9 Literaturverzeichnis

Bannwart, L., Künzi, K., Jäggi, J. & Gajta, P. (2022). *Betreutes Wohnen – Aktualisierte Grundlagen – Schlussbericht.* Beiträge zur sozialen Sicherheit. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Belloni G., Seematter, L., Sénac, N., Avendano, M. & Monod, S. (2025). *Développer les soins de longue durée pour répondre aux besoins de soins et d'accompagnement de la population âgée : un défi sans précédent.* Policy Brief No. 02. Lausanne : UniSanté.

Bundesamt für Sozialversicherungen (2025). Ein bewährtes System einfach erklärt – Die Ergänzungsleistungen. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

CURAVIVA (2021). *Faktenblatt: Kategorisierung bedarfsgerechter Wohnformen.* Online: www.curaviva.ch

Cylus, J., Wharton, G., Carrino, L., Ilinca, S., Huber, M., & Barber, S. L. (Hrsg.). (2025). *The care dividend: Why and how countries should invest in long-term care*. Cambridge University Press.

Dutoit, L., Füglister-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglister-Dousse, S. (2016). *Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Füglister-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Füglister-Dousse, S. und Pellegrini, S. (2021). *Hospitalisierungen von Betagten im letzten Lebensjahr. Verbleib zuhause versus Heimaufenthalt.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Gajta, P. & Zuchuat, J. (2025). *Welche Faktoren bestimmen den Unterstützungsbedarf im Alter?* Beiträge zur sozialen Sicherheit. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée – Scénarios actualisés pour la Suisse*. Berne: Edition Hans Huber.

Hugentobler, V. & Seifert, A. (2024). *Wohnen und Nachbarschaft im Alter – Age Report V*. Zürich: Seismo.

Imhof, L. & Mahrer Imhof, R. (2019) *Betreutes Wohnen in der Schweiz: Grundlagen eines Modells.* Studie im Auftrag von Curaviva Schweiz, Senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz. Winterthur: Nursing Science & Care GmbH.

Kraft, E., Lehmann, J. & Büchler, S. (2023). *Alterswohnungen und Angebote des Betreuten Wohnens für ältere Menschen in der Schweiz.* Neuchâtel: Gesundheitsobservatorium.

Kohli, R., Babel, J. & Deplazes, J. (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Kohli, R. (2025). *Bevölkerungsszenarien – ein Planungsinstrument für die Sozialversicherungen.* Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Kohli, R. & Probst, J. (2025). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2025–2055.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung* (Obsan Bericht 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

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

Werner, Sarah, Kraft, Eliane, Elbel, Roman & Kreienbühl, Michèle (2021). *Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Seematter-Bagnoud, L., Belloni, G., Zufferey, J., Peytremann-Bridevaux, I., Büla, C. & Pellegrini S. (2021). *Lebenserwartung und Gesundheitszustand: jüngste Entwicklungen* (Obsan Bulletin 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Stettler, P., Jäggi, J., Heusser, C., Gajta, P. & Stutz, H. (2023). *Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle.* Beiträge zur sozialen Sicherheit. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

10 Anhang

10.1 Anhang: Übersicht der Bedarfsprognosen und Effekte

Siehe nachfolgende Querseite

T 10.1 Prognose der Anzahl Bewohner/innen und Klienten/innen und Effekt der alternativen Versorgung im Vergleich zum Status-Quo-Szenario, Schweiz, 2023–2040 und 2023–2050

	2023	▶ Effekt der demografischen Alterung ▶	2040			▶ Effekt der alternativen Versorgung ▶	2040					
	Ausgangssituation im Referenzjahr		Referenzszenario	Differenz zum Referenzjahr			Alternative Versorgung (0–2)	Differenz zwischen alternativer Versorgung (0–2) und Status-Quo-Szenario		Alternative Versorgung (0–3)	Differenz zwischen alternativer Versorgung (0–3) und Status-Quo-Szenario	
	N		N	Δ (N)	Δ (%)		N	Δ (N)	Δ (%)	N	Δ (N)	Δ (%)
Bewohner-/innen in Langzeitaufenthalte	85 568		129 081	+43 513	+50,9%		121 976	-7 105	-5,5%	118 410	-10 671	-8,3%
Bettenangebot & zusätzlicher Bettenbedarf	92 165		+36 916				+29 811	-7 105		+26 245	-10 671	
Klient/-innen der Spitex-Pflege	235 095		331 570	+96 475	+41,0%		341 783	+10 213	+3,1%	346 916	+15 346	+4,6%
Klient/-innen der Spitex-Haushaltshilfe	98 768		139 448	+40 680	+41,2%		149 662	+10 214	+7,3%	154 794	+15 346	+11,0%
Spitex-Pflegestunden	18 116 806		25 745 134	+7628 328	+42,1%		27 342 911	+1597 777	+6,2%	28 912 893	+3 167 759	+12,3%
Spitex-Haushaltshilfestunden	5 222 037		7 446 823	+2224 786	+42,6%		7 858 926	+412 103	+5,5%	8 065 252	+618 429	+8,3%
Klient/-innen in Kurzzeitaufenthalten	2 341		3 460	+1 119	+47,8%		3 624	+164	+4,7%	3 701	+241	+7,0%

	2023	▶ Effekt der demografischen Alterung ▶	2050			▶ Effekt der alternativen Versorgung ▶	2050					
	Ausgangssituation im Referenzjahr		Referenzszenario	Differenz zum Referenzjahr			Alternative Versorgung (0–2)	Differenz zwischen alternativer Versorgung (0–2) und Status-Quo-Szenario		Alternative Versorgung (0–3)	Differenz zwischen alternativer Versorgung (0–3) und Status-Quo-Szenario	
	N		N	Δ (N)	Δ (%)		N	Δ (N)	Δ (%)	N	Δ (N)	Δ (%)
Bewohner-/innen in Langzeitaufenthalte	85 568		153 203	+67 635	+79,0%		144 634	-8 569	-5,6%	140 365	-12 838	-8,4%
Bettenangebot & zusätzlicher Bettenbedarf	92 165		+61 038				+52 469	-8 569		+48 200	-12 838	
Klient/-innen der Spitex-Pflege	235 095		375 725	+140 630	+59,8%		388 046	+12 321	+3,3%	394 194	+18 469	+4,9%
Klient/-innen der Spitex-Haushaltshilfe	98 768		159 175	+60 407	+61,2%		171 496	+12 321	+7,7%	177 645	+18 470	+11,6%
Spitex-Pflegestunden	18 116 806		29 518 294	+11401 488	+62,9%		31 440 033	+1921 739	+6,5%	33 318 906	+3 800 612	+12,9%
Spitex-Haushaltshilfestunden	5 222 037		8 615 374	+3393 337	+65,0%		9 114 239	+498 865	+5,8%	9 362 405	+747 031	+8,7%
Klient/-innen in Kurzzeitaufenthalten	2 341		4 065	+1 724	+73,6%		4 267	+202	+5,0%	4 362	+297	+7,3%

Anmerkung:

Quelle: BFS – Bevölkerungsszenarien (2025), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), Kohortensterbetafeln für die Schweiz / Auswertung Obsan

© Obsan 2024

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.