

# Kosten und Finanzierung von Palliative Care

Schlussbericht

Kosten und Finanzierung von Palliative Care

Schlussbericht

Dr. Barbara Fischer  
Dr. Beatrice Mäder  
Dr. Harry Telser

20. März 2025

## Inhaltsverzeichnis

---

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>Das Wichtigste in Kürze .....</b>	<b>5</b>
<b>L'essentiel en bref.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Ausgangslage.....</b>	<b>13</b>
<b>2 Überblick methodisches Vorgehen.....</b>	<b>14</b>
2.1    Begriffsklärung Palliative Care.....	14
2.2    Methodisches Vorgehen .....	15
<b>3 Anzahl und Soll-Bedarf von Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an Palliative-Care-Leistungen .....</b>	<b>17</b>
3.1    Schätzung Bedarf an Palliative-Care-Situationen pro Setting .....	17
3.2    Soll-Bedarf der Palliative-Care-Leistungen .....	19
3.3    Soll-Bedarf nach Versorgungssetting.....	22
3.4    Unterschiede im Bedarf und Erkenntnisse aus Fallbeispielen.....	24
3.5    Bestimmung der mit dem Soll-Bedarf verbundenen Kosten pro Setting .....	27
<b>4 Ist-Versorgung von Palliative Care .....</b>	<b>33</b>
4.1    Bestimmung der Ist-Patientinnen und -Patienten pro Setting.....	33
<b>5 Vergleich Bedarf mit heutiger Versorgung.....</b>	<b>38</b>
5.1    Vergleich der Anzahl Ist- und Soll-Versorgung pro Setting.....	38
5.2    Bestimmung der Finanzierung und Vergütung.....	40
5.3    Bestimmung der Vergütung pro Setting .....	47
<b>6 Zusammenfassung und Fazit .....</b>	<b>53</b>
<b>7 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>58</b>
<b>8 Anhang.....</b>	<b>61</b>
8.1    Fallbeispiel 1: Palliative-Care-Patientenpfad zu Hause.....	61
8.2    Fallbeispiel 2: Palliative-Care-Patientenpfad im Pflegeheim.....	65
8.3    Fallbeispiel 3: Palliative-Care-Patientenpfad im Spital .....	69
8.4    Teilnehmende Begleitgruppe und Fokusgruppen .....	73
8.5    Umfrage Pflegeheime .....	74

## Abkürzungsverzeichnis

AL	Analysenliste
APC	Allgemeine Palliative Care
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHF	Schweizer Franken
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
COPD	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit
DRG	Diagnosis Related Group (diagnosebezogene Fallgruppe, für Vergütung stationärer Spitalleistungen relevant)
GVP	Gesundheitliche Vorausplanung
IMC	Intermediate-Care-Station
IPS	Intensivpflegestation
IV	Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LOA	Leistungsorientierte Abgabe, Tarifsystem für Apothekerleistungen
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
MPD	Mobiler Palliative-Care-Dienst
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankung
PC	Palliative Care
PCE	Palliative Care – End of Life
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SL	Spezialitätenliste
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPC	Spezialisierte Palliative Care
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
ST Reha	Tarifstruktur für stationäre Rehabilitationsleistungen
SwissDRG	Tarifstruktur für stationäre akutsomatische Spitalleistungen
TARDOC	Neue Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen, voraussichtlich gültig ab 2026
TARMED	Derzeit gültige Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen
Tarpsy	Tarifstruktur für stationäre psychiatrische Leistungen

## Das Wichtigste in Kürze

### Ausgangslage und Zielsetzung

- Die Motion 20.4264 SGK-SR «Für eine angemessene Finanzierung von Palliative Care» verlangt vom Bundesrat die Schaffung der notwendigen gesetzlichen Grundlagen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Behandlung und Betreuung aller Menschen am Lebensende.
- Die vorliegende Studie soll die Transparenz zu Leistungen der Palliative Care sowie deren Kosten und Finanzierung verbessern und als Entscheidungsgrundlage für die Verwaltung, den Bundesrat und das Parlament dienen.
- Wir nehmen eine Schätzung des Soll-Bedarfs und der Ist-Versorgung mit Palliative Care am Lebensende sowie der damit verbunden Kosten und Finanzierung vor.
- Die Studie wurde zwischen Juni 2023 und November 2024 erarbeitet und durch eine Begeitgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer der Palliative Care, der Versicherer, der Patientenorganisationen und einzelner Kantone begleitet.

### Methodisches Vorgehen

- *Bestimmung des Soll-Bedarfs:* Für den heutigen und zukünftigen zu erwartenden Bedarf an Palliative Care insgesamt und pro Versorgungssetting verwenden wir die Ergebnisse zweier bestehender Studien (Ziegler et al., 2023; Ziegler & Laubereau, 2023). Wir beschreiben pro Versorgungssetting, welche Leistungen für eine angemessene Versorgung mit Palliative Care benötigt werden. Zusätzlich wird exemplarisch anhand einzelner Fallbeispiele der Leistungsbezug über verschiedene Versorgungssettings hinweg dargestellt.
- *Ermittlung der aktuellen Ist-Versorgung:* Für jedes Versorgungssetting schätzen wir anhand bestehender Daten sowie auf Basis einer Umfrage in den Pflegeheimen die Anzahl der heutigen Patientinnen und Patienten, die Palliative-Care-Leistungen erhalten.
- *Kostenschätzung für den Soll-Bedarf und die Ist-Versorgung:* Wir schätzen die Kosten pro Patientin und Patient je Versorgungssetting auf Basis bestehender Studien und Daten. Für die Kostenschätzung verwenden wir die vorhandenen Daten zu den Ist-Kosten und beschränken die Analyse auf die Kosten am Lebensende. Für gewisse Leistungserbringer und Versorgungsbereiche liegen keine Daten vor. Insgesamt führt dies sowohl bei der Ist-Versorgung wie auch beim Soll-Bedarf grundsätzlich zu einer Unterschätzung der Kosten.
- *Vergleich von Soll-Bedarf und Ist-Versorgung:* Wir stellen den Soll-Bedarf pro Versorgungssetting der Ist-Versorgung gegenüber und identifizieren Versorgungslücken im Palliative-Care-Angebot.
- *Bestimmung der Finanzierung und Vergütung:* Wir analysieren die heutige Vergütung der Palliative-Care-Leistungen und teilen die Kosten auf die Finanzierungsträger auf.

## Herausforderungen

Die Kostenerhebung von Palliative Care als Versorgungskonzept ist mit mehreren Herausforderungen verbunden:

- *Abgrenzung der Leistungen:* Palliative-Care-Leistungen lassen sich in den Daten häufig nicht von anderen Leistungen abgrenzen.
- *Vielfalt der Leistungen:* Palliative Care umfasst ein breites Spektrum an Leistungen, von medizinischen und pflegerischen Leistungen bis hin zu psychosozialer Unterstützung, Seelsorge, Physiotherapie und anderen therapeutischen Massnahmen. Diese Vielfalt erschwert eine einheitliche Erfassung und Zuordnung der Kosten.
- *Unterschiedliche Versorgungssettings:* Palliative Care wird in verschiedenen Settings angeboten wie Spitätern, Hospizen, Pflegeheimen und zu Hause.
- *Individueller Bedarf:* Der Bedarf an Palliative Care ist individuell sehr unterschiedlich und hängt von der Erkrankung, dem Krankheitsverlauf und den persönlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ab.
- *Unterschiedliche Finanzierungsquellen:* Die Finanzierung von Palliative Care erfolgt durch verschiedene Quellen wie Krankenversicherung, Kantone, Gemeinden und private Träger. Die komplexen Finanzierungsstrukturen erschweren eine transparente und vollständige Erfassung der Kosten.
- *Datenverfügbarkeit und -qualität:* Die Verfügbarkeit und Qualität der Daten zur Palliative Care variiert stark. In einigen Bereichen fehlen belastbare Daten, und in anderen sind die vorhandenen Daten unvollständig oder ungenau.
- *Besonderheiten pädiatrische Palliative Care:* Kinder und Jugendliche werden oft über viele Jahre palliativ betreut, wobei sich die Bedürfnisse mit dem Alter ändern. Die Bedürfnisse der Familien und Angehörigen sowie deren Unterstützung durch psychosoziale Beratung und Entlastungsdienste sind zentral. Die Finanzierung erfolgt bei Geburtsgebrechen über die Invalidenversicherung.

## Resultate

### Ist-Versorgung und Soll-Bedarf an Palliative Care

- *Was kostet die heutige Versorgung mit Palliative Care?* Die Kosten für die Abdeckung der Ist-Versorgung an Palliative Care am Lebensende schätzen wir auf **0.9 Mrd. CHF pro Jahr**. Die Schätzung ist mit Unsicherheit behaftet und stellt eine Untergrenze dar, insbesondere weil nicht für alle Leistungserbringer die Kosten erhoben werden konnten. Nicht enthalten sind die Kosten für allgemeine Palliative Care im Spital, Spitalambulatorien, ambulant tägliche Therapeuten und Therapeuten, Sozialarbeitende und Seelsorgende. Zudem ist eine Abgrenzung «am Lebensende» teilweise schwierig. Zusätzlich führen die oben genannten Herausforderungen dazu, dass die berechneten Werte einige Unsicherheiten enthalten.
- *Wie viele Personen haben Palliative-Care-Bedarf?* Gemäss einer bereits bestehenden populationsbasierten Bedarfsschätzung haben in der Schweiz jährlich rund **50'000 Personen** einen Bedarf an Palliative Care. Eine Person kann dabei einen (mehrfachen) Bedarf in unterschiedlichen Versorgungssettings aufweisen. Pro Jahr entsteht am Lebensende ein Bedarf an 104'000 Palliative-Care-Situationen. Der Bedarf dürfte aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft deutlich zunehmen.

- *Wie hoch sind die Kosten für den Soll-Bedarf?* Insgesamt schätzen wir die Kosten für den Soll-Bedarf an Palliative Care am Lebensende auf rund **2.2 Mrd. CHF pro Jahr**. Es handelt sich auch bei dieser Schätzung um eine Untergrenze, da für die Berechnung die Ist-Kosten pro Patientin und Patient je Versorgungssetting verwendet wurden. Nicht enthalten sind folglich auch hier die Kosten für allgemeine Palliative Care im Spital, Spitalambulatorien, ambulant tätige Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeitende und Seelsorgende.
- *Wie sieht es bei den Kindern aus?* Für die pädiatrische Palliative Care konnten aufgrund fehlender Daten keine Kosten berechnet werden. Eine grobe Experteneinschätzung kommt auf rund **24 bis 36 Mio. CHF pro Jahr** für eine schweizweite Abdeckung des Soll-Bedarfs bei rund 10'000 Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen. Die Kosten können sich jedoch nach Patienten- und Angebotsstruktur stark unterscheiden, sodass die Hochrechnung entsprechend mit Unsicherheit verbunden ist.

#### Soll-Ist-Vergleich

- *Unterversorgung:* Der Soll-Ist-Vergleich zeigt in allen betrachteten Versorgungsettings (Spital stationär, Pflegeheim, Hospizstruktur, zu Hause) eine Unterversorgung. Die Unterversorgung betrifft sowohl Erwachsene wie auch Kinder. Einzelne Patientengruppen sind dabei stärker betroffen. Regional gibt es grosse Unterschiede im Angebot.
- *Vergütung:* Die Tarifierung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen KVG-Leistungen basiert meist auf allgemeinen Durchschnittswerten und berücksichtigt nicht den höheren Bedarf an Koordination und die speziellen Ausbildungsanforderungen im Bereich Palliative Care. Dies könnte dazu führen, dass die Vergütung oft nicht ausreicht und zusätzliche Finanzierungsquellen notwendig sind.
- *Finanzierung:* Palliative-Care-Leistungen werden durch die OKP, Kantone und Gemeinden, Selbstzahlungen der Patientinnen und Patienten, andere Sozialversicherungen (wie Ergänzungsleistungen) sowie Spenden von Kirchen, Hilfswerken und Privatpersonen finanziert. Die Kostenaufteilung auf die einzelnen Finanzierer unterscheidet sich je nach Leistung, Setting und Anbieter. Bei der Finanzierung durch die Kantone (und Gemeinden) existieren grosse Unterschiede. Einige Kantone oder Gemeinden übernehmen bei den Pflegeleistungen die nicht über den OKP-Beitrag gedeckten Kosten im Rahmen der Restfinanzierung vollständig oder bezahlen einen Palliative-Care-Zuschlag. Ein Teil der Leistungen der Palliative Care liegen ausserhalb des Leistungsumfangs der OKP und muss deshalb anderweitig finanziert werden.

#### Diskussion

- *Finanzielle Anreize Nachfrageseite:* Viele Leistungen in Settings ausserhalb des Spitals stationär müssen ausserhalb des KVG finanziert werden, d. h. oftmals durch die Patientinnen und Patienten selber getragen werden. Solche Leistungen und Settings könnten dadurch insgesamt weniger nachgefragt werden als aus Versorgungssicht ideal wäre.
- *Finanzielle Anreize Angebotsseite:* Aufgrund der oftmals nicht kostendeckenden Vergütung sind die Leistungserbringer darauf angewiesen andere Finanzierungsquellen zu finden und haben wenig Anreiz Palliative Care anzubieten. Besonders koordinative und beratende KVG-Leistungen sind in den Tarifen unzureichend berücksichtigt oder werden nur limitiert vergütet, wodurch Anbieter teils auf Umwege über andere Tarifpositionen angewiesen sind, um das Problem der Unterfinanzierung zu mildern.

- *Weitere Gründe für Unterversorgung:* Es besteht ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und anderen Leistungserbringern, die speziell in Palliative Care ausgebildet sind. In der Grundausbildung erhalten die Leistungserbringer zudem nur begrenzt Schulungen im Bereich Palliative Care und sind nicht ausreichend darauf vorbereitet, den Bedarf an Palliative Care rechtzeitig zu erkennen. Auch kulturelle Barrieren und Informationsdefizite auf Seiten der Patientinnen und Patienten können den Zugang zu Palliative Care verhindern.
- *Kosteneinsparungen durch Palliative Care:* Durch eine gut organisierte, bereichsübergreifende Versorgung können Wechsel zwischen verschiedenen Settings verringert werden. Dies verbessert die Kontinuität der Betreuung und kann insgesamt zu geringeren Kosten im Gesundheitswesen führen. Ein Einbezug der Angehörigen kann deren Belastung reduzieren, wodurch Gesundheit und Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben. Langfristig kann dies die Kosten für medizinische und soziale Unterstützung der Angehörigen senken.

## L'essentiel en bref

### Contexte et objectifs

- La motion 20.4264 CSSS-CE « Pour un financement approprié des soins palliatifs » charge le Conseil fédéral de créer les bases légales nécessaires pour garantir à toutes les personnes en fin de vie un traitement et une prise en charge adaptés à leurs besoins.
- La présente étude vise à améliorer la transparence relative aux prestations de soins palliatifs, à leurs coûts et leur financement. Elle doit servir de base de décision pour l'administration, le Conseil fédéral et le Parlement.
- Nous procédons à une estimation des besoins théoriques (*Soll-Bedarf*) et de l'offre actuelle (*Ist-Versorgung*) des soins palliatifs en fin de vie, ainsi que de leurs coûts et de leur financement.
- L'étude a été réalisée entre juin 2023 et novembre 2024. Elle a été suivie par un groupe d'accompagnement composé de représentants des fournisseurs de prestations des soins palliatifs, des assureurs, des organisations de patients et de certains cantons.

### Approche méthodologique

- *Détermination des besoins théoriques* : pour évaluer, globalement et par environnements de soins, les besoins actuels et futurs en matière de soins palliatifs, nous nous basons sur les résultats de deux études préexistantes (Ziegler et al., 2023 ; Ziegler & Laubereau, 2023). Nous décrivons, pour chaque environnement de soins, les prestations nécessaires à une prise en charge adéquate de soins palliatifs. En outre, nous illustrons, à l'aide d'exemples de cas, le recours aux prestations dans les différents environnements de soins.
- *Détermination de l'offre actuelle* : pour chaque environnement de soins, nous estimons, sur la base des données disponibles et d'une enquête auprès des EMS, le nombre de patients bénéficiant aujourd'hui de prestations de soins palliatifs.
- *Estimation des coûts pour les besoins théoriques et l'offre actuelle* : nous estimons les coûts par patient et par environnement de soins sur la base d'études et de données disponibles. Pour l'estimation des coûts, nous utilisons les données disponibles sur les coûts réels (*Ist-Kosten*), tout en limitant l'analyse aux coûts des patients en fin de vie. Pour certains fournisseurs de prestations et domaines de soins, aucune donnée n'est disponible. Dans l'ensemble, il en résulte une sous-estimation des coûts, touchant tant l'offre actuelle que les besoins théoriques.
- *Comparaison des besoins théoriques et de l'offre actuelle* : nous comparons les besoins théoriques par environnement de soins et l'offre actuelle, et identifions des lacunes dans l'offre de soins palliatifs.
- *Détermination du financement et de la rémunération* : nous analysons la rémunération actuelle des prestations de soins palliatifs et déterminons la part de coûts supportée respectivement par chaque agent payeur.

## Défis

Le relevé des coûts des soins palliatifs comme concept de soins présente plusieurs défis :

- *Délimitation des prestations* : les données disponibles ne permettent souvent pas de distinguer les prestations de soins palliatifs des autres prestations.
- *Diversité des prestations* : les soins palliatifs comprennent un large éventail de prestations, allant des prestations médicales et de soins au soutien psychosocial, à l'assistance spirituelle, à la physiothérapie et à d'autres mesures thérapeutiques. Cette diversité rend difficile une saisie et un classement uniformes des coûts.
- *Multiples environnements de soins* : les soins palliatifs sont fournis dans des environnements de soins multiples tels que les hôpitaux, les hospices, les EMS et à domicile.
- *Besoins individuels* : les besoins en soins palliatifs varient considérablement d'une personne à l'autre et dépendent du type de maladie, de son évolution et des besoins personnels des patients et de leurs proches.
- *Multiples sources de financement* : les soins palliatifs sont financés par une multitude d'agents payeurs, tels que l'assurance maladie, les cantons, les communes et des organismes privés. Des structures de financement complexes rendent difficile une saisie transparente et complète des coûts.
- *Disponibilité et qualité des données* : la disponibilité et la qualité des données sur les soins palliatifs varient considérablement. Dans certains domaines, des données fiables manquent, alors que dans d'autres, les données disponibles sont incomplètes ou imprécises.
- *Particularités des soins palliatifs pédiatriques* : les soins palliatifs fournis aux enfants et aux adolescents le sont souvent sur une période de plusieurs années, et les besoins évoluent avec l'âge. Les besoins des familles et des proches, ainsi que le soutien apporté à ceux-ci par les services de conseil psychosocial et de décharge sont essentiels. En cas d'infirmité congénitale, le financement est assumé par l'assurance-invalidité.

## Résultats

Offre actuelle et besoins théoriques en soins palliatifs

- *Quelles sont les coûts de l'offre actuelle de soins palliatifs ?* Nous estimons à **0,9 milliard de fr. par an** les coûts de l'offre actuelle de soins palliatifs fournis en fin de vie. Cette estimation est incertaine et représente une limite inférieure, dans la mesure notamment où les coûts de certains fournisseurs de prestations n'ont pas pu être relevés. Cette estimation n'inclut pas les coûts des soins palliatifs généraux à l'hôpital, des services ambulatoires des hôpitaux, des thérapeutes pratiquant en ambulatoire, des travailleurs sociaux et des aumôniers. De plus, il est parfois difficile de délimiter les coûts des prestations fournies « en fin de vie ». Il résulte par ailleurs des défis mentionnés plus haut des incertitudes supplémentaires pour les valeurs calculées.
- *Combien de personnes nécessitent-elles des soins palliatifs ?* Selon une estimation préexistante des besoins basée sur la population, environ **50'000 personnes** nécessitent des soins palliatifs par année en Suisse. Une personne peut avoir des besoins (multiples) dans différents environnements de soins. Les besoins en fin de vie s'élèvent ainsi à 104'000 situations de soins palliatifs par an. Ces besoins devraient augmenter sensiblement à l'avenir en raison de l'évolution démographique.

- *Quels sont les coûts des besoins théoriques ?* Au total, nous estimons les coûts des besoins théoriques en soins palliatifs fournis en fin de vie à environ **2,2 milliards de fr. par an.** Il s'agit là aussi d'une limite inférieure, puisque cette estimation se base sur les coûts réels par patient et par environnement de soins. Cette estimation n'inclut pas les coûts des soins palliatifs généraux à l'hôpital, des services ambulatoires des hôpitaux, des thérapeutes pratiquant en ambulatoire, des travailleurs sociaux et des aumôniers.
- *Quelle est la situation en pédiatrie ?* En raison du manque de données, aucun coût n'a pu être calculé pour les soins palliatifs pédiatriques. Selon une estimation approximative d'experts, une couverture des besoins théoriques à l'échelle nationale concernant environ 10'000 nouveau-nés, enfants et adolescents coûterait environ **24 à 36 millions de fr. par an.** Les coûts peuvent toutefois varier fortement en fonction du profil des patients et de la structure de l'offre, de sorte que cette estimation est incertaine.

#### Comparaison entre les besoins théoriques et l'offre actuelle

- *Offre insuffisante* : il ressort de la comparaison entre les besoins théoriques et l'offre actuelle que cette dernière est insuffisante, et ceci dans tous les environnements de soins (hôpital stationnaire, EMS, hospice, à domicile). L'insuffisance de l'offre concerne aussi bien les adultes que les enfants. Certains groupes de patients sont plus touchés que d'autres. L'offre varie fortement d'une région à l'autre.
- *Rémunération* : la tarification des prestations LAMal des médecins, de soins et des thérapeutes se base le plus souvent sur des valeurs moyennes générales, sans tenir compte du besoin de coordination accru et des exigences de formation spécifiques au domaine des soins palliatifs. Il en résultera souvent une rémunération insuffisante et la nécessité de sources de financement supplémentaires.
- *Financement* : les prestations de soins palliatifs sont financées par l'AOS, les cantons et les communes, les contributions des patients, d'autres assurances sociales (comme les prestations complémentaires), ainsi que par les dons des églises, des œuvres d'entraide et des particuliers. La part respective des coûts supportée par chaque agent payeur diffère selon la prestation, l'environnement de soins et le type de fournisseur de prestations. Le financement par les cantons (et les communes) présente d'importantes disparités. Concernant les prestations de soins, certains cantons ou communes prennent entièrement en charge à titre de financement résiduel les coûts non couverts par la contribution de l'AOS, alors que d'autres prévoient un financement supplémentaire pour les soins palliatifs. Une partie des prestations de soins palliatifs sont hors du champ de la LAMal et ne peuvent donc pas être financées par l'AOS.

#### Discussion

- *Incitations financières du côté de la demande* : de nombreuses prestations fournies en dehors de l'hôpital stationnaire ne peuvent pas être financées par l'AOS, avec la conséquence que les patients les prennent souvent en charge. C'est pourquoi il est possible que le recours à ces prestations soit aujourd'hui inférieur aux besoins réels.
- *Incitations financières du côté de l'offre* : en raison d'une rémunération qui souvent ne couvre pas les coûts, les fournisseurs de prestations sont contraints de trouver d'autres sources de financement et sont peu incités à fournir des soins palliatifs. Les prestations LAMal de coordination et de conseil sont insuffisamment prises en compte dans les tarifs, ou rémunérées que partiellement, ce qui amène les fournisseurs de prestations à recourir en partie à d'autres positions tarifaires pour atténuer le problème du sous-financement.

- *Autres causes de l'offre insuffisante* : les médecins, infirmiers et autres fournisseurs de prestations de soins spécifiquement formés aux soins palliatifs font l'objet d'une pénurie. De plus, les fournisseurs de prestations de soins ne bénéficient dans leur cursus de base que d'une formation limitée en matière de soins palliatifs et ne sont par conséquent pas suffisamment préparés à identifier à temps les besoins en soins palliatifs. Des barrières culturelles et un manque d'information du côté des patients peuvent également empêcher l'accès aux soins palliatifs.
- *Economies de coûts par l'effet des soins palliatifs* : une offre de soins intersectorielle bien organisée peut permettre de réduire les transferts de patients entre les différents environnements de soins. Cela améliore la continuité des soins, et des coûts globalement réduits peuvent en résulter pour le système de santé. L'intégration des proches peut réduire leur charge, ce qui permet de préserver leur santé et leur capacité de travail. A long terme, une telle intégration peut réduire les coûts du soutien médical et social aux proches.

## 1 Ausgangslage

Palliative Care ist in der Schweiz immer wieder Gegenstand der politischen Debatte mit dem Ziel, der Bevölkerung eine möglichst optimale Versorgung am Lebensende zu bieten. Im Zentrum der Diskussion stehen die Gewährleistung der (flächendeckenden) Versorgung und die adäquate Finanzierung der Leistungen. So fordert die Motion 20.4264 SGK-SR «Für eine angemessene Finanzierung von Palliative Care», dass der Bundesrat die notwendigen gesetzlichen Grundlagen schaffen soll, damit eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung aller Menschen am Lebensende schweizweit in allen Versorgungsbereichen gewährleistet ist.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat Polynomics damit beauftragt, eine Studie durchzuführen, in der notwendige Entscheidungsgrundlagen für die Verwaltung, den Bundesrat und das Parlament erarbeitet werden, die dazu beitragen sollen, dieses Ziel zu erreichen. Insbesondere soll mit der Studie die Transparenz zu Leistungen der Palliative Care sowie deren Kosten und Finanzierung verbessert werden. Es soll eine Datenbasis zu den Kosten und der Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen geschaffen werden, die es später ermöglicht, allfällige notwendige Massnahmen zur Verbesserung der Vergütung von Palliative Care abzuleiten und gleichzeitig die dadurch entstehenden Auswirkungen auf die Kosten und Finanzierer abzuschätzen.

Im Pflichtenheft zur Ausschreibung der Studie werden folgende acht Punkte genannt, welche in der Studie erarbeitet werden sollen.

1. Definition relevanter Patientenprofile für Palliative Care
2. Schätzung Anzahl Patientinnen und Patienten mit Palliative-Care-Bedarf heute und in zehn Jahren
3. Bestimmung Ist-Situation zu Mengen und Kosten der erbrachten Leistungen differenziert nach Patientenprofil und Leistungsbereich
4. Bestimmung der Finanzierung der Ist-Leistungen differenziert nach Patientenprofil und Leistungsbereich
5. Identifizierung allfälliger Ursachen von Untervergütungen differenziert nach Patientenprofil und Leistungsbereich
6. Bestimmung der Soll-Situation zu Mengen und Kosten der theoretisch angemessenen Leistungen differenziert nach Patientenprofil und Leistungsbereich
7. Bestimmung der notwendigen Finanzierung für die Soll-Leistungen differenziert nach Patientenprofil und Leistungsbereich ohne Ausweitung von KVG-Leistungen
8. Abschätzung von eingesparten kurativen Leistungen durch eine optimale Palliative-Care-Versorgung

## 2 Überblick methodisches Vorgehen

### 2.1 Begriffsklärung Palliative Care

Da es in der Studie um Bedarfsschätzungen und die Bestimmung der theoretisch angemessenen Palliative-Care-Leistungen geht, braucht es eine klare Definition des Begriffs Palliative Care. Wir orientieren uns im Folgenden begrifflich an der Definition des Rahmenkonzepts Palliative Care Schweiz (BAG et al., 2014). Die wesentlichen Punkte sind dabei (Ziegler et al., 2023):

- **Palliative Care folgt der Patientin und dem Patienten:**  
Palliative Care ist eine multiprofessionelle Disziplin, die sich auf die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten konzentriert. Das primäre Behandlungsziel besteht nicht in der Heilung der Krankheit, sondern darin, so früh wie möglich auf die Bedürfnisse, Symptome und Probleme der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen einzugehen. Um die bestmögliche Lebensqualität für das verbleibende Leben der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, verfolgt Palliative Care einen patientenzentrierten und ganzheitlichen Ansatz, der auf dem bio-psychosozial-spirituellen Konzept der Medizin basiert. Eine umfassende Versorgung beinhaltet medizinische Behandlungen und pflegerische Interventionen zur Vermeidung und Linderung von körperlichen Leiden sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende.
- **Palliative Care im Krankheitsverlauf und am Lebensende:**  
Die palliative Versorgung kann sich über den gesamten Verlauf der Krankheit vom Zeitpunkt der Diagnose (Early Palliative Care) bis hin zur letzten Lebensphase (End-of-Life Care) erstrecken. Im vorliegenden Bericht wird jeweils zwischen Krankheitsverlauf und Lebensende unterschieden, wobei die Zeitspanne des Lebensendes individuell unterschiedlich ist, maximal jedoch das letzte Lebensjahr umfasst.
- **Palliative Behandlung:**  
Die palliative Behandlung kann neben der rein symptomatischen Behandlung, z. B. die Linderung von Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Angst, kann auch die kausale, krankheitsbezogene Behandlung der lebensbegrenzenden Krankheit umfassen, welche die Ursache einer Krankheit direkt behandelt. Der Übergang von einer Behandlung der Grundkrankheit zur rein symptomatischen Behandlung ist individuell sehr unterschiedlich.
- **Variierender Bedarf an Strukturen:**  
Der Verlauf einer Erkrankung kann stark variieren zwischen stabilem Verlauf mit kurzer Sterbephase, akuten Phasen der Verschlechterung und nachfolgender Stabilisierung oder kontinuierlicher, langsamer Verschlechterung. In Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf, vom sozialen Netzwerk und von individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen und Patienten können krankheitsbezogene und symptomatische Behandlungen in unterschiedlichem Ausmass ergänzend zum Einsatz kommen. Dies hat zur Folge, dass Patientinnen und Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung oft mehrfach in der gleichen oder in mehreren unterschiedlichen Strukturen versorgt werden.

Palliative Care enthält auch Leistungen, die nicht im Leistungsumfang gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) enthalten sind. Diese Leistungen werden entsprechend nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet und müssen anderweitig finanziert werden.

In der Versorgung von Menschen mit Palliative-Care-Bedarf unterscheidet man grundsätzlich zwischen zwei Formen der Versorgung: allgemeine und spezialisierte Palliative Care.

Die meisten Menschen mit Bedarf an Palliative-Care-Leistungen können im Rahmen der *allgemeinen Palliative Care* (Grundversorgung) versorgt werden. Diese wird von medizinischem Personal durchgeführt, das nicht speziell in Palliative Care ausgebildet ist, aber über Grundkenntnisse und Fähigkeiten in diesem Bereich verfügt. Dies können Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder andere Gesundheitsdienstleister sein. Sie kann in verschiedenen Versorgungssettings durchgeführt werden, einschließlich im Spital, im Pflegeheim oder zu Hause.

Es wird geschätzt, dass bei 20 Prozent der Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten im Verlauf der Erkrankung zusätzlich *spezialisierte Palliative Care* notwendig wird. Diese wird von einem Team von Fachleuten durchgeführt, die über ausgewiesene spezialisierte Kompetenzen in Palliative Care verfügen. Dieses Team kann Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychologinnen und Psychologen, spirituelle Beraterinnen und Berater und andere einschliessen. Spezialisierte Palliative Care wird normalerweise für Patientinnen und Patienten eingesetzt, die eine instabile Krankheitssituation haben, eine komplexe Behandlung benötigen oder deren Angehörige an ihre Belastungsgrenzen kommen. Sie kann in spezialisierten Palliativstationen im Spital oder Pflegeheim, in Hospizen aber auch im ambulanten Bereich (mobile Palliative-Care-Dienste) angeboten werden.

## 2.2 Methodisches Vorgehen

Für das Projekt wurde eine Begleitgruppe eingesetzt, die sich aus Vertretern verschiedener Leistungserbringer und Finanzierer zusammensetzt, vgl. Tabelle 11 im Anhang. Das Detailkonzept sowie der Zwischen- und Schlussbericht wurden mit der Begleitgruppe diskutiert und deren Rückmeldungen eingearbeitet.

Unser Vorgehensvorschlag orientiert sich grundsätzlich an den obigen acht Punkten des Pflichtenhefts. Aufgrund der Rückmeldungen der Begleitgruppe wird jedoch davon abgesehen, alle Patientinnen und Patienten mit Palliative-Care-Bedarf in Patientenprofile zu unterteilen. Da jede Patientin und jeder Patient unterschiedliche Bedürfnisse haben, sei eine Kategorisierung dieser in Profilen nicht möglich. Stattdessen werden einzelne Fallstudien beschrieben, welche beispielhaft aufzeigen, welche Leistungen für eine angemessene Versorgung mit Palliative Care notwendig sind.

In einem ersten Schritt bestimmen wir den Soll-Bedarf. Der Ist-Zustand wird in einem zweiten Schritt erfasst und anschliessend mit dem Soll-Bedarf verglichen (vgl. Abbildung 1).

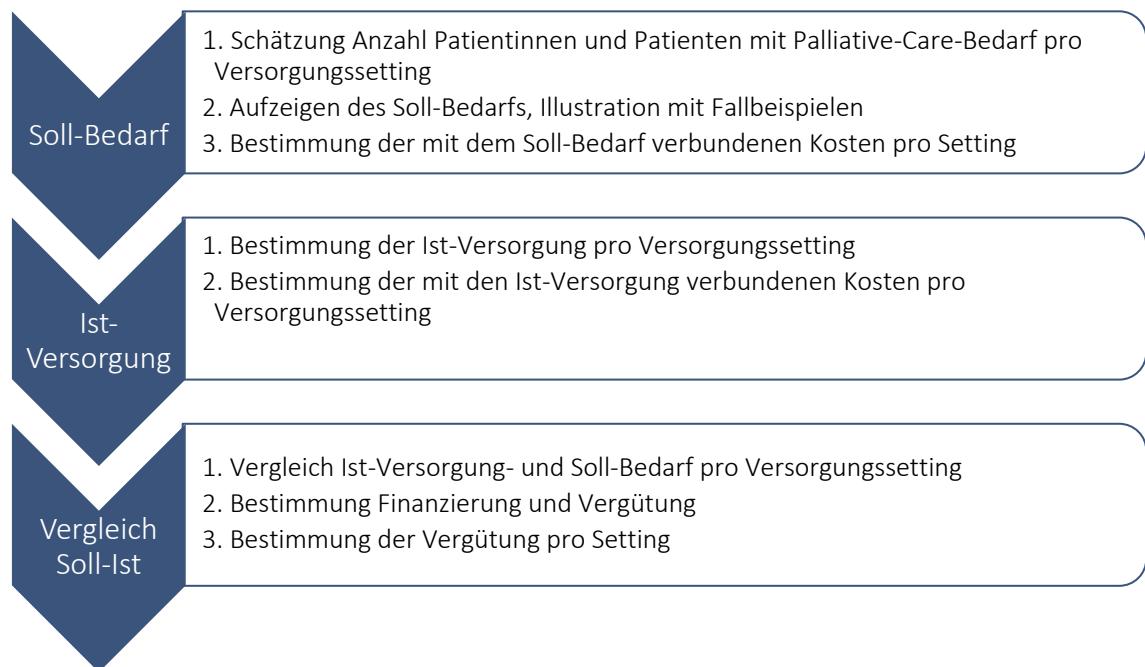
Der erste Arbeitsschritt (Soll-Bedarf, vgl. Kapitel 3) besteht aus drei Unterschritten. Zuerst bestimmen wir die heutige und zukünftig zu erwartende Anzahl Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Palliative-Care-Leistungen insgesamt und pro Versorgungssetting. Dabei beziehen wir uns auf die Resultate zweier bestehender Studien (Ziegler et al., 2023; Ziegler & Laubereau, 2023). Anschliessend zeigen wir auf, welche Leistungen für eine angemessene Versorgung mit Palliative Care benötigt werden. Dazu beschreiben wir pro Versorgungssetting die Leistungen, die in Zusammenhang mit Palliative Care erbracht werden. Diese allgemeinen Beschreibungen basierend auf Gesprächen im Rahmen von settingspezifischen Fokusgruppen werden mit einzelnen Fallbeispielen untermauert, welche exemplarisch für einen spezifischen Patientenfall die Leistungen über alle Versorgungssetting aufzeigen. Schliesslich schätzen wir die mit der Abdeckung des Soll-Bedarfs verbundenen Kosten. Aufgrund der verfügbaren Daten müssen wir uns bei der Kostenberechnung auf das Lebensende beschränken. Die palliative Versorgung kann sich

über den gesamten Verlauf der Krankheit erstrecken, ein Teil der Kosten von benötigter Palliative Care kann daher nicht erfasst werden.

Im zweiten Arbeitsschritt (Ist-Bedarf, vgl. Kapitel 4) ermitteln wir für jedes Versorgungssetting die Anzahl Patientinnen und Patienten, welche heute Palliative-Care-Leistungen erhalten. Die Erhebung erfolgt wo möglich auf verfügbaren Daten. Datenlücken werden mit einer Umfrage erhoben. Danach werden wiederum die Kosten pro Patientin oder Patient und Versorgungssetting bestimmt.

Im dritten Arbeitsschritt (Vergleich Soll-Ist, vgl. Kapitel 5) stellen wir den Soll- und Ist-Bedarf sowie die Kosten und Finanzierung gegenüber. Wir vergleichen für den Soll- und Ist-Zustand die Anzahl Patientinnen und Patienten mit Palliative Care. Anschliessend analysieren wir die Finanzierung der Soll-Leistungen. Dazu bestimmen wir, wie die erbrachten Leistungen heute finanziert werden. Dies wird global pro Versorgungssetting betrachtet. Dadurch werden Lücken im Angebot und der Finanzierung sichtbar, deren Ursachen wir aufzeigen.

Abbildung 1 Ablauf der Projektbearbeitung in drei Arbeitsschritten



Quelle: Eigene Darstellung.

### 3 Anzahl und Soll-Bedarf von Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an Palliative-Care-Leistungen

Zur Bestimmung des Soll-Bedarfs an Palliative-Care-Leistungen ermitteln wir in einem ersten Schritt die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an Palliative-Care-Leistungen in den verschiedenen Versorgungssettings. Wir stützen uns hierfür auf die kürzlich durchgeführte Interface-Studie «Bedarfsschätzung Palliative Care» (Ziegler et al., 2023). Anschliessend beschreiben wir, welche Leistungen in den verschiedenen Versorgungssettings benötigt werden. Schliesslich schätzen wir für jedes Versorgungssetting die durchschnittlichen Kosten pro Patientin bzw. Patient und multiplizieren diese mit der Anzahl Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an Palliative-Care-Leistungen im entsprechenden Versorgungssetting. Wie in Kapitel 2.2 erwähnt, kann die Kostenschätzung aufgrund der verfügbaren Daten nur für das Lebensende vorgenommen werden. Die palliative Versorgung kann sich aber über den gesamten Verlauf der Krankheit erstrecken, ein Teil der Kosten von Palliative Care wird daher nicht berücksichtigt.

#### 3.1 Schätzung Bedarf an Palliative-Care-Situationen pro Setting

Gemäss der populationsbasierten Bedarfsschätzungen von Interface (Ziegler et al., 2023), die auf der Anzahl Todesfälle basieren, haben in der Schweiz jährlich rund 50'000 Personen einen Bedarf an Palliative Care. Die Studie von Interface verwendet zwei Ansätze zur Einschätzung des strukturspezifischen Bedarfs an Palliativversorgung:

- Der erste Ansatz betrachtet den *Bedarf am Lebensende* und schätzt diesen für das letzte Lebensjahr. Basierend auf dem Sterbeort und unter Annahmen zum Ort der Versorgung im letzten Lebensjahr ergibt sich für das Jahr 2020 ein Bedarf von rund 104'000 Palliative-Care-Situationen (vgl. Tabelle 1). Eine Person mit Palliative-Care-Bedarf kann einen Bedarf in unterschiedlichen Versorgungssettings aufweisen.
- Der zweite Ansatz berücksichtigt den *Bedarf im Verlauf der Erkrankung*. Bei dieser Schätzung resultiert ein Bedarf von bis zu 715'000 Palliative-Care-Situationen pro Jahr (Ziegler et al., 2023). Im Verlauf der Erkrankung kann eine Person mit Palliative-Care-Bedarf einen mehrfachen Bedarf im gleichen und unterschiedlichen Versorgungssetting haben. Der strukturspezifische Bedarf kann somit eine Mehrfachzählung derselben Person enthalten, weshalb die Anzahl der Palliative-Care-Situationen deutlich grösser ist als die Anzahl Personen mit Palliative-Care-Bedarf.

Die Zahlen enthalten auch die Todesfälle bei Kindern. Je nach Berechnungsart sind es 165 bis 288 Todesfälle bei den 0- bis 14-Jährigen mit Bedarf an Palliative Care. Bei Bedarf am Lebensende und im Krankheitsverlauf wurde keine Unterscheidung nach Alter vorgenommen. Interface hat eine separate Studie mit vertieften Abklärungen zum Bedarf an pädiatrischer Palliative Care durchgeführt (Ziegler & Laubereau, 2023). Diese basiert auf aktuellen Prävalenzschätzungen zum pädiatrischen Palliative-Care-Bedarf in England und Schottland. Die Prävalenzschätzungen berücksichtigen Neugeborene, Kinder und Jugendliche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung sowie die Inanspruchnahme eines stationären Versorgungsangebots. Gemäss Hochrechnung auf die Schweiz hatten im Jahr 2022 rund 8'000 bis 12'000 Kinder im Alter von 0 bis 19 Jahren Bedarf an Palliative Care. Eine Aufteilung auf einzelne Versorgungssettings wie bei den Erwachsenen ist gemäss den Autoren nicht möglich.

Tabelle 1      Geschätzter Bedarf an palliativen Situationen nach Versorgungssetting, 2020

Versorgungssetting	Bedarf am Lebensende	Bedarf im Krankheitsverlauf
Allgemeine Palliative Care		
▪ Spital	29'500	423'000
▪ Alters- und Pflegeheim <sup>1</sup>	37'000	160'000
▪ Zu Hause	37'500	132'000
<b>Total Bedarf an Palliative Care<sup>2</sup></b>	<b>104'000</b>	<b>715'000</b>
davon zusätzlich mit spezialisierter Palliative Care		
▪ spezialisierte stationäre Palliative Care (im Spital)	6'000	10'000
▪ spezialisierte stationäre Palliative Care (in Hospizstrukturen)	2'500	2'500 <sup>4</sup>
▪ spezialisierte Mobile Palliative Care (im Alters- und Pflegeheim)	7'500	32'000
▪ spezialisierte Mobile Palliative Care (zu Hause) <sup>3</sup>	8'000	31'500
<b>Total Bedarf zusätzlich mit spezialisierter Palliative Care</b>	<b>24'000</b>	<b>76'000</b>

<sup>1</sup> inklusive zertifizierte Langzeitpflege

<sup>2</sup> einschliesslich zusätzlichem Bedarf an spezialisierter Palliative Care

<sup>3</sup> exklusiv spitalinterne Konsiliardienste

<sup>4</sup> In der Originalstudie liegt der Bedarf im Krankheitsverlauf bei 4'500. Gemäss Rückmeldung Begleitgruppe treten nur rund 5 % der erwachsenen Hospizpatientinnen und -patienten wieder aus. Da es sich hier um gerundete Zahlen handelt, wird für Lebensende und Krankheitsverlauf dieselbe Zahl verwendet.

Quelle:      Ziegler et al. (2023).

Die Interface-Studie «Bedarfsschätzung Palliative Care» (Ziegler et al., 2023) hat auch den zukünftigen Bedarf an Palliative Care für das Jahr 2050 geschätzt, und zwar auf 60'000 bis 66'000 Personen. Die Berechnung basiert auf den prognostizierten Todesfällen der Bevölkerungsszenarien 2020–2050 des Bundesamtes für Statistik (BFS, 2020) und beschränkt sich auf die Anzahl Todesfälle mit Palliative-Care-Bedarf. Für den Bedarf am Lebensende und im Krankheitsverlauf wurden keine Hochrechnungen vorgenommen. Bei gleicher Berechnung für das Jahr 2030 liegt der Bedarf bei rund 50'000 Personen und ist somit ähnlich hoch wie im Jahr 2020 (vgl. Tabelle 2). Dies liegt daran, dass infolge der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 ein markanter Anstieg der Todesfälle bei älteren Personen beobachtbar war. Die Anzahl prognostizierter Todesfälle des BFS für das Jahr 2030 ist geringer als die Anzahl Todesfälle im Jahr 2020 (BFS, 2022a).

Tabelle 2      Geschätzter Bedarf an Palliative Care 2020, 2030 und 2050

	Anzahl Todesfälle mit Palliative-Care-Bedarf	Bedarf an palliativen Situationen am Lebensende	Bedarf an palliativen Situationen im Krankheitsverlauf	Anzahl Kinder mit Palliative-Care-Bedarf
2020	50'000	104'000	715'000	10'000
2030	49'500	-	-	15'000
2050	63'000	-	-	-

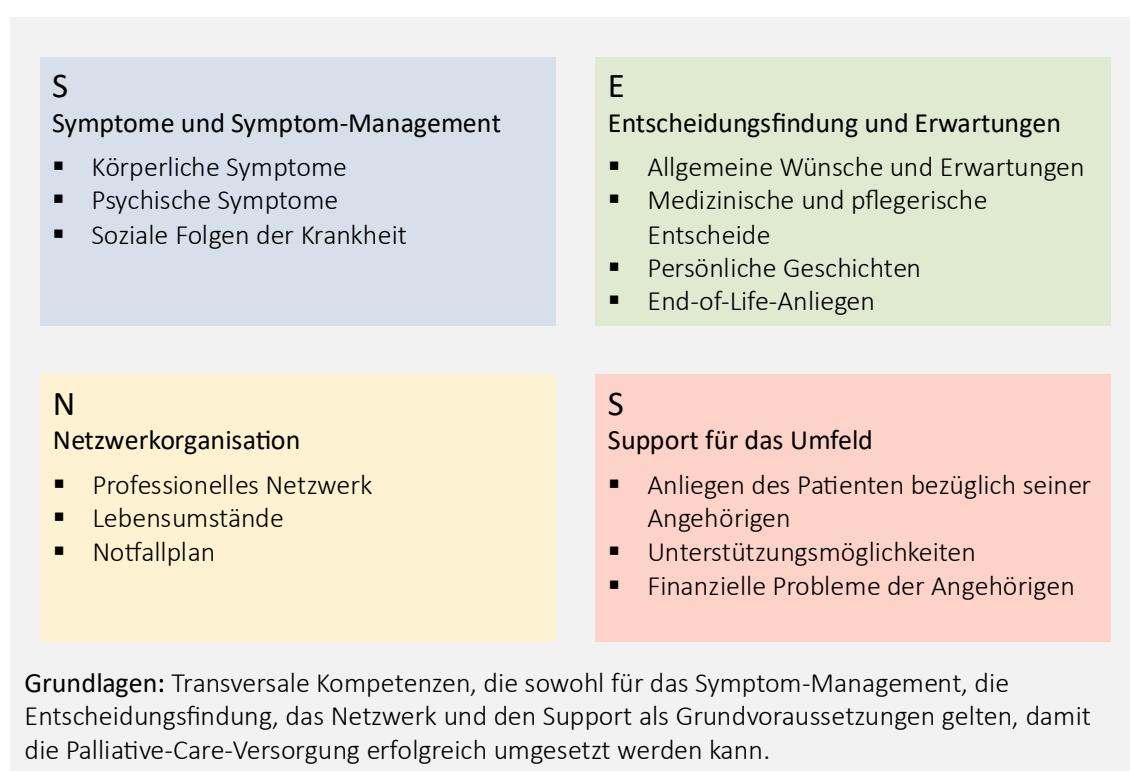
Quelle:      BFS (2020); Ziegler et al. (2023); Ziegler & Laubereau (2023).

Der zukünftige Bedarf an pädiatrischer Palliative Care orientiert sich an der Prävalenz und nicht an den Todesfällen und steigt deshalb stärker an (Ziegler & Laubereau, 2023). Da die Entwicklung des pädiatrischen Palliative-Care-Bedarfs aber von vielen Faktoren abhängt, ist gemäss den Autoren der zukünftige Bedarf nicht hinreichend zu quantifizieren.

### 3.2 Soll-Bedarf der Palliative-Care-Leistungen

Die Leistungen und das Vorgehen in der Palliative Care bilden wir nach dem SENS-Modell ab, welches die Kernleistungen der Palliative Care umfasst, wie sie auch im Rahmenkonzepts Palliative Care Schweiz (BAG et al., 2014) enthalten sind. Gemäss SENS-Modell lassen sich Palliative-Care-Leistungen in vier Bereiche unterteilen: Symptom-Management, Entscheidungsfindung und Erwartungen, Netzwerkorganisation und Support für das Umfeld (vgl. Abbildung 2). Anhand des SENS-Modells können ein Assessment vorgenommen, Behandlungsziele definiert und ein Behandlungsplan für die Patientin bzw. den Patienten erstellt werden. Ein erstes Assessment sollte gemeinsam durch Ärzteschaft und Pflege durchgeführt werden (Eychmüller, 2014, 2021; Polynomics, 2023a).

Abbildung 2 Palliative-Care-Leistungen aus Versorgungssicht anhand des SENS-Modells



*Das SENS-Modell unterscheidet die vier Bereiche Symptome und Symptom-Management, Entscheidungsfindung und Erwartung, Netzwerkorganisation sowie Support und bietet die Grundlage für das Assessment des Palliative-Care-Bedarfs, die Festlegung von Behandlungszielen und eines Behandlungsplans.*

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von palliative ostschweiz (n.d.).

Beim **Symptom-Management** stehen einerseits körperliche und psychische Symptome, aber auch die sozialen Folgen der Krankheit im Zentrum. Häufige körperliche Symptome sind: Fatigue/Erschöpfung, Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Atemnot, Appetitlosigkeit, Ernährung

und Schluckstörungen, Obstipation, Darmverschluss (Ileus), maligne Wunden. Bei den psychischen Symptomen stehen Angst/Belastung, Abwehr/Coping, Depressionen/Demoralisation, Distress, Kognition/Verwirrung/Kommunikationsstörungen, Schlafstörung/nächtliche Unruhe, Sterbewunsch im Vordergrund (AWMF, 2021; Eychmüller, 2021; Ploner & Rolke, 2022). Bei den sozialen Folgen der Krankheit geht es darum, die Auswirkungen auf die Beziehungen, den Beruf und die Finanzen abzuschätzen. Gerade bei jüngeren Personen ist eine Erkrankung oftmals mit finanziellen Schwierigkeiten verbunden. Der Einbezug von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern ist in diesen Fällen zentral (Eychmüller, 2021; Polynomics, 2024, 2023b).

Für die **Entscheidungsfindung** ist es wichtig, die persönliche Vorgesichte der Patientinnen und Patienten, ihre spirituellen und kulturellen Bedürfnisse sowie ihre Erwartungen und Behandlungsziele zu kennen. Es gilt auch abzuklären, ob die Patientinnen und Patienten die aktuelle medizinische Situation sowie die Behandlungsmöglichkeiten verstehen, und allfällige Wissenslücken zu schliessen. Ihre Wünsche in Bezug auf medizinische Entscheide (z. B. CPR, Intubation, Notfallplan) und pflegerische Bedürfnisse sind zu besprechen und festzuhalten. Schliesslich sollte auch besprochen werden, welche Wünsche für das Sterben und die Bestattung bestehen.

Die **Netzwerkorganisation** bezieht sich sowohl auf das private wie auch das professionelle Netzwerk. Sind Angehörige, Freunde, Nachbarn, Vertrauenspersonen vorhanden, und welche Aufgaben können und wollen diese übernehmen? Angehörige sind nicht nur Familienmitglieder, sondern alle emotional involvierten Personen. Das Netzwerk aus Fachpersonen umfasst einerseits Ärztinnen und Ärzte (Haus- und Fachärzte, mobile Dienste) und Pflegepersonen (Spitex, Pflegeheim, mobile Dienste), aber auch Therapeutinnen und Therapeuten (Physiotherapie, Logopädie etc.), Psychologinnen und Psychologen, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Je nach Versorgungssetting werden die Fachpersonen auch durch Freiwilligengruppen unterstützt, welche ebenfalls koordiniert werden müssen. Wichtig ist, bei der Behandlungsplanung festzuhalten, wer die Fallführung übernimmt, wer in welcher Situation zuständig ist und ob bei einer Betreuung zu Hause eine 24-Stunden-Abdeckung gewährleistet werden kann (Eychmüller, 2021; Polynomics, 2023b, 2023a, 2023c).

Beim **Support für das Umfeld** gilt es abzuklären, welche Anliegen die Patientinnen und Patienten haben, wie belastbar das Umfeld ist und welche Entlastungsmöglichkeiten (z. B. Nachtwache durch Freiwilligengruppe) bestehen. Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten ist immer die Familie als Ganzes betroffen. Die Eltern und die Geschwister müssen in die Behandlung miteinbezogen werden (Eychmüller, 2021; Polynomics, 2023d).

Die Leistungen im Bereich Palliative Care können in Leistungen mit direktem Patientenbezug zwecks medizinischer Behandlung und Leistungen, die für die Erbringung der patientenbezogenen Leistungen notwendig sind, unterschieden werden, vgl. Abbildung 3. In der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Palliative-Care-Bedarf sind verschiedene Professionen und Leistungen involviert. Für das Symptom-Management sind nicht nur ärztliche und pflegerische Leistungen notwendig, sondern je nach Beschwerde auch medizinisch-therapeutische Leistungen, z. B. logopädische Leistungen bei Schluckbeschwerden oder eine Ernährungsberatung nach einem Darmverschluss. Zudem braucht es psychosoziale und spirituelle Leistungen wie psychologische und seelsorgerische Begleitung. Wichtig ist dabei, dass z. B. eine Trauerbegleitung nicht erst mit dem Tod der Patientin bzw. des Patienten stattfindet, sondern bereits ab Diagnosestellung. Auch die Angehörigen sollten in diesen Prozess miteinbezogenen werden, wobei deren Begleitung nicht mit dem Todesfall enden sollte. Der Einbezug von Freiwilligen kann einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der Angehörigen leisten. Sie erlauben den Patien-

tinnen und Patienten zudem einen Austausch mit Nicht-Angehörigen auf Augenhöhe; in der Beziehung zu Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und Therapeutinnen und Therapeuten besteht demgegenüber immer ein hierarchisches Verhältnis, in dem das medizinische Personal eine übergeordnete Autorität und Expertise besitzt.

Abbildung 3 Palliative-Care-Leistungen nach Patientenbezogenheit

Leistungen/Kosten mit direktem Patientenbezug zwecks medizinischer Behandlung	Leistungen/Kosten, die für Erbringung medizinischer, patientenbezogener Leistungen notwendig sein können
Pflegeleistungen	Case Management (Beratung, Koordination, Vernetzung)
Ärztliche palliativmedizinische Leistungen	Konsiliarische Leistungen für Fachpersonen
Psychologische und medizinisch-therapeutische Leistungen (Physio, Ergo, Ernährung, Logopädie etc.)	Weg- und Transportkosten
Analysen, Arzneimittel, MiGel	24-Rufbereitschaft, Nachtabdeckung
Leistungen der Sozialberatung, Seelsorge: Patienten und Angehörige	Pensionsleistungen (Hotellerie)

*Die Leistungen im Bereich Palliative Care können unterteilt werden nach Leistungen mit direktem Patientenbezug sowie Leistungen, die für die Erbringung der patientenbezogenen Leistungen notwendig sind. Neben pflegerischen und ärztlichen Leistungen sind auch medizinisch-therapeutische Leistungen sowie psychosoziale und spirituelle Leistungen wie Sozialberatung, Seelsorge und psychologische Begleitung zentral.*

Quelle: Eigene Darstellung.

Damit Palliative-Care-Leistungen erbracht werden können, braucht es ein hohes Ausmass an Koordination unter den Leistungserbringern in unterschiedlichen Versorgungssettings, aber auch innerhalb des Versorgungssettings im multiprofessionellen Team. Wichtig ist dabei auch die Beratung der Grundversorger durch spezialisierte Leistungserbringer (Zweitlinienleistungen).

Der Bedarf an Palliative-Care-Leistungen kann nur abgedeckt werden, wenn dieser auch erkannt wird. Teilweise fehlt es heute bei den nicht auf Palliative Care spezialisierten Leistungserbringern (Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Fachärztinnen und Fachärzte (Neurologie, Kardiologie), Pflegepersonen, heilpädagogische Institutionen) an Wissen zu Indikationskriterien für Palliative Care sowie an einem Bewusstsein, dass Palliative Care nicht nur End-of-Life Care ist, sondern auch kausale, krankheitsbezogene Behandlungen einschliesst. Es braucht daher bei den nicht-spezialisierten Leistungserbringern den Aufbau von Kompetenz und Verständnis für Palliative Care. Eine zentrale Rolle spielen hierfür die spezialisierten Leistungserbringer. In Gebieten mit spezialisierten Palliative-Care-Teams verbessert sich auch die Versorgung mit allgemeiner Palliative Care. Auch Schulungen und Fallbesprechungen finden eher statt (Polynomics, 2024, 2023d, 2023c, 2023b, 2023a).

### 3.3 Soll-Bedarf nach Versorgungssetting

Der Sollbedarf nach Versorgungssetting wurde anhand der settingspezifischen Fokusgruppen (Polynomics, 2024, 2023d, 2023c, 2023b, 2023a) und Rückmeldungen aus der Begleitgruppe definiert.

#### Spital stationär

Im Spital umfasst die allgemeine Palliative Care das palliativmedizinische Basis-Assessment, eine gesundheitliche Vorausplanung sowie die Betreuung von Sterbenden. Um den Bedarf an spezialisierter Palliative Care abzudecken, braucht es spitalinterne Konsiliardienste sowie spezialisierte Palliative-Care-Stationen. Der Konsiliardienst besteht aus einem spezialisierten, interprofessionell arbeitenden Team und wendet sich in erster Linie beratend an das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen und wird oftmals bei Patientinnen und Patienten benötigt, bei denen es um schwierige Therapieentscheide auf der Intermediate-Care-Station (IMC) oder der Intensivpflegestation (IPS) geht. Ein Bezug kann zudem sinnvoll sein zur Symptomkontrolle, der medikamentösen Einstellung, bei komplexen Schmerztherapien oder Dyspnoe-Therapien. Eine weitere zentrale Aufgabe des stationären Konsiliarteam ist die Planung einer guten palliativen Betreuung nach der Entlassung. Aufgrund des Fachkräftemangels wird neben der beratenden Dienstleistung auch die aufsuchende und Konsiliarmedizin immer wichtiger.

Spezialisierte Palliative-Care-Stationen im Spital behandeln Patientinnen und Patienten, die sich in einer instabilen Krankheitssituation befinden und/oder eine komplexe Behandlung benötigen. Ziel ist grundsätzlich die Stabilisierung der Krankheitssituation und Entlassung der Patientinnen und Patienten. Wiedereintritte sind jedoch relativ häufig. Mit fortschreitender Erkrankung und zunehmender Morbidität sind Wechsel von Zu Hause ins Spital und zurück medizinisch erforderlich. Zudem ist eine Entlassung nicht immer möglich. Ein Teil der Patientinnen und Patienten muss aufgrund der medizinischen Situation bis zum Tod im Spital verbleiben.

Neben ärztlichen und pflegerischen Leistungen sind auch psychologische Leistungen, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Ergotherapie und Seelsorge wichtige Bestandteile der palliativen Versorgung im Spital. Darüber hinaus können auch Mal- und Kunsttherapien eine wertvolle Unterstützung bieten.

Palliative Care spielt auch in Alterspsychiatrie eine bedeutende Rolle, der Bedarf an Palliative Care hat dort stark zugenommen. Die Fälle in der Alterspsychiatrie sind oft komplex und erfordern die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachrichtungen. Die Patientinnen und Patienten weisen oft sowohl psychische als auch somatische Krankheiten auf. Häufig handelt es sich um Patientinnen und Patienten mit Demenz oder Delir, die in einem Hospiz oder Pflegeheim schwer zu betreuen sind. Auch Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen finden häufig keine palliative Anschlusslösung.

Auch in Rehabilitationskliniken können palliative Patientinnen und Patienten behandelt werden (z. B. zur Rehabilitation eines vorübergehenden Problems trotz grundsätzlich palliativem Ziel). Die Rehabilitationskliniken müssen dabei die speziellen Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

#### Hospizstruktur

Die Hospizstruktur umfasst zwei Arten: Hospize als eigenständige Einrichtung und Pflegeheime mit einer spezialisierten Palliative-Care-Abteilung. Stationäre Hospize bieten eine Betreuung mit Einbezug von spezialisierter Palliative Care für Patientinnen und Patienten, die keinen Spi-

talaufenthalt benötigen und nicht zu Hause gepflegt werden können. Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten umfasst der Aufenthalt im Hospiz die Betreuung und Begleitung am Lebensende. Im Kinderhospiz liegt der Fokus demgegenüber auf der Kurzzeitpflege sowie der Entlastung der Angehörigen. Entsprechend sollten neben den Patientenzimmern auch Familienzimmer verfügbar sein, der Aufenthalt kann sowohl nur das Kind wie auch die Familie umfassen.

Im Hospiz wird für die Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit aller involvierten Fachpersonen ein individueller Behandlungs- und Pflegeplan erstellt, der den individuellen Bedürfnissen Rechnung trägt. Im Zentrum stehen die multiprofessionelle Betreuung, Pflege und Behandlung in komplexen Situationen. Bei der Behandlungspflege steht z. B. die komplexe Mobilisation von Menschen mit starken Bewegungseinschränkungen sowie das Symptom-Management bei Schmerzen und Hautproblemen im Zentrum. Eingesetzt werden Infusionstherapien, Injektionen, Schmerzpumpen etc. Für die Betreuung und Behandlung in diesen Strukturen sind spezialisierte Fachpersonen der Pflege fallführend. Spezialisierte Ärztinnen und Ärzte werden bei Bedarf beigezogen. Eine wichtige Rolle spielt auch die Beratung und Begleitung von Angehörigen, welche etwa 20 Prozent der Arbeit im Hospiz ausmacht. Um verschiedene, individualisierte Therapien anbieten zu können, braucht ein Hospiz zudem ein breites Netzwerk an Therapeutinnen und Therapeuten, welche bei Bedarf beigezogen werden können (Ricka et al., 2022).

### Pflegeheim

Zur Abdeckung des Bedarfs an Palliative-Care-Leistungen im Pflegeheim ist ein gutes Eintrittsmanagement wichtig. Bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern wäre eine nah am Eintritt erfolgende gesundheitliche Vorausplanung (GVP)<sup>1</sup> sowie ein Bedarfs-Assessment (körperlicher und psychischer Zustand) in Bezug auf Palliative Care angebracht. Im Minimum sollte dies bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer Lebenserwartung von weniger als einem Jahr sowie einem schlechten Allgemeinzustand erfolgen.

In der Regel haben Pflegeheime kein eigenes Angebot an spezialisierter Palliative Care. Damit die Versorgung gewährleistet ist, ist zentral, dass Zugang zu einem externen mobilen Palliative-Care-Dienst aber auch zu einem Konsiliardienst der Alterspsychiatrie besteht. Vielen Hausärztinnen und Hausärzten der Bewohnerinnen und Bewohner fehlt es einerseits an spezialisiertem Wissen, andererseits fehlt ihnen aber auch die Zeit für Gespräche und Aufklärung, und sie sind aufgrund ihrer Praxistätigkeit in akuten Situationen in der Regel auch nicht kurzfristig verfügbar. Ebenso sollte der Zugang zu therapeutischen Leistungen (Ergotherapie, Kinästhetik, Logopädie, Musik- und Kunsttherapie etc.) gewährleistet werden. Bei Schluckbeschwerden sind zudem auch die Mitarbeitenden in der Küche miteinzubeziehen. Die Mitarbeitenden im Pflegeheim müssen in der Lage sein, den Bedarf an spezialisierter Palliative Care zu erkennen. Dies erfordert den Aufbau von Prozessen, Qualitätssicherung und Schulungen im Bereich allgemeiner Palliative Care sowie Ressourcen für die Zusammenarbeit mit spezialisierten Diensten. Die Bewohnerinnen und Bewohner leiden oftmals an einer Vielzahl von somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Diagnosen. Eine grosse Herausforderung in der Bedarfserkennung und der bedarfsgerechten Versorgung stellt die oftmals verlangsamte und erschwerte Kommunikation dar.

---

<sup>1</sup> «Bei der GVP geht es darum, die eigenen Werte und Vorstellungen in Bezug auf die Behandlung und Betreuung bei Krankheit, Unfall oder Pflegebedürftigkeit zu reflektieren und diese mitzuteilen, damit sie für den Fall der Urteilsunfähigkeit, für Drittpersonen greifbar, und etwa mittels Patientenverfügung festgehalten sind.» [www.bag.admin.ch/gvp](http://www.bag.admin.ch/gvp).

## Zu Hause

Bei einer Betreuung zu Hause sind unterschiedliche Leistungserbringer involviert. Allgemeine Palliative-Care-Leistungen werden üblicherweise von der Spix und den Hausärztinnen und Hausärzten erbracht. Als unterstützende Ergänzung können zusätzlich Spitalambulatorien zum Einsatz kommen. Das Palliativambulatorium ist meist an ein Akutspital angebunden und arbeitet mit einer Palliativstation oder -klinik zusammen. Je nach Komplexität der Krankheit bzw. der Situation, ist ein Bedarf an spezialisierter Palliative Care notwendig. Dieser wird durch einen mobilen Palliative-Care-Dienst (MPD) gedeckt. Der MPD ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team und bietet vorrangig Beratung und Anleitung für das Betreuungspersonal in der Grundversorgung zu Hause oder im Pflegeheim an (Zweitliniendienst). Auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung oder in bestimmten festgelegten Situationen kann der MPD auch direkt an der Behandlung und Begleitung eines Patienten beteiligt sein. Wichtig ist dabei, dass eine 24-Stunden-Abdeckung gewährleistet ist und der Nacht-/Notfalldienst Zugang zu den Patienteninformationen, zumindest zu den Informationen, wie in Notfällen vorzugehen ist, hat. Zusätzlich sollte auch in der Grundversorgung ein Pikett- oder Nachtangebot verfügbar sein. Der MPD übernimmt häufig die Koordination mit allen involvierten Fachpersonen (Pflege, Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Seelsorge, Freiwillige etc.) sowie die Netzwerkpflege und steht den Grundversorgern beratend zur Seite. Die primäre ärztliche Verantwortung kann dabei bei den Hausärztinnen und Hausärzten verbleiben. Aufgrund eines Fachkräftemangels oder fehlender Ressourcen ist dies heute oft nicht möglich.

Eine gesundheitliche Vorausplanung sowie ein Bedarfs-Assessment (körperlicher und psychischer Zustand) in Bezug auf Palliative Care wäre mindestens bei Patientinnen und Patienten mit einer Lebenserwartung von weniger als einem Jahr und einem schlechten Allgemeinzustand wünschenswert. Damit der Bedarf an spezialisierter Palliative Care zu Hause abgedeckt werden kann, ist es notwendig, dass die Leistungserbringer der Grundversorgung (Spix, Ärztinnen und Ärzte, heilpädagogische Institutionen) in der Lage sind, den Bedarf an spezialisierter Palliative Care zu erkennen. Für die Bedarfserkennung und Zusammenarbeit mit MPD benötigen die Pflegefachpersonen Palliative-Care-Kompetenzen.

## 3.4 Unterschiede im Bedarf und Erkenntnisse aus Fallbeispielen

Der Bedarf an Palliative-Care-Leistungen unterscheidet sich zwischen den Patientinnen und Patienten stark. Einerseits bestehen Unterschiede durch die Grunderkrankung, aber auch innerhalb einer Krankheitsgruppe kann der Bedarf stark variieren. Entscheidend sind zudem die persönliche Lebenssituation (Alter, soziales Netzwerk und Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten), das Bestehen von kognitiven Einschränkungen und die Wünsche der Patientinnen und Patienten. Eine Verallgemeinerung ist nicht möglich. Der Bedarf an Palliative-Care-Leistungen unterscheidet sich zudem stark zwischen erwachsenen und minderjährigen Patientinnen und Patienten. Kinder leiden primär an komplexen, chronischen Erkrankungen und werden über mehrere Jahre betreut. Im Gegensatz zu den erwachsenen Personen benötigen nahezu alle Leistungen der spezialisierten Palliative Care. Betroffen ist nicht nur das Kind, sondern das Familien- system als Ganzes. Der Zeitaufwand für die Begleitung und Betreuung der Angehörigen ist gegenüber den Erwachsenen nochmals deutlich erhöht (Polynomics, 2024, 2023d, 2023c, 2023b, 2023a).

Die oben beschriebenen Soll-Leistungen für Palliative Care werden mit einzelnen Fallbeispielen untermauert, welche exemplarisch für einen spezifischen Patientenfall die Leistungen über alle Versorgungssetting aufzeigen. Die Patientenpfade wurden im Rahmen einer früheren BAG-Stu-

die erstellt (Egli et al., 2016). Diese hatte die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative Care zum Gegenstand, welche unter anderem an drei konkreten Patientenbeispielen demonstriert wurde, die in unterschiedlichen Settings betreut wurden. Die Fallbeispiele sind detailliert im Anhang beschrieben und dargestellt (vgl. Kapitel 8.1, 8.2 und 8.3). In diesem Kapitel folgt nur eine kurze zusammenfassende Darstellung und eine Diskussion der wichtigsten Erkenntnisse aus den Fallbeispielen.

Das erste Fallbeispiel beschreibt einen Palliative-Care-Patientenpfad zu Hause. Es handelt von Frau Arnold, einer 58-jährigen Frau in einer stabilen Partnerschaft mit einer Krebserkrankung. Nachdem bei einem Spitalaufenthalt die palliative Situation erkannt wurde, wird eine palliative Betreuung zu Hause organisiert, die von ihrer Hausärztin koordiniert wird. Dabei sind neben der Pflege und einem mobilen Palliative-Care-Dienst auch diverse Therapieangebote, der Sozialdienst und die Seelsorge eingebunden. Nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und einer Erschöpfung der betreuenden Angehörigen wird die Patientin zur Stabilisierung in eine Palliative-Care-Station in einem Spital eingewiesen. Nach der erneuten Entlassung können weitere gesundheitliche Probleme zu Hause gemeistert werden, bis die Patientin dort verstirbt.

Das zweite Fallbeispiel beschreibt einen Palliative-Care-Patientenpfad im Pflegeheim. Es handelt von Frau Bühler, einer 89-jährigen verwitweten Frau mit einer leichten Demenz und einem malignen Lymphom, die zu Hause von ihren Töchtern mit Hilfe des Hausarztes, der Spitex und weiterer therapeutischen Dienste betreut wird. Eine Hospitalisierung wegen eines Sturzes macht eine Rückkehr nach Hause mit gleichbleibendem Betreuungsaufwand unmöglich. Der Hausarzt erkennt die palliative Situation und koordiniert gemeinsam mit den Angehörigen, den behandelnden Fachpersonen das weitere Vorgehen. Die Patientin tritt in ein Pflegeheim ein. Dort wird sie unter Einbezug ihrer Töchter von einem interprofessionellen Team gepflegt und betreut, bis sie verstirbt.

Das dritte Fallbeispiel beschreibt einen Palliative-Care-Patientenpfad im Spital. Es handelt von Herr Rossi, einem 59-jährigen Italiener, der seit Jahren an mehreren chronischen Krankheiten leidet. Seine Ehefrau ist ebenfalls gesundheitlich angeschlagen. Die finanzielle Lage ist angespannt. Die behandelnde Spitex hat bereits früh eine palliative Situation erkannt. Es werden palliative Massnahmen in die Behandlung und Betreuung integriert. Der Gemeindesozialdienst übernimmt Koordinationsleistungen. Nach schweren Infektionen wird Herr Rossi ins Spital überwiesen, wo ihm ein Bein teilamputiert werden muss. Nach der Entlassung wird an einem Rundtischgespräch ein Notfallplan erarbeitet. Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands wird er gemäss dem Notfallplan ins Akutspital eingeliefert, wo auf der Palliativstation mit einem interprofessionellen Team Symptomlinderungen im Zentrum stehen, bis er verstirbt.

Die drei Fallbeispiele zeigen einerseits deutlich den mehrfachen Bedarf an palliativen Leistungen, den Patientinnen und Patienten im Verlauf der Erkrankung haben können. In allen Beispielen wechseln sich Episoden zu Hause, im Spital oder im Pflegeheim ab, und Schlüsselsituationen führen zu notwendigen Anpassungen in der Behandlung und Betreuung.

Die Fallbeispiele zeigen andererseits aber auch den grossen Koordinationsbedarf auf, der in der Palliativversorgung nötig ist. Dieser fällt sowohl innerhalb eines multiprofessionellen Behandlungsteams – sei es zu Hause oder in einem stationären Setting – als auch an den Schnittstellen zwischen den Settings. Das erste Fallbeispiel von Frau Arnold zeigt dabei gut auf, dass die Koordination unterschiedlich gelöst werden kann. Da sich die Patientin wünscht, ihre verbleibende Lebenszeit zu Hause zu verbringen, könnte die Hausärztin oder eine Pflegefachperson der Spitex die Koordination übernehmen. Da Frau Arnold im Rahmen der ersten IV-Abklärungen bereits Kontakt mit dem Sozialdienst hatte, wäre es auch denkbar, dass die Sozialarbeiterin bzw. der

Sozialarbeiter das Behandlungsnetzwerk koordiniert. Die Rundtisch-Gespräche werden in diesem Beispiel überwiegend von der Hausärztin, den Pflegefachpersonen der Spitex oder des MPD einberufen.

Das dritte Fallbeispiel von Herr Rossi verdeutlicht zudem, dass es häufig keinen klaren Wechsel von kurativer zu palliativer Behandlung gibt. Gerade im Fall von chronisch fortschreitenden Erkrankungen ist dies selten der Fall. Die Behandlung enthält im Verlauf auch kausale, krankheitsbezogene Elemente. Bei Herr Rossi kommen über den gesamten Verlauf kausale, krankheitsbezogene und symptomatische Behandlungen ergänzend zum Einsatz. Es ist jedoch mit der Zeit eine Verschiebung hin zur Palliation zu beobachten, sodass der Behandlungsschwerpunkt in den letzten Wochen klar auf der Symptomlinderung liegt.

Vor allem zeigen die Fallbeispiele jedoch, wie individuell unterschiedlich der Bedarf an Palliative Care sein kann. Der Bedarf orientiert sich vor allem an den Wünschen der Betroffenen und an den Möglichkeiten bzw. Einschränkungen, die sich aus dem Umfeld ergeben. So wünscht sich im ersten Fallbeispiel Frau Arnold ihre letzte Lebenszeit zu Hause zu verbringen. Aufgrund der Lebenssituation (fester Partner, mit dem sie in einer gemeinsamen Wohnung lebt und Unterstützung durch die erwachsene Tochter) ist dies auch möglich umzusetzen. Die Stabilisierung des kritischen Gesundheitszustands, der zum zweiten Spitalaufenthalt von Frau Arnold geführt hat, wäre zwar grundsätzlich auch zu Hause mit Hilfe des MPD möglich gewesen. Die Wahl fiel zugunsten der Palliativstation im Spital, um die zu diesem Zeitpunkt erschöpften Angehörigen entlasten zu können.

Im Unterschied dazu verbringt Herr Rossi im dritten Beispiel seine letzte Lebenszeit im Spital. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass seine Situation durch die angeschlagene Gesundheit seiner Frau und der finanziellen Probleme stark belastend ist. Es sind aber auch die positiven Erfahrungen, die Herr Rossi mit dem nahegelegenen Akutspital gemacht hat, die diese Entscheidung mitbeeinflusst. Alternativ wäre eine Unterstützung durch den MPD möglich gewesen, um im Notfall eine Einweisung zu vermeiden oder die Angehörigen zu entlasten.

Auch bei Frau Bühler im zweiten Fallbeispiel wird die für ihre Lebenssituation beste Lösung gefunden. Aufgrund der Verschlechterung ihrer Gesundheit während des Spitalaufenthalts ist eine Rückkehr in ihre Alterswohnung mit gleichbleibendem Betreuungsaufwand nicht mehr möglich. Mit dem Eintritt ins Pflegeheim kann die nötige Pflege- und Betreuungsintensität gewährleistet werden, und der Einbezug der Töchter in die Betreuung ihrer Mutter sichert weiterhin eine familiäre Atmosphäre.

Bei den bezogenen Leistungen zeigen sich ebenfalls Unterschiede. Während zum Beispiel bei Frau Arnold und Frau Bühler in den ersten beiden Beispielen relativ schnell die symptomatische Behandlung in den Vordergrund gestellt wird, kommen bei Herr Rossi bis zum Tod kausale, krankheitsbedingte Leistungen ergänzend zum Einsatz. Bei Frau Bühler im zweiten Beispiel führt die starke Verankerung in der Kirchengemeinde dazu, dass die Seelsorge, die vor allem durch den Gemeindepfarrer angeboten wird, eine wichtige Stellung im gesamten Krankheitsverlauf einnimmt. Die psychischen Probleme, die während des Pflegeheimaufenthalts auftreten ziehen einen runden Tisch mit Einbezug der Gerontopsychiatrie und der Seelsorge nach sich mit einer Abklärung des Handlungsbedarfs.

Die aufgeführten Fallbeispiele sind nicht abschliessend. Weitere mögliche Szenarien umfassen beispielsweise Behandlungen in einem Hospiz oder in einer Alterspsychiatrie. Genauso sind Kinder und Jugendliche nicht abgebildet, welche wiederum einen sehr unterschiedlichen und spezifischen Bedarf an Palliative Care haben können.

### 3.5 Bestimmung der mit dem Soll-Bedarf verbundenen Kosten pro Setting

Basierend auf dem in Kapitel 3.1 ausgewiesenen Bedarf an Palliative Care werden pro Setting die Kosten abgeschätzt. Grundsätzlich ist eine solche Abschätzung der Kosten sehr schwierig und nur mit sehr ungenauen Resultaten durchzuführen. Das liegt hauptsächlich daran, dass es in Kostendaten meist nicht sichtbar ist, ob eine Leistung in einem palliativen Setting erbracht wurde oder nicht. Aus diesem Grund behilft man sich häufig damit, die Kosten für Palliative-Care-Leistungen abzuschätzen, die am Lebensende erbracht werden, da sich hier die Leistungen besser eingrenzen lassen. Auch in unserem Fall ist eine Kostenschätzung nur für den Palliative-Care-Bedarf am Lebensende möglich. Für den Bedarf im Krankheitsverlauf ist dies nicht möglich, da die vorhandenen Informationen zu den Kosten sich jeweils auf das Lebensende beziehen. Da sich die Bedürfnisse und der Bedarf im Krankheitsverlauf ändern, können die Kosten für Palliative Care am Lebensende nicht einfach auf den Krankheitsverlauf übertragen werden. Für die Kostenschätzung wird pro Versorgungssetting die Anzahl an palliativen Situationen mit den durchschnittlichen Kosten multipliziert. Da es um eine Ermittlung des Bedarfs geht, nehmen wir bei der Ermittlung der Kosten die Perspektive der Leistungserbringer ein, d. h. wir ermitteln die Kosten, welche den unterschiedlichen Leistungserbringern entstehen würden, wenn sie die Soll-Leistungen anbieten. Soweit möglich, werden bei der Ermittlung der Kostensätze jeweils die Vollkosten berücksichtigt, das heißt nicht nur die Lohnkosten der Leistungserbringer, sondern auch die für die Leistungserbringung benötigten Sachkosten sowie Gemein- und Kapitalkosten.

Die Kosten werden pro Setting anhand bestehender Studien und verfügbarer Daten ermittelt.<sup>2</sup> Diese basieren allerdings auf den Ist-Kosten. Wir gehen in dieser Schätzung davon aus, dass pro Situation bereits heute alle notwendigen Leistungen erbracht werden und nur bei der Anzahl der erbrachten Situationen der Soll-Wert vom Ist-Wert abweicht. Damit wird unterstellt, dass in den verwendeten Kostendaten alle notwendigen Leistungen abgedeckt sind, sprich Patientinnen und Patienten, die Zugang zu Palliative Care haben, erhalten die notwendigen Leistungen. Diese Annahme wird nicht von allen Leistungserbringern unterstützt, da viele Leistungen nicht oder zu wenig finanziert seien und somit heute nicht oder zu wenig erbracht werden. Die ausgewiesenen Kosten stellen somit eher eine Untergrenze dar.

#### Spital stationär

##### Allgemeine Palliative Care

Für die allgemeine Palliative Care im Spital liegen uns keine Kostendaten vor. Aufgrund der Rückmeldungen der Begleitgruppe ist eine Abgrenzung dieser Fälle nicht möglich. Die Fälle streuen über das ganze System und meist ist nicht klar, wo die kurative Behandlung aufhört, und die palliative Behandlung beginnt. Wir verzichten deshalb auf die Berechnung dieser Kosten.

##### Spezialisierte Palliative Care

Für die spezialisierte Palliative Care bestehen spezifische Codes. Für die Berechnung der Kosten der spezialisierten Palliative Care verwenden wir die durchschnittlichen Kosten der Fälle, wel-

---

<sup>2</sup> Wenn möglich, werden Kostendaten für das Jahr 2022 verwendet. Abhängig von den verfügbaren Daten werden teilweise auch andere Jahre verwendet.

che einen CHOP-Code für palliativmedizinische Komplexbehandlung (93.8A.2) oder spezialisierte Palliative Care (93.8B) enthalten.<sup>3</sup> Die durchschnittlichen Kosten liegen im Jahr 2020 bei 31'930 CHF pro Fall.<sup>4</sup>

Bei den verwendeten Daten für die spezialisierte Palliative Care handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe, welche für den Durchschnitt eine robuste Aussage zulässt. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die Kosten für einzelne Fälle stark variieren können und nur die Fälle mit einem entsprechenden CHOP-Code berücksichtigt werden. Nicht berücksichtigt sind die Kosten für Fälle, die nur einen geringen Bedarf an spezialisierter Palliative Care haben. Diese können durch niederschwellige Angebote der Konsiliardienste abgedeckt werden.

## Hospizstruktur

### Spezialisierte Palliative Care

Die Kosten für die Hospize nehmen wir aus der Studie Mäder et al. (2020). Die Vollkosten pro Tag betragen durchschnittlich 678 CHF.<sup>5</sup> Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 34 Tagen resultieren Kosten von 23'052 CHF pro Aufenthalt.

Die Werte basieren aus einer Befragung von drei Hospizen (eigenständige Einrichtungen) und vier Pflegeheimen mit einer spezialisierten Palliative-Care-Abteilung. Aufgrund der geringen Stichprobe sind die Werte mit entsprechender Vorsicht zu genießen. Gemäss den Anzahl Betten deckt die Studie 45 Prozent des Angebots im Jahr 2018 ab. Die Studie zeigt auch auf, dass die Aufenthaltsdauer pro Hospizstruktur sehr unterschiedlich ausfallen kann (17–57 Tage). Auch bei den Vollkosten pro Tag zeigen sich Unterschiede, welche aus verschiedenen Gründen entstehen können (Patientencharakteristika, regionale Unterschiede, Anzahl Betten etc.). Zudem bestehen auch Unterschiede zwischen Pflegeheimen mit spezialisierter Palliative-Care-Abteilung und Hospizen. Berücksichtigt man nur die Hospize, so liegen die durchschnittlichen Vollkosten bei 735 CHF pro Tag.

## Pflegeheim

### Allgemeine Palliative Care

Für die Kosten im Pflegeheim stützen wir uns auf eine Erhebung bei den Pflegeheimen, welche den Zeitaufwand pro Tag bei Palliative-Care-End-of-Life-Situationen (PCE) untersucht hat. PCE-Situationen wurden als Fälle definiert, bei denen die Pflegenden die Restlebenserwartung der Pflegebedürftigen kleiner als sechs Monate eingeschätzt wurde. Der Zeitaufwand des Pflegepersonals (Pflege, Betreuung, Pension, Struktur) liegt bei 319.0 Minuten pro Tag für einen PCE-Fall und bei 202.4 Minuten pro Tag für einen Nicht-PCE-Fall. Über alle Fälle liegt der Zeitaufwand bei 211.4 Minuten (Bartelt et al., 2018).

<sup>3</sup> Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) wird in der Schweiz verwendet, um chirurgische Eingriffe und medizinische Prozeduren zu kodieren. Für palliative Behandlung gibt es die drei Kategorien 93.8A.1: Palliativmedizinische Assessment, 93.8A.2: Palliativmedizinische Komplexbehandlung, 93.8B: Spezialisierte Palliative Care.

<sup>4</sup> Die Kosten basieren auf einer Auswertung auf den Daten des Vereins SpitalBenchmark. Verglichen mit der Anzahl Fälle aus der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik, welche alle Fälle enthält (vgl. Kapitel 4.1), sind für das Jahr 2020 8'391 Fälle enthalten, was einer Abdeckung von 87 % entspricht. Für die Jahre 2021 und 2022 resultieren ähnlich hohe Kosten.

<sup>5</sup> Die Zahlen von Mäder et al. (2020) basieren auf den Jahren 2018 und 2019. Gemäss Hospize Schweiz sind die Vollkosten seit dann angestiegen.

Für die Kosten verwenden wir aus den Standardtabellen der SOMED die Betriebskosten der Pflegeheime. Diese umfassen die Kosten für Pension, KVG-pflichtige Pflege, Betreuung, Therapie, Arzt, Medikamente (SL) und Material (MiGeL). Die Kosten teilen wir durch die Anzahl Tage in den Pflegeheimen (BFS, 2022b). Die Vollkosten pro Tag werden durch die durchschnittliche Anzahl Minuten Zeitaufwand geteilt (separat für KVG-pflichtige Pflege, Pension sowie Betreuung & Struktur). Diese durchschnittlichen Vollkosten der Pflegeheime pro Minute können anschliessend mit dem Zeitaufwand für einen PCE-Fall resp. Nicht-PCE-Fall multipliziert werden. Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von drei Monaten<sup>6</sup> ergeben sich daraus Kosten von 40'297 CHF resp. 28'450 CHF pro Situation.

Die Daten zum Zeitaufwand für PCE-Situationen basieren auf 190 Fällen aus 44 Pflegeheimen, die den Pflegebedarf mit dem Instrument «BESA» ermitteln. Der Zeitaufwand wurde während 14 Tagen erfasst. In Anbetracht, dass im Jahr 2020 34'603 Bewohnerinnen und Bewohner im Heim verstorben sind, ist dies eine sehr kleine Stichprobe. Die Werte sind mit entsprechender Vorsicht zu geniessen. Bei den Kosten handelt es sich um eine Vollerhebung, bei der Umrechnung auf die Kosten pro Minuten handelt es sich jedoch um eine grobe Abschätzung.

#### Spezialisierte Palliative Care – MPD

Für die spezialisierte Palliative Care im Pflegeheim stützen wir uns auf die Kosten der mobilen Palliative-Care-Dienste (vgl. Abschnitt «Zu Hause»). Der Aufwand der MPD für Patientinnen und Patienten im Pflegeheim ist gemäss Daten aus dem Kanton Zürich niedriger als zu Hause. Der durchschnittliche Aufwand im Jahr 2023 betrug 4.5 Stunden über einen Zeitraum von sechs Monaten. Multipliziert mit den Kosten von 230 CHF pro Stunde ergeben sich 1'035 CHF pro Patientin resp. Patient (SPaC, 2024). Die Daten basieren auf 304 Patientinnen und Patienten und sind somit nur sehr beschränkt repräsentativ für die gesamte Schweiz. Die Angaben decken sich jedoch mit den Werten aus einer Studie zur Bedarfsabklärung im Kanton Luzern (Wächter et al., 2015), welche einen durchschnittlichen Aufwand von 5 Stunden im Pflegeheim verwenden (im Gegensatz zu 15 Stunden bei der ambulanten Pflege).

#### Zu Hause

##### Allgemeine Palliative Care

Für palliative Situationen zu Hause gehen wir bei der allgemeinen Palliative Care von einer Betreuung durch die Spitex aus. In einer ZHAW-Studie wurde die Leistungsintensität verschiedener Spitex-Klientinnen und -Klienten von acht Spitex-Organisationen aus allen drei Sprachregionen untersucht. Dabei wurden auch Palliative-Care-Klientinnen und -Klienten analysiert. Es zeigte sich, dass diese insbesondere bei den a-Leistungen (Abklärung/Beratung/Koordination)<sup>7</sup> deutlich mehr Stunden beanspruchen (Meier et al., 2024).

Wir verwenden für unsere Berechnung die in der Studie ausgewiesenen Stunden pro Monat. Insgesamt sind dies 1'039 Minuten pro Monat bei Palliative-Care-Fällen gegenüber 797 Minuten bei Nicht-Palliative-Care-Fällen. Um den gesamten Leistungsbezug zu erhalten, multiplizieren wir die monatlichen Leistungen mit einem durchschnittlichen Behandlungszeitraum von 3.9

---

<sup>6</sup> In der Studie war eine Restlebenserwartung von weniger als sechs Monate ein Entscheidungskriterium für die Einteilung in einen PCE-Fall. Wir gehen in unsere Berechnung davon aus, dass diese Personen im Schnitt noch drei Monate leben.

<sup>7</sup> Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Monaten.<sup>8</sup> Die Anzahl Stunden multiplizieren wir mit den durchschnittlichen Vollkosten der a-, b- und c-Leistungen.<sup>9</sup> Da teilweise erhebliche Kostenunterschiede zwischen den einzelnen Organisationen bestehen und die Vollkosten nicht flächendeckend publiziert sind, handelt es sich hier um eine grobe Abschätzung der tatsächlichen Kosten. Mit den vorhandenen Daten resultieren Kosten von 8'702 CHF pro Klienten mit allgemeiner Palliative Care gegenüber 6'631 CHF pro Klienten ohne Palliative Care.

Weiter fallen auch Kosten bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt an. Dazu gehören zum Beispiel Therapieziele besprechen und festhalten, Hausbesuche, Austrittsbericht studieren, Abstimmungen mit anderen Fachpersonen, Verordnungen und Rezepte ausstellen, an Rundtischen teilnehmen. Wir schätzen basierend auf Expertengesprächen einen durchschnittlichen Aufwand von 10 Stunden verteilt über sechs Monate, wovon 4 Stunden Leistungen in Abwesenheit des Patienten sind. Da uns keine Kostendaten vorliegen, stützen wir uns für die Berechnung der Kosten auf die Tarife. Da der Tarmed veraltet ist und nicht zwingend die Kosten widerspiegelt, verwenden wir den Tardoc.<sup>10</sup> Die Leistungen für Palliative Care (Kapitel CA.15) werden mit 4.63 Taxpunkten pro Minute veranschlagt. Unter der Annahme, dass die Taxpunkte kostenbasiert hergeleitet wurden, resultieren damit Kosten von 278 CHF pro Stunde. Insgesamt führt dies zu Kosten von 2'778 CHF.

Ergänzend dazu kann auch eine Beratung und Behandlung in einem Spitalambulatorium stattfinden. Aufgrund von fehlenden Leistungs- und Kostendaten werden diese Kosten nicht erhöhen.

Ein weiterer möglicher Kostenpunkt bei einer Betreuung zu Hause sind Therapien wie Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie sowie Ernährungsberatung etc. Gemäss den Expertinnen und Experten finden heute kaum Domizilbehandlungen statt. Welche Therapien und in welchem Umfang in einem Soll-Bedarf erbracht werden sollen, konnte anhand der Rückmeldungen nicht schlüssig beantwortet werden, da die Meinungen sehr unterschiedlich waren und sich der Bedarf je nach Situation stark unterscheidet. Wir verzichten entsprechend auf eine Berechnung dieser Kosten.

---

<sup>8</sup> Der Behandlungszeitraum wird wie folgt abgeschätzt: Wir dividieren das Total der verrechneten Stunden pro Klienten aus der «Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause» des BFS durch die monatlichen Stunden gemäss ZHAW-Studie ( $52/(797/60)=3.9$ ). Da in der BFS-Statistik keine Angaben zu Palliative Care vorhanden sind, verwenden wir die Leistung ohne Palliative Care. Dabei wird unterstellt, dass der Behandlungszeitraum von Klientinnen und Klienten mit Palliative Care gleich lang ist wie ohne.

<sup>9</sup> Gewichteter Durchschnitt mit der Wohnbevölkerung (BFS, Bilanz der ständigen Wohnbevölkerung, 2022) über die Kantone Zürich (<https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html#-858289621>), Aargau (<https://www.ag.ch/media/kanton-aargau/dgs/dokumente/gesundheit/gesundheitsversorgung/restkostenfinanzierung/ambulant/spitex-auswertung-klv-kore-2020-le-mit-lv.pdf>) und Thurgau ([https://www.spitex-romanshorn.ch/files/1UBX0VO/tarife\\_2024.pdf](https://www.spitex-romanshorn.ch/files/1UBX0VO/tarife_2024.pdf), [https://www.spitex-region-kreuzlingen.ch/files/306NK6E/2024\\_tarifblatt.pdf](https://www.spitex-region-kreuzlingen.ch/files/306NK6E/2024_tarifblatt.pdf), <https://www.spitex-aachthurland.ch/files/2VZXSQM/Tarife-2024.pdf>, [https://www.spitex-oberthurgau.ch/files/J5K00EY/spitex\\_tarife\\_2024.pdf](https://www.spitex-oberthurgau.ch/files/J5K00EY/spitex_tarife_2024.pdf)): a-Leistung 143 CHF (Abklärung, Beratung, Koordination), b-Leistung (Untersuchung und Behandlungspflege) 136 CHF, c-Leistung (Grundpflege) 122 CHF. a-, b- und c-Leistungen beziehen sich auf die Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV.

<sup>10</sup> Beim Bundesrat eingereichte Version 1.3.2. <https://browser.tartools.ch/de/tardoc/data/K/CA.15>

## Spezialisierte Palliative Care – MPD

Für die Kosten der spezialisierter Palliative Care verwenden wir die Kostendaten der mobilen Palliative-Care-Dienste (MPD) aus unterschiedlichen Studien für die Kantone St. Gallen, Graubünden, Bern<sup>11</sup>, Fribourg und Zürich (Maessen et al., 2018; SPaC, 2023). Durchschnittlich fallen für die MPD Kosten von 2'912 CHF pro Patientin bzw. Patient an.

### Kostenschätzung für den Soll-Palliative-Care-Bedarf am Lebensende

Insgesamt resultieren Kosten in der Höhe von 2'202 Mio. CHF pro Jahr für den Soll-Bedarf an Palliative Care am Lebensende (vgl. Tabelle 3). Es handelt sich dabei um eine Untergrenze. Die Kostenberechnung basiert zum einen auf den Ist-Kosten. Wir gehen in dieser Schätzung davon aus, dass pro Situation bereits heute alle notwendigen Leistungen erbracht werden und nur die Anzahl der erbrachten Situationen vom Ist-Wert abweicht. Sollten auch innerhalb der Situation zu wenig Leistungen erbracht werden (fehlendes Angebot, Finanzierung etc.), sind die Kosten pro Situation entsprechend unterschätzt. Zum anderen fehlen die Kosten für allgemeine Palliative Care im Spital, Palliativambulanzen sowie weitere ambulant tätige Therapeutinnen und Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung, Musik- und Kunsttherapie etc.), Sozialarbeitende und Seelsorgende, da uns hierfür keine Daten vorliegen und auch von den Expertinnen und Experten keine generellen Aussagen gemacht werden konnten. Die Tabelle enthält auch eine Spalte zur Einschätzung der Datenqualität: Die Einschätzung berücksichtigt dabei die Stichprobengrösse und Repräsentativität der Datenquellen sowie die für die Berechnung getroffenen Annahmen.

Für die pädiatrische Palliative Care konnten keine Kosten pro Versorgungssetting berechnet werden. Zum einen ergibt gemäss Expertinnen und Experten eine Unterteilung des pädiatrischen Palliative-Care-Bedarfs nach Setting wenig Sinn (Ziegler & Laubereau, 2023). Zum anderen liegen praktisch keine Kostendaten vor. Hochgerechnet aus Erfahrungen aus St. Gallen wären zur Abdeckung des Soll-Bedarfs von rund 10'000 Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen jährlich rund 24 bis 36 Mio. CHF notwendig, um schweizweit eine flächendeckende pädiatrische Palliative Care inklusive Hospize anzubieten. Diese Zahlen sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da es sich zum einen um eine grobe Abschätzung handelt und zum anderen sich die Kosten je nach Patienten- und Angebotsstruktur stark unterscheiden können.

---

<sup>11</sup> Vertrauliche Daten aus dem Modellversuch spezialisierte Palliativversorgung im Kanton Bern.

Tabelle 3 Kostenschätzung für den Soll-Palliative-Care-Bedarf am Lebensende

Versorgungssetting	Soll-Bedarf an PC-Situationen am Lebensende	Kosten pro PC-Situation in CHF	Kosten pro PC-Situation in CHF pro Tag/Einsatz	Kosten total in Mio. CHF	Datenqualität der Kosten
Spital stationär				192	
▪ APC	23'500 <sup>1</sup>	nicht abgrenzbar	-	-	-
▪ SPC	6'000	31'930	1'811	192	gut
Hospizstruktur				58	
▪ SPC	2'500	23'052	678	58	mittel
Pflegeheim				1'499	
▪ APC	37'000	40'297	442	1'491	mittel
▪ SPC (MPD)	7'500	1'035	-	8	gering
Zu Hause				454	
▪ APC (Spitex)	37'500	8'702	74	326	mittel
▪ APC (Hausarzt)	37'500	2'778	-	104	gering
▪ SPC (MPD)	8'000	2'912	-	23	mittel
Total Erwachsene (Untergrenze)				2'202	
Total Pädiatrie (Expertenschätzung)				24-36	

▪ PC = Palliative Care; APC = Allgemeine Palliative Care; SPC = Spezialisierte Palliative Care; MPD = Mobiler Palliative-Care-Dienst

<sup>1</sup> Die Kosten der spezialisierte Palliative Care im Spital enthalten auch die allgemeine Palliative Care. Entsprechend sind die SPC-Fälle hier von den APC-Fällen abgezogen.

Basierend auf dem Soll-Bedarf aus der Interface-Studie (Ziegler et al., 2023) und verfügbaren Kosten-daten schätzen wir die Kosten für die Abdeckung des Soll-Bedarfs an Palliative Care auf 2'202 Mio. CHF. Die Kosten beinhalten KVG-Leistungen und Nicht-KVG-Leistungen. Die Schätzung ist jedoch mit Unsicherheit behaftet und stellt eine Untergrenze dar. Nicht enthalten sind die Kosten für allgemeine Palliative Care im Spital, Spitalambulatorien, ambulant tätige Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeitende und Seelsorgende. Eine grobe Einschätzung der Datenqualität der Kosten findet sich in der letzten Spalte. Die Berechnung beruht zudem auf den Ist-Kosten, welche ebenfalls eher eine Untergrenze darstellen. Unsicherheit besteht auch im Soll-Bedarf, da zur Abschätzung teilweise grobe Annahmen getroffen wurden, vgl. dazu Ziegler et al. (2023). Der Soll-Bedarf wurde für das Jahr 2020 erhoben. Entsprechend beziehen sich die Kosten, wenn möglich, ebenfalls auf das Jahr 2020. Je nach Datenquelle können aber auch andere Datenjahre einfließen. Zusätzlich kommen gemäss Expertenschätzung basierend auf Erfahrungen aus St. Gallen noch rund 24 bis 36 Mio. CHF für die pädiatrische Palliative Care hinzu. Je nach Patienten- und Angebotsstruktur können sich die Kosten stark unterscheiden, weshalb die Hochrechnung mit entsprechender Unsicherheit verbunden ist.

---

Quelle: Soll-Bedarf aus Ziegler et al. (2023), diverse Quellen gem. Angaben im Fliesstext; eigene Berechnungen Polynomics.

## 4 Ist-Versorgung von Palliative Care

Nach der Ermittlung des Soll-Bedarfs und der damit verbundenen Kostenschätzung pro Versorgungssetting wird der Ist-Bedarf bestimmt. Dazu ermitteln wir in einem ersten Schritt für jedes Versorgungssetting die Anzahl Patientinnen und Patienten, die Palliative-Care-Leistungen beziehen. In einem zweiten Schritt schätzen wir die daraus resultierenden Ist-Kosten pro Versorgungssetting.

### 4.1 Bestimmung der Ist-Patientinnen und -Patienten pro Setting

Die Bestimmung der Ist-Patientinnen und -Patienten erfolgte soweit möglich anhand bestehender Datenquellen und Studien. Neben der Verwendung von öffentlich verfügbaren Datenquellen führten wir auch eine Literaturrecherche zu datenbasierten Studien im Bereich Palliative Care durch. Datenlücken werden mit einer Umfrage oder mit Aussagen von Expertinnen und Experten ergänzt.

#### Spital stationär

Gemäss einer Befragung der Kantone und regionalen Sektionen im Jahr 2023 gibt es in 20 Kantonsministries mindestens eine Palliativstation. Die insgesamt 49 Palliativstationen verfügen über knapp 470 Betten (Ecoplan, 2023). Der Bericht zu den Palliative-Care-Versorgungsstrukturen 2022 von palliative.ch weist 34 zertifizierte Institutionen im Bereich spezialisierte stationäre Palliative Care aus (Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag). Diese betreiben 393 Betten und weisen 8'165 Patienteneintritte auf (Knupp et al., 2023).

Für die Bestimmung der Ist-Versorgung führten wir eine Auswertung der Medizinischen Statistik des BFS durch. Im Jahr 2020 gab es insgesamt 12'863 Fälle mit einer palliativmedizinischen Behandlung in einem stationären Akutspital, Psychiatrie oder Rehaklinik<sup>12</sup>. Bei 3'232 Fällen wurde nur ein palliativmedizinisches Assessment (CHOP-Code 93.8A.1) durchgeführt, eine spezialisierten Palliative-Care-Leistung (CHOP-Code 93.8A.2 oder 93.8B) erfolgte bei 9'631 Fällen, vgl. Tabelle 4. Davon sind knapp 60 Prozent auf Fälle mit Patientinnen und Patienten zurückzuführen, welche im gleichen Jahr im Spital verstorben sind. Hier handelt es sich um eine Untergrenze für die Anzahl PC-Situationen am Lebensende, da die Patientinnen und Patienten auch ausserhalb des Spitals versterben können.

Da uns abgesehen zu den Fällen mit nur einem palliativmedizinischen Assessment keine weiteren Informationen zu Fällen mit allgemeiner Palliative Care im Spital vorliegen, verzichten wir auf eine Ausweisung der Ist-Versorgung mit allgemeiner Palliative Care im Spital.

Für die spezialisierte Palliative Care erhalten wir 5'624 Fälle (1'228+4'396) am Lebensende und 9'631 (2'520+7'111) Fälle im Krankheitsverlauf.

---

<sup>12</sup> Zusätzlich haben rund 4.5 % der Fälle mit spezialisierter Palliative Care nach Austritt einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik. Da uns keine Informationen vorliegen, ob diese Fälle teurer sind als «normale» Patientinnen und Patienten der Rehabilitation, werden diese in der Kostenschätzung nicht berücksichtigt.

Tabelle 4 Palliativmedizinische Behandlung im Spital, 2020

CHOP	Assessment Palliativmedizinisches Assessment (CHOP 93.8A.1)*	Spezialisierte Palliative-Care-Behandlung Palliativmedizinische Komplexbehandlung (CHOP 93.8A.2)**	Spezialisierte Palliative Care (CHOP 93.8B)	Total
Anzahl Fälle total	3'232	2'520	7'111	12'863
▪ Akutspital	3'028	2'517	6'775	12'320
▪ Psychiatrie	174	3	336	513
▪ Reha	30	0	0	30
im Spital verstorben	1'801	1'228	4'396	7'425

\* nur Fälle berücksichtigt ohne palliativmedizinische Komplexbehandlung und spezialisierte Palliative Care (93.8A.2 oder 93.8B); \*\* nur Fälle berücksichtigt ohne spezialisierte Palliative Care (93.8B)

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2020; eigene Berechnung Polynomics.

## Hospizstruktur

Gemäss der Kantonsbefragung durch Ecoplan (2023) bestehen in 15 Kantonen stationäre Hospizstrukturen. Die 26 Hospizstrukturen (14 eigenständige Einrichtungen sowie 12 Pflegeheime mit spezialisierten Palliative-Care-Abteilungen) weisen total 174 Betten auf.<sup>13,14</sup>

Seit diesem Jahr ist das erste Kinderhospiz in Betrieb. Das allani Kinderhospiz Bern bietet Platz für sechs bis acht Kinder und deren Familien. Geplant sind zudem im Kanton Zürich das Kinderhospiz Flamingo (Stiftung Kinderhospiz Schweiz) mit acht Pflegezimmern und acht Familienzimmern für Eltern und Geschwister. Auch in der oase.kleinbasel (Verein Mehr Leben) sind in einem Mehrgenerationenzentrum acht Entlastungsbetten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit ihren Familien geplant.<sup>15</sup>

Für die Bestimmung der Ist-Patientinnen und -Patienten stützen wir uns auf die Anzahl Betten aus der Kantonsbefragung. Geht man von einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 34 Tagen und einer Auslastung von 80 Prozent aus (Mäder et al., 2020), können bei 174 Betten pro Jahr 1'494 Patientinnen und Patienten betreut werden. Wir gehen zudem davon aus, dass beim Ist-Zustand alle Patientinnen und Patienten im Hospiz sich am Lebensende befinden.

## Pflegeheim

Insgesamt werden in der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) des BFS im Jahr 2020 1'544 Pflegeheime mit insgesamt 126'853 Klientinnen und Klienten in der Langzeitpflege ausgewiesen (BFS, 2022b). Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden die bei den Hospizstrukturen berücksichtigten Personen hier abgezogen. Damit resultieren insgesamt 125'359 Personen. Wie viele davon allgemeine oder spezialisierte Palliative Care erhalten, ist nicht bekannt. Aus diesem Grund haben wir bei den Pflegeheimen eine Umfrage durchgeführt (vgl. Kapitel 8.5 im Anhang)<sup>16</sup>. Teilgenommen haben 43 Institutionen aus 10 Kantonen, dies entspricht rund 2.8 Prozent aller Pflegeheime gemessen an der Anzahl Betten. Für die Auswertung zum

<sup>13</sup> Aktualisierte Werte gegenüber der publizierten Studie gemäss Angaben BAG.

<sup>14</sup> Es befinden sich auch einige Hospize im Aufbau. Der Dachverband Hospize Schweiz weist auf seiner Webseite 15 Mitglieder mit spezialisiertem, stationärem Palliative-Care-Angebot aus. Davon befinden sich sechs im Aufbau, <https://www.dachverband-hospize.ch/mitglieder-hospize-schweiz/>.

<sup>15</sup> <https://www.dachverband-hospize.ch/kinderhospiz-initiativen/>.

<sup>16</sup> Online-Umfrage über die Verbände Curaviva und Senesuisse bei den Pflegeheimen im Juli/August 2024.

Anteil Bewohnerinnen und Bewohner mit Palliative Care wurden sechs Betriebe, welche eine spezifische Abteilung oder Betten für Palliative Care haben, nicht berücksichtigt, da diese bei den Hospizstrukturen enthalten sind. Damit bleiben noch 29 Betriebe, welche die Frage beantwortet haben. Gemäss den Antworten erhalten durchschnittlich 68 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner allgemeine Palliative Care, bei der spezialisierten Palliative Care (über mobile Dienste) sind es 3 Prozent. Am Lebensende (Restlebenserwartung kürzer als 6 Monate) sind es 76 Prozent mit allgemeiner Palliative Care und 21 Prozent mit spezialisierter Palliative Care. Aufgrund der geringen Stichprobe ist eine Repräsentativität nicht gewährleistet. Es ist davon auszugehen, dass tendenziell eher Pflegeheime teilgenommen haben, die sich bereits mit Palliative Care beschäftigen. Entsprechend weisen auch alle Pflegeheime mit Angaben zum Anteil an Palliative Care ein Palliative-Care-Konzept auf. Die Zahlen stellen daher vermutlich eher eine Überschätzung dar. Zudem ist der Anteil auch davon abhängig, wie umfassend allgemeine Palliative Care definiert wird, z. B. müssen spezialisiertes Personal und institutionalisierte Austauschgefässe vorhanden sein (vgl. BAG & GDK, 2015). Die Angaben zum Anteil an allgemeiner Palliative Care streuen zwischen 0 und 100 Prozent. Wenn man davon ausgeht, dass alle übrigen Pflegeheime keine Palliative Care anbieten und die Angaben auf alle Pflegeheime hochgerechnet werden, erhält man eine Unterschätzung. Der wahre Wert liegt vermutlich irgendwo dazwischen. Für eine grobe Abschätzung der Anzahl Fälle verwenden wir den Durchschnitt dieser beiden Extreme. Über alle Bewohnerinnen und Bewohner erhalten damit 35 Prozent allgemeine Palliative Care und 1.4 Prozent spezialisierte Palliative Care. Am Lebensende sind es 39 Prozent mit allgemeiner Palliative Care und 7.5 Prozent mit spezialisierte Palliative Care.

Für die Berechnung der Ist-Versorgung am Lebensende beschränken wir uns auf die 34'603 Bewohnerinnen und Bewohner, die im Jahr 2020 im Pflegeheim verstorbenen sind (Austritte nach Bestimmungsort gem. SOMED). Hierbei handelt es sich eher um eine Unterschätzung, da Patientinnen und Patienten auch im Spital (2'488 Austritte) versterben können. Damit resultieren insgesamt 12'912 Personen mit allgemeiner Palliative Care ( $34'603 * 39\%$ ) und 2'483 Personen mit spezialisierter Palliative Care ( $34'603 * 7.5\%$ ).

## Zu Hause

Daten zu Patientinnen und Patienten, die zu Hause allgemeine Palliative Care erhalten, liegen uns keine vor. Wir stützen uns deshalb auf die Studie zur Leistungsintensität verschiedener Spitex-Klientinnen und -Klienten (vgl. dazu auch Kapitel 3.5). Gemäss der Studie erhielten 5 Prozent der 1'035 analysierten Klientinnen und Klienten eine palliative Pflege zu Hause. Wird dieser Anteil auf alle 367'479 Klientinnen und Klienten in der Langzeitpflege angewandt (BFS, 2023), resultieren insgesamt 18'374 Fälle mit allgemeiner Palliative Care. Wir gehen davon aus, dass diese Fälle auch vom Hausarzt betreut werden.

Gemäss einer Umfrage von palliative.ch haben im Jahr 2022 15 spitälerne Dienste insgesamt 5'124 Patientenfälle behandelt (Knupp et al., 2023). Insgesamt existieren in der Schweiz 43 mobile Palliativdienste (Ecoplan, 2023). Unter der Annahme, dass alle MPD im Durchschnitt gleich gross sind, ergäbe dies hochgerechnet rund 14'500 Patientenfälle für die Schweiz ( $5'124 / 15 * 43$ ). Berücksichtigt man für die Hochrechnung die Bevölkerung der Kantone, in denen sich die MPD befinden,<sup>17</sup> ergeben sich 10'720 Patientenfälle.

---

<sup>17</sup> Summe der Bevölkerung in Kantonen mit zertifizierter MPD gem. palliative.ch (Teilnahme an Umfrage) geteilt durch Summe der Bevölkerung in Kantonen mit MPD ergibt eine Abdeckung von 47.8 % ( $5'124 / 0.478 = 10'720$ ).

Basierend auf den Daten des Modellversuchs im Kanton Bern und aus dem Kanton Zürich (SPaC, 2024) werden rund 90 Prozent der Patientinnen und Patienten zu Hause betreut. Damit werden 9'641 Fälle zu Hause betreut.

Für die Abgrenzung der Fälle am Lebensende stützten wir uns auf die die Daten des Modellversuchs im Kanton Bern, wo 73 Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten während des Modellversuchs verstorben sind. Damit erhalten wir 13'413 Patientinnen und Patienten mit allgemeiner Palliative Care und 7'038 Patientinnen und Patienten mit spezialisierter Palliative Care am Lebensende.

Zusätzlich gibt es schweizweit 24 Palliativambulatorien<sup>18</sup>, davon handelt es sich bei 19 um spitalinterne Angebote (Ecoplan, 2023). Da uns keine weiteren Informationen über die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten vorliegen, ist keine Erhebung der Ist-Versorgung möglich.

#### Kostenschätzung für die Ist-Versorgung von Palliative Care am Lebensende

Zur Ermittlung der mit den Ist-Leistungen verbunden Kosten wird die Anzahl Ist-Patientinnen und -Patienten pro Versorgungssetting mit den gleichen Kostensätzen wie beim Soll-Bedarf multipliziert (vgl. Kapitel 3.5). Insgesamt schätzen wir die Kosten in der Höhe von 911 Mio. CHF. Da in vielen Bereichen aber keine genauen Zahlen vorliegen, handelt es sich bei der Ist-Versorgung lediglich eine grobe Schätzung. Zudem fehlen wie beim Soll-Bedarf die Kosten für allgemeine Palliative Care im Spital, Palliativambulatorien sowie weitere ambulant tätige Therapeutinnen und Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung, Musik- und Kunsttherapie etc.), Sozialarbeitende und Seelsorgende, da uns hierfür keine Daten vorliegen.

---

<sup>18</sup> Gemäss Mitgliederbefragung von H+ bieten 25 Betriebe ein Palliativambulatorium an (H+, 2023).

Tabelle 5 Kostenschätzung für die Ist-Versorgung Palliative Care-Bedarf am Lebensende

Versorgungssetting	Ist-Versorgung PC-Situationen am Lebensende	Kosten pro PC-Situation am Lebensende in CHF	Kosten total in Mio. CHF	Datenqualität Ist-Versorgung
Spital stationär			180	
▪ APC	nicht abgrenzbar	nicht abgrenzbar	-	-
▪ SPC	5'624	31'930	180	gut
Hospizstruktur			34	
▪ SPC	1'494	23'052	34	gut
Pflegeheim			523	
▪ APC	12'912	40'297	520	gering
▪ SPC (MPD)	2'483	1'035	3	sehr gering
Zu Hause			174	
▪ APC (Spitex)	13'413	8'702	117	mittel
▪ APC (Hausarzt)	13'413	2'778	37	gering
▪ SPC (MPD)	7'038	2'912	20	mittel
Total (Untergrenze)			911	

▪ PC = Palliative Care; APC = Allgemeine Palliative Care; SPC = Spezialisierte Palliative Care; MPD = Mobiler Palliative-Care-Dienst

*Basierend auf den verfügbaren Kosten (vgl. dazu Kapitel 3.5) und Fallzahlen schätzen wir die Kosten für die Abdeckung der Ist-Versorgung an Palliative Care auf 911 Millionen CHF. Die Schätzung ist jedoch mit Unsicherheit behaftet und stellt eine Untergrenze dar. Nicht enthalten sind die Kosten für allgemeine Palliative Care im Spital, Spitalambulatorien, ambulant tätige Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeitende und Seelsorgende. Die Abgrenzung «am Lebensende» für die Ist-Versorgung ist teilweise schwierig und stellt tendenziell eher eine Untergrenze dar. Eine grobe Einschätzung der Datenqualität der Ist-Versorgung findet sich in der letzten Spalte. Teilweise ist nur eine geringe Stichprobe vorhanden, oder es mussten zur Abschätzung grobe Annahmen getroffen werden.*

Quelle: Diverse Quellen gem. Angaben im Fliesstext; eigene Berechnungen Polynomics.

## 5 Vergleich Bedarf mit heutiger Versorgung

Im letzten Methodenblock werden die Ist-Situation mit dem Soll-Bedarf verglichen und die Vergütung und Finanzierung für die Leistungen den Kosten gegenübergestellt. Für jedes Versorgungssetting wird die Finanzierung der theoretisch angemessenen Leistung ermittelt. Allfällige Finanzierungslücken und die Gründe dafür werden identifiziert und quantifiziert.

### 5.1 Vergleich der Anzahl Ist- und Soll-Versorgung pro Setting

In einem ersten Schritt stellen wir die Anzahl Patientinnen und Patienten mit Ist-Leistungen dem Soll-Bedarf gegenüber (vgl. Tabelle 6). Dabei wird untersucht, ob in gewissen Versorgungssettings grössere Soll-Ist-Abweichungen vorhanden sind. Auf diese Weise lassen sich Versorgungslücken im Palliative-Care-Angebot identifizieren und mengenmässig quantifizieren. Die Gespräche in den Fokusgruppen können zudem Hinweise darauf geben, warum in gewissen Versorgungssettings allenfalls grössere Abweichungen bestehen.

In Tabelle 6 wird der Soll-Bedarf der Ist-Versorgung gegenübergestellt. Da eine Abgrenzung der Palliative-Care-Situationen am Lebensende mit einer gewissen Unschärfe verbunden ist, weisen wir hier auch die Anzahl Situationen im Krankheitsverlauf aus.

Im Spital zeigt sich, dass die Ist-Versorgung in der spezialisierten Palliative Care bereits nahe am Soll-Bedarf liegt. Daraus lässt sich jedoch nicht direkt ableiten, dass der Soll-Bedarf gedeckt ist. Die Ist-Fälle können auch Fälle beinhalten, welche durch eine gute mobile Versorgung hätten vermieden werden können oder welche in einer Hospizstruktur besser hätten behandelt werden können. Dabei handelt es sich grundsätzlich um Patientinnen und Patienten mit einer komplexen Problematik, die aber medizinisch stabil sind. Bei einer optimalen Palliative-Care-Versorgung mit genügend bestehenden Angeboten könnten solche Fälle in einem anderen Setting versorgt werden. Gemäss Expertinnen und Experten besteht im Spital bei Krebspatientinnen und -patienten eine gute Palliative-Care-Versorgung. Ein ungedeckter Bedarf besteht bei anderen Krankheiten oder allgemein bei chronisch Kranken, die nicht unbedingt in einem Zentrumsspital behandelt werden (Polynomics, 2024).

Bei den Hospizstrukturen liegt die Ist-Versorgung deutlich unter dem Bedarf. Am Lebensende wird aktuell nur 60 Prozent des Bedarfs abgedeckt. Für eine Deckung des Soll-Bedarfs ist ein Ausbau bei den Hospizstrukturen notwendig.

Auch in den Pflegeheimen liegt die Ist-Versorgung deutlich unterhalb des Soll-Bedarfs. Expertinnen und Experten führen dies unter anderem auf fehlendes Wissen und Bewusstsein darüber zurück, wann Palliative Care notwendig ist, mangelnde Zeit für Reflexion und Austausch unter den Mitarbeitenden sowie auf die Unterschätzung der Komplexität und Instabilität der Patientenfälle. Zudem besteht eine mangelnde Finanzierung des zusätzlichen Aufwandes (vgl. Kapitel 5.3). Bei der spezialisierten Palliative Care besteht zudem eine Bedarfslücke, weil mobile Palliative-Care-Dienste in den Pflegeheimen wegen Problemen bei der Vergütung nicht nachgefragt werden oder das Angebot nicht vorhanden ist. Die Anzahl der MPD hat sich in den letzten Jahren erhöht, das Angebot ist aber sehr inhomogen (Polynomics, 2023a).

Auch bei der Pflege zu Hause liegt die Ist-Versorgung deutlich unter dem Soll-Bedarf. Gemäss Expertinnen und Experten ist die Versorgung sehr heterogen. In gewissen Gebieten besteht eine gute Versorgung, in anderen Gebieten fehlt sie vollständig. Die Gründe für die Unterversorgung sind teilweise fehlende Kompetenzen (Fachkräftemangel), aber auch die mangelnde Finanzierung der Leistungen (vgl. Kapitel 5.3). Ausbaufähig wäre auch die Seelsorge im ambulanten Bereich, wobei es auch hier grosse regionale Unterschiede gibt. Unterversorgt sind auch Personen

mit psychischen Erkrankungen und Personen mit Migrationshintergrund, welche die Angebote oft nicht kennen oder die Verständigung aufgrund der Sprache schwierig ist. Zudem besteht eine Unterversorgung bei Personen mit kognitiven oder körperlichen Einschränkungen in Behindertenheimen. Den Mitarbeitenden fehlt dort eine entsprechende Ausbildung (Polynomics, 2023b).

Im Bereich der pädiatrischen Palliative Care wird ein Bedarf bei rund 10'000 Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen geschätzt. Daten zur Ist-Versorgung liegen uns leider keine vor. Gemäss einer nicht systematisch erhobenen Umfrage erhalten heute rund 500 Kinder Palliative Care (Streuli & von Mengershausen, 2023). Hauptproblem ist das nicht vorhandene Angebot resp. fehlende Ressourcen und Finanzierung bei bestehenden Angeboten, wobei die regionale Abdeckung in der Schweiz sehr unterschiedlich ausfällt.

Tabelle 6 Vergleich Ist-Zustand und Soll-Bedarf für Palliative Care

Versorgungssetting	Soll-Bedarf PC-Situationen am Lebensende	Ist-PC- Situationen am Lebensende	Soll-Bedarf PC-Situationen im Krankheitsverlauf	Ist-PC- Situationen im Krankheitsverlauf
Spital stationär				
▪ APC	23'500	nicht abgrenzbar	423'000	nicht abgrenzbar
▪ SPC	6'000	5'624	10'000	9'631
Hospiz				
▪ SPC	2'500	1'494	2'500 <sup>1</sup>	1'494
Pflegeheim				
▪ APC	37'000	12'912	160'000	43'876
▪ SPC (MPD)	7'500	2'483	32'000	2'483 <sup>2</sup>
Zu Hause				
▪ APC	37'500	13'413	132'000	18'374
▪ SPC (MPD)	8'000	7'038	31'500	9'641

▪ PC = Palliative Care; APC = Allgemeine Palliative Care; SPC = Spezialisierte Palliative Care; MPD = Mobiler Palliative-Care-Dienst

<sup>1</sup> In der Originalstudie liegt der Bedarf im Krankheitsverlauf bei 4'500. Gemäss Rückmeldung Begleitgruppe treten nur rund 5 % der erwachsenen Hospizpatienten wieder aus. Da es sich hier um gerundete Zahlen handelt, wird für Lebensende und Krankheitsverlauf dieselbe Zahl verwendet.

<sup>2</sup> Die Schätzung anhand der Umfragendaten ergibt weniger Fälle im Krankheitsverlauf als am Lebensende. Aus diesem Grund wird im Krankheitsverlauf der gleiche Wert wie am Lebensende verwendet.

*Die Tabelle vergleicht die Ist-Versorgung (vgl. Kapitel 4.1) mit dem Soll-Bedarf (vgl. Kapitel 3.1) an Palliative Care. Die Zahlen sind Unsicherheit behaftet und zeigen nur eine grobe Schätzung der aktuellen Versorgungssituation. Es zeigt sich in allen Versorgungssettings eine Unterversorgung.*

---

Quelle: Soll-Bedarf aus Ziegler et al. (2023), Ist-Versorgung gemäss Angaben in Kapitel 4.1; eigene Berechnungen Polynomics.

## 5.2 Bestimmung der Finanzierung und Vergütung

Palliative-Care-Leistungen werden aus verschiedenen Quellen finanziert. Für die meisten Leistungen gibt es Vergütungen aus der OKP oder Zahlungen des Wohnkantons und/oder der Wohngemeinde. Daneben gibt es Finanzierungen durch andere Sozialversicherungen (z. B. Ergänzungsleistungen), Selbstzahlungen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen und weitere Finanzierungsträger wie Kirchen, Hilfswerke (z. B. Krebsliga, Lungenliga, Pro Senectute, SRK etc.), Spenden etc. Im Bereich der pädiatrischen Palliative Care kommt zusätzlich die Invalidenversicherung (IV) dazu. Bei Geburtsgebrechen werden alle zur Behandlung notwendigen medizinischen Massnahmen bis zum 20. Geburtstag über die IV finanziert.

Da Palliative Care im KVG nicht speziell geregelt ist, erfolgt die Kostenübernahme durch die OKP nach den allgemeinen Grundsätzen des KVG. Die OKP vergütet dementsprechend die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Dies gilt für den ambulanten wie auch den stationären Bereich. Für die Palliative Care sind dies vor allem folgende Leistungen (Furrer et al., 2013):

- Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärztinnen oder Ärzten sowie Personen, die auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie etc.)
- Ärztlich verordnete Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Hilfsmittel und Gegenstände
- Aufenthalt im Spital
- Apothekerleistung bei der Abgabe von verordneten Arzneimitteln

Die Art und Weise, wie die OKP-Leistungen vergütet werden, orientiert sich einerseits am Ort der Leistungserbringung (ambulant oder stationär) und zum anderen an der Art der Leistung (Pflegeleistungen, ärztliche Leistungen etc., vgl. Kapitel 3.2).

- **Stationäre Leistungen:**

Mit der 2009 in Kraft getretenen neuen *Spitalfinanzierung* werden stationäre Spitalleistungen in der Regel mit Fallpauschalen vergütet. Jeder Spitalfall wird basierend auf der Diagnose, den durchgeführten Prozeduren und weiteren Faktoren einer Fallgruppe zugeordnet, für die eine pauschale Vergütung festgelegt ist. Das gilt sowohl für Aufenthalte in der Akutsomatik und in Palliativkliniken, in psychiatrischen und in Rehabilitations-Kliniken. Akutsomatische Fälle und Fälle in Palliativkliniken werden dabei über das Tarifsystem SwissDRG, psychiatrische Fälle über Tarpsy und Reha-Fälle über ST Reha abgegolten. Neben den Behandlungskosten übernimmt die OKP bei einem Spitalaufenthalt insbesondere auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Patientinnen und Patienten beteiligen sich an den Kosten des Spitalaufenthalts mit einem täglichen Beitrag.<sup>19</sup>

Die Vergütung wird zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen geteilt. Die Kantone übernehmen mindestens 55 Prozent der Vergütung für stationäre Behandlungen, die Versicherer maximal 45 Prozent.

---

<sup>19</sup> Pro Aufenthaltstag beträgt dieser zurzeit 15 CHF.

- **Ambulante Leistungen:**

Ambulante ärztliche Leistungen werden i. d. R. nach dem Tarmed-Tarifsystem<sup>20</sup> abgerechnet. Dabei handelt es sich um einen Einzelleistungstarif. Bei den ärztlichen Leistungen gilt grundsätzlich das Vertrauensprinzip.

Die in der KLV definierten Leistungen von nicht-ärztlichen ambulanten Leistungserbringern, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen zulasten der OKP erbringen werden gemäss den jeweiligen leistungserbringerspezifischen Tarifen vergütet. Dies sind insbesondere physiotherapeutische und ergotherapeutische Leistungen, Leistungen der psychologischen Psychotherapie, der Ernährungsberatung und der Logopädie. Die Leistungen von Pflegefachpersonen werden gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung vergütet (siehe unten). In einem eigenen Tarifvertrag (leistungsorientierte Abgabe LOA), ist die Höhe der zu vergütenden Leistungen der ambulant tätigen Apothekerinnen und Apothekern definiert.

Zusätzlich werden ambulant verabreichte Arzneimittel, Laborleistungen und Hilfsmittel über national festgelegte Preise auf Positivlisten (Spezialitätenliste SL, Analysenliste AL, Mittel- und Gegenständeliste MiGeL) abgerechnet. Sind die Medikamente oder Hilfsmittel (wie z. B. Rollstuhl oder Rollator) nicht auf den Listen aufgeführt, müssen die Patienten die Kosten teilweise selbst tragen. Ambulante Leistungen werden vollumfänglich durch die OKP bzw. die Versicherer finanziert.

- **Pflegeleistungen:**

Pflegeleistungen werden gemäss den seit 2011 gültigen Regeln der *Pflegefinanzierung* vergütet. Die Vergütung ist unterschiedlich, je nachdem, ob die Leistungen ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden. Ambulant, d. h. in der Regel zu Hause, werden Pflegeleistungen von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) oder von selbstständig tätigen Pflegefachpersonen erbracht.

Die Vergütung der Pflegeleistungen basiert sowohl bei der Pflege zu Hause wie auch im Pflegeheim auf einem Zeittarif, d. h. er richtet sich nach dem bei der Pflegebedarfsabklärung ermittelten Zeitaufwand, der für die Pflege benötigt wird. Bei der ambulanten Pflege leisten die Krankenversicherer einen vom Bund festgelegten Beitrag an die Kosten, die durch eine Stunde Pflege entstehen und dessen Höhe von der Leistungsart abhängt.<sup>21</sup> Im Pflegeheim leisten die Krankenversicherer einen pauschalierten Beitrag, der sich wie im ambulanten Bereich am zeitlichen Bedarf orientiert (12 Stufen à je 20 Minuten, maximal 220 Minuten pro Tag), aber unabhängig von der Leistungsart ist.<sup>22</sup>

Die Versicherten beteiligen sich ebenfalls mit einem gedeckelten Beitrag an den Kosten der Pflegeleistungen (maximal 20 % des höchsten Beitrags der Krankenversicherer). Insbesondere bei der ambulanten Pflege übernehmen einige Kantone die Patientenbeiträge teilweise oder vollständig.

<sup>20</sup> Der TARMED wird voraussichtlich am 1. Januar 2026 durch das neue Tarifwerk TARDOC resp. Durch auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife in bestimmten Bereichen abgelöst werden (<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-101498.html>). Im Gegensatz zum TARMED wird der TARDOC spezifische Positionen für Palliative-Care-Leistungen beinhalten.

<sup>21</sup> Bei den Pflegeleistungen werden drei Arten von Leistungen unterschieden: Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a, sog. KLV-a-Leistungen), Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Bst. b, sog. KLV-b-Leistungen) sowie Massnahmen der Grundpflege (Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Bst. c, sog. KLV-c-Leistungen).

<sup>22</sup> Die Beiträge der OKP sind in Art. 7a KLV festgelegt.

Die Beiträge der Krankenversicherer und der Versicherten decken jedoch die tatsächlichen Kosten nicht notwendigerweise ab. Die Restfinanzierung wird deshalb vom Kanton geregelt, wobei einige Kantone die Restfinanzierung teilweise oder vollständig an ihre Gemeinden delegieren. Die Restfinanzierungsmodelle sind kantonal unterschiedlich. In einigen Kantonen ist grundsätzlich die vollständige Übernahme der ausgewiesenen Restkosten vorgesehen, zahlreiche Kantone sehen eine Kostenübernahme bis zu einer definierten Kostenhöhe vor (Normkosten oder Höchstgrenzen). Einige Kantone zahlen auch höhere Tarife mittels eines Palliative-Care-Zuschlags.

Aufenthalt und Betreuung im Pflegeheim sind im Gegensatz zum Spitalaufenthalt keine Leistung nach KVG und werden dementsprechend nicht von der OKP vergütet. Vielmehr müssen die pflegebedürftigen Personen dafür selbst aufkommen, allenfalls unterstützt durch andere Sozialversicherungen (Ergänzungsleistungen).

Für sämtliche KVG-Leistungen ist zudem eine gesetzliche Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten vorgesehen. Die Kostenbeteiligung gilt pro Kalenderjahr und setzt sich zusammen aus wählbarer Franchise und gesetzlich geregeltem Selbstbehalt. Die gesetzliche Mindestfranchise für Erwachsene ist 300 CHF. Die Versicherten können höhere Franchisen wählen, die dann zu niedrigeren Prämien führen. Nach Erreichen der Franchise zahlen die Versicherten zusätzlich einen Selbstbehalt von 10 Prozent der weiteren Kosten, bis ein jährlicher Höchstbetrag von 700 CHF erreicht ist. Kinder sind von diesem Selbstbehalt befreit, und für sie gelten spezielle Regelungen hinsichtlich der Franchise. Der Patientenbeitrag für Pflegeleistungen ist wie der oben erwähnte Spitalkostenbeitrag zusätzlich zur Kostenbeteiligung zu leisten.

Tabelle 7 zeigt für die Palliative-Care-Leistungen auf, welche Finanzierungsregeln in den jeweiligen Versorgungssettings gelten. Es fällt auf, dass das stationäre Spitalsetting das einzige ist, in welchem Palliative-Care-Leistungen überwiegend über ein einziges Finanzierungsregime vergütet werden (gemäss den Regeln der Spitalfinanzierung). Eine Ausnahme bilden konsiliarische Leistungen, die von externen Leistungserbringern erbracht werden und die gemäss den Finanzierungsregeln für ambulante Leistungen vergütet werden und sozial-spirituelle Leistungen, welche ausserhalb des KVG finanziert werden müssen.

Unterschiede ergeben sich bei Vergütung der Weg- und Transportkosten sowie der 24h-Rufbereitschaft. Bei der Pflege zu Hause sind die Wegtransportkosten grundsätzlich in der Vergütung für Pflegeleistungen enthalten. Bei den übrigen Leistungserbringern ist es je nach Tarifvertrag anders geregelt. So ist beispielsweise in den Tarifverträgen von Psychologinnen und Psychologen sowie von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten eine Vergütung von Weg- und Transportkosten (mit Limitationen) vorgesehen, bei den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zwar für Domiziltherapie, hingegen kann bei einer Behandlung in einem Spital oder Pflegeheim keine Weg- oder Zeitentschädigung verrechnet werden.

Bei der 24h-Rufbereitschaft gibt es teilweise Positionen im TARMED für Ärztinnen und Ärzte. Bei der SpiteX, mobilen Palliative-Care-Diensten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Seelsorgerinnen und Seelsorgern müssen diese Leistungen vollständig ausserhalb der OKP finanziert werden.

Ebenfalls keine KVG-Leistungen sind sozial-spirituelle Leistungen sowie der Aufenthalt (und die Betreuung) im Pflegeheim bzw. Hospiz (sowie die Betreuung und Hauswirtschaftsleistungen in der ambulanten Pflege). Diese Leistungen werden nicht über die OKP vergütet und müssen anderweitig finanziert werden.

Tabelle 7 Finanzierungsregime im Bereich Palliative Care

	Leistungsbereich	zu Hause		Pflegeheim/Hospizstruktur		Spital stationär
1	Pflegeleistungen					
2	Ärztliche Leistungen					
3	Medizinisch-therapeutische Leistungen					
4	Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände					
5	Sozial-spirituelle Leistungen					
6a	Beratung	Pflege	Übrige Leistungserbringer	Pflege	Übrige Leistungserbringer	
6b	Koordination	Pflege	Übrige Leistungserbringer	Pflege	Übrige Leistungserbringer	
6c	Übertrittsplanung	-		-		
7	Konsiliarische Leistungen	Pflege	Übrige Leistungserbringer			
8	Weg- und Transportkosten	Pflege	Übrige Leistungserbringer	-		-
9	24h-Rufbereitschaft	Ärztinnen und Ärzte	Übrige Leistungserbringer	Ärztinnen und Ärzte	Übrige Leistungserbringer	
10	Aufenthalt	-				

Legende
Pflegefinanzierung
Finanzierung ambulante Leistungen (OKP)
Spitalfinanzierung
Finanzierung ausserhalb OKP
Mehrere Finanzierungsregime

Die Palliative-Care-Leistungen werden in den verschiedenen Settings unterschiedlich finanziert. Im Spital werden die Leistungen überwiegend gemäss den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. In den anderen Settings werden die Pflegeleistungen und andere von Pflegefachpersonen erbrachte Leistungen gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung vergütet, während die meisten anderen Leistungen gemäss den Regeln für ambulante Leistungen vergütet werden. Sozial-spirituelle Leistungen und der Aufenthalt im Pflegeheim sind keine KVG-Leistungen und müssen ausserhalb der OKP finanziert werden. Bei Kindern mit einem Geburtsgebrechen werden die medizinischen Massnahmen über die IV finanziert.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Die Übertrittsplanung vom Spital in das ambulante Setting wird zum einen über die Spitalfinanzierung abgegolten. Für ein gutes Schnittstellenmanagement ist aber auch die Einbindung der ambulanten Leistungserbringer notwendig. Es besteht jedoch das Problem der Doppelfinanzierung von stationären und ambulanten Leistungen. Für die Finanzierung der Leistungen der ambulanten Leistungserbringer muss eine Kostengutsprache bei den Krankenkassen eingereicht werden.

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Vergütung der Palliative-Care-Leistungen nicht nur von den Finanzierungsregimes abhängig, sondern dass sie sich auch nach Leistungserbringergruppe unterscheiden kann. Die folgende Tabelle 8 zeigt deshalb für dieselben Leistungen wie in Tabelle 7, wie die Vergütung bzw. Tarifierung für die Leistungserbringergruppen in den unterschiedlichen Palliative-Care-Settings geregelt ist.

Auf den ersten Blick scheint es, dass für die meisten erbrachten Palliative-Care-Leistungen eine Vergütungsregelung in der OKP existiert. Dies gilt nicht für die sozial-spirituellen Leistungen, die keine KVG-Leistungen sind und dementsprechend ist auch für keine Leistungserbringergruppe eine Vergütung der OKP vorgesehen. Ebenfalls sind für die Gruppe «Weitere Leistungserbringer», in welcher die meisten sozial-spirituellen Leistungen erbracht werden, alle Leistungen ausserhalb des KVG finanziert, da sie nicht als Leistungserbringer nach Art. 35 KVG anerkannt sind, die ihre Leistungen über die OKP abrechnen dürfen. Neben diesen beiden Ausnahmen gibt es jedoch auch bei den mobilen Palliative-Care-Diensten Leistungen, welche die OKP nicht vergütet und die entsprechend anderweitig finanziert werden müssen (insbesondere durch Kantone oder Gemeinden).<sup>23</sup> Bei den therapeutischen Berufsgruppen ist es oftmals nicht für alle Gruppen gleich geregelt (gelbe Felder in Tabelle 8), so dass einige Leistungen für einige Gruppe eine OKP-Vergütung haben und für andere nicht.

Auch wenn für die meisten Palliative-Care-Leistungen eine OKP-Vergütung vorgesehen ist, heisst dies noch nicht, dass damit auch die Kosten der Leistungserbringung effektiv gedeckt sind. Die einzelnen Tarife sind in den meisten Fällen nicht auf Palliative-Care-Fälle ausgerichtet und können die teilweise höheren Kosten, die gemäss den Expertinnen und Experten insbesondere zurückzuführen sind auf höhere Ausbildungsanforderungen mit entsprechend höheren Löhnen sowie den hohen Koordinationsbedarf bei der Palliative Care, die oft von einem multidisziplinären Team erbracht wird, nur ungenügend abbilden. Als Beispiel kann der Tarmed genannt werden, welcher zwar ein Einzelleistungstarif ist, der ursprünglich kostenbasiert entwickelt wurde. Der Tarif ist jedoch anerkanntermassen veraltet und spiegelt die heutige Situation nicht mehr genügend ab. Einige Limitationen, die bei den einzelnen Tarifpositionen gesetzt wurden, sind zu restriktiv für die Behandlung von Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten. Dies gilt z. B. für die Limitationen sowohl in Bezug auf die Dauer als auch auf die Menge für Konsultationen, Besuche und Beratungen für Patientinnen und Patienten sowie für Leistungen in Abwesenheit des Patienten, über welche derzeit Koordinationsleistungen und die Betreuung von Angehörigen abgerechnet werden, oder für Konsiliardienste, wie sie z. B. für aufsuchende Alterspsychiatrie verwendet werden. Im neuen Tarif Tardoc, der voraussichtlich ab 2026 für die Vergütung von ambulanten Leistungen zur Anwendung kommen soll, wird es spezifische Tarifpositionen für die Palliative Care geben, womit sich die Vergütungssituation an einigen Stellen verbessern sollte. Jedoch kann es auch bei einem sachgerecht gebildeten Tarif immer noch zu einer Untervergütung kommen, wenn die Preise (Taxpunktwert, Basispreis etc.) zu niedrig angesetzt sind. Ein weiterer Punkt ist, dass die Krankenversicherer gemäss Expertinnen und Experten häufig die KLV-a-Leistungen (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination) der Spitem kürzen. Der Patient muss dann Kostenwiedererwägungsgesuche stellen oder die Kosten selbst tragen oder die Spitem kürzt ihre Leistungserbringung auf ein Minimum.

---

<sup>23</sup> Z. B. Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten der MPD in Pflegeheimen (keine Doppelvergütung pflegerischer Leistungen), konsiliarische Leistungen (2. Linie) oder 24h-Rufbereitschaft.

Tabelle 8 Vergütung/Tarifierung der Leistungen der Palliative Care

Leistungsgruppe		Leistungsbereich		Zu Hause				Pflegeheim/Hospizstruktur		Spital
		Pflegefachpersonen/Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) APC	Mobile Palliativedienste SPC	Ärztinnen und Ärzte APC + SPC	Therapeutinnen und Therapeuten, Ernährungsberatung, Logopädie, Apotheke APC + SPC	Weitere Leistungserbringer (Sozialarbeit, Seelsorge etc.) APC + SPC	Pflegeheime APC	Hospizstrukturen (Pflegeheime oder Hospize mit Pflegeheimstatus) SPC	Spitäler/Palliativkliniken SPC	
A: Leistungen mit direktem Patienteneinzufluss zwecks medizinischer Behandlung	1	Pflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2 Bst. b, c KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	-	-	-	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	SwissDRG Tarpky ST Reha
	2	Ärztliche palliativmedizinische Leistungen	-	TARMED	TARMED	-	-	TARMED (ext. Leistungserbringer)	TARMED (ext. Leistungserbringer)	
	3	Medizinisch-therapeutische Leistungen (Art. 2-11c KLV)	-	-		Tarifverträge je Leistungserbringer-kategorie	-	Tarifverträge je Leistungserbringer-kategorie (ext. Leistungserbringer)	Tarifverträge je Leistungserbringer-kategorie (ext. Leistungserbringer)	
	4	Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände (Art. 25, 52 KVG, Art. 20, 28ff. KLV)	MiGeL	AL, SL, MiGeL	AL, SL, MiGeL	MiGeL, LOA	-	AL, SL, MiGeL	AL, SL, MiGeL	
	5	Sozial-spirituelle Leistungen Betreuung, Sozialarbeit/-pädagogik, Seelsorge, spirituelle Begleitung, Musik- & Kunsttherapie, Angehörigenbegleitung, Trauerarbeit	Finanzierung ausserhalb KVG	-	Finanzierung ausserhalb KVG	-	Finanzierung ausserhalb KVG	Finanzierung ausserhalb KVG	Finanzierung ausserhalb KVG	

Leistungsgruppe	Leistungsbereich	Zu Hause					Pflegeheim/Hospizstruktur		Spital	
		Pflegefachpersonen/Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) APC	Mobile Palliativedienste SPC	Ärztinnen und Ärzte APC + SPC	Therapeutinnen und Therapeuten, Ernährungsberatung, Logopädie, Apotheke APC + SPC	Weitere Leistungserbringer (Sozialarbeit, Seelsorge etc.) APC + SPC	Pflegeheime APC	Hospizstrukturen (Pflegeheime oder Hospize mit Pflegeheimstatus) SPC		
B: Vorbereitende, begleitende, nachbereitende Leistungen/Handlungen, die notwendig sein können, um medizinische, patientenbezogene Leistungen erbringen zu können	6 Case Management	Beratung Patienten und Angehörige (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV) inkl. gesundheitliche Vorausplanung und Notfallplanung	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	TARMED	Tarifverträge (nur Ergotherapie und Ernährungsberatung)	-	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	SwissDRG Tarpay ST Reha
		Koordination zwischen Fachpersonen (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 7 KLV, Art. 7a KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 7 KLV, Art. 7a KLV)	TARMED	Tarifverträge (nur Psychotherapie)	Finanzierung ausserhalb KVG	Pflegefinanzierung (Art. 7 KLV, Art. 7a KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 7 KLV, Art. 7a KLV)	
	7	Übertrittsplanung (stationär zu ambulant)	Kosten-gutsprache	Kosten-gutsprache	TARMED	Kosten-gutsprache	Finanzierung ausserhalb KVG	-	-	SwissDRG Tarpay ST Reha TARMED (ext. Leistungserbringer)
		Konsiliarische Leistungen für Fachpersonen (Zweitlinienleistungen)	-	Finanzierung ausserhalb KVG	TARMED	Finanzierung ausserhalb KVG	-	TARMED (Ärztinnen und Ärzte)	TARMED (Ärztinnen und Ärzte)	
		Weg- und Transportkosten Hausbesuche	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	Pflegefinanzierung (Art. 25a KVG, Art. 7a KLV)	TARMED	Tarifverträge je Leistungserbringer-kategorie	Finanzierung ausserhalb KVG	Finanzierung ausserhalb KVG (MPD)	Finanzierung ausserhalb KVG (MPD)	
	9	24h-Rufbereitschaft	Finanzierung ausserhalb KVG	Finanzierung ausserhalb KVG	TARMED	-	Finanzierung ausserhalb KVG	Pflegefinanzierung	Pflegefinanzierung	SwissDRG Tarpay ST Reha
10	Aufenthalt	-	-	-	-	-	-	Finanzierung ausserhalb KVG	Finanzierung ausserhalb KVG	

Für Abkürzungen siehe das Abkürzungsverzeichnis. Bei Kindern mit einem Geburtsgebrechen werden die medizinischen Massnahmen über die IV finanziert.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

### 5.3 Bestimmung der Vergütung pro Setting

In diesem Kapitel bestimmen wir für jedes Versorgungssetting die heutige Vergütung der Palliative-Care-Leistungen. Wir unterscheiden dabei folgende Finanzierungsquellen: OKP, Kanton/Gemeinde, Ergänzungsleistungen, Patientinnen und Patienten und Andere.

Tabelle 9 zeigt die grobe Verteilung der Kosten auf die Finanzierungsträger. Vereinfachend wird angenommen, dass die Patientinnen und Patienten ihre Franchise und ihren Selbstbehalt bereits ausgeschöpft haben.

**Tabelle 9 Kosten vs. Finanzierung pro Palliative-Care-Situation am Lebensende**

Versorgungs-setting	Kosten pro Palliative-Care-Situat-ion in CHF	Finanzierung				
		OKP	Kanton/Gemeinde	Ergänzungs-leistungen	Patientin/Patient <sup>1</sup>	Andere
<b>Spital stationär</b>						
▪ APC	-	-	-	-	-	-
▪ SPC	31'930	38%	47%	0%	1%	15 %
<b>Hospizstruktur</b>						
▪ SPC	23'052	11%	21%	10%	25 %	34 %
<b>Pflegeheim</b>						
▪ APC	40'297	17%	20–36%	13%	34 %	0–16 %
▪ SPC (MPD)	1'035	0 %	0–100 %	0 %	0 %	0–100 %
<b>Zu Hause</b>						
▪ APC (Spitex)	8'702	45 %	34 %	6 %	15 %	0 % <sup>2</sup>
▪ APC (Hausarzt)	2'778	57 %	0 %	0 %	0 %	43 % <sup>3</sup>
▪ SPC (MPD)	2'912	30 %	0–70 %	0 %	0 %	0–70 %

<sup>1</sup> APC = Allgemeine Palliative Care; SPC = Spezialisierte Palliative Care; MPD = Mobiler Palliative-Care-Dienst; OKP = Obligatorische Kranken-Pflegeversicherung.

<sup>1</sup> Ohne Berücksichtigung von Franchise und Selbstbehalt

<sup>2</sup> Unter der Annahme, dass die Krankenversicherer alle Leistungen gem. KLV übernimmt, keine nicht-verrechenbare Kosten entstehen und die Restfinanzierung über Kanton/Gemeinde kostendeckend ist.

<sup>3</sup> Aufgrund des Einzelleistungstarifes können die Kosten oder ein Teil davon evtl. auch über andere Tarmed-Positionen abgerechnet werden.

*Die Tabelle zeigt eine grobe Aufteilung der Kosten pro Palliative-Care-Situation auf die Finanzierer. Die Kosten pro Palliative-Care-Situat-ion sind im Kapitel 3.5 beschrieben. Die Finanzierungsanteile werden in diesem Kapitel pro Setting hergeleitet. Bei der Pflegefinanzierung existieren kantonal grosse Unterschiede, weshalb eine Spannbreite aufgezeigt wird. Bei der Finanzierung über «Andere» kommen Spenden, Hilfswerke, Quersubventionierungen oder weitere kantonale Beiträge in Frage.*

Quelle: Diverse Quellen gem. Angaben im Fliesstext; eigene Berechnungen Polynomics.

## Spital stationär

Der Erlös für das Spital setzt sich wie folgt zusammen: Jeder Fall wird gemäss der Behandlung oder Diagnose in eine bestimmte Fallgruppe (DRG) eingeordnet, die ein sogenanntes Kostengewicht hat. Dieses Kostengewicht wird mit der Baserate des Spitals multipliziert. Zusätzlich können definierte teure Behandlungen (z. B. Pflege-Komplexbehandlung) oder Medikamente mit einem Zusatzentgelt separat vergütet werden. Basierend auf einer Auswertung der Daten des Vereins SpitalBenchmark (vgl. Kapitel 3.5) ergibt sich im Jahr 2020 ein durchschnittlicher Erlös von 27'248 CHF pro Palliative-Care-Behandlung. Bei Kosten von 31'930 CHF resultiert somit ein durchschnittlicher Verlust von 4'682 CHF resp. 15 Prozent pro Fall, welcher zum Beispiel über eine Querfinanzierung von anderen Fällen oder über eine Verlustdeckung des Kantons oder anderer Spitalträger beglichen werden muss.

Die ausgewiesene Unterdeckung der Kosten ist nicht ausschliesslich auf Palliative Care zurückzuführen, sondern kann generell entstehen, wenn die vereinbarte Baserate nicht kostendeckend ist. Die Tarifstruktur wird jährlich angepasst und laufend weiterentwickelt, um eine sachgerechte Abbildung der Leistungen sicherzustellen, was jedoch insbesondere bei weniger standarisierbaren und komplexeren Leistungen wie Palliative Care herausfordernd ist. Die Vergütung der Fälle in der Palliativ-Basis-DRG A97 sollten grundsätzlich im Schnitt kostendeckend sein (bei einer angemessener Baserate). Eine Untervergütung kann jedoch insbesondere bei vielen Langliegern<sup>24</sup> entstehen, da die Zuschläge im SwissDRG-System für solche Fälle die Mehrkosten von diesen nicht vollständig decken. Dies ist insbesondere problematisch, wenn die Patientinnen und Patienten länger im Spital bleiben, weil keine Anschlusslösung vorhanden ist. Grundsätzlich ist auch bei Kurzliegern eine Untervergütung möglich, da diese einen Abschlag auf die Fallpauschale erhalten. Zudem werden erst Fälle ab sieben Behandlungstagen in die Palliativ-Basis-DRG A97 eingeteilt. Eine Auswertung von H+ auf Basis der Daten für die Jahre 2019 bis 2022 zeigt, dass rund 45 Prozent aller Palliative-Care-Fälle ausserhalb der Palliativ-Basis-DRG A97 eingeteilt werden. Im Jahr 2020 betrifft dies 5'625 der 11'400 Fälle. Die Fälle ausserhalb der Basis-DRG A97 streuen stark über das gesamte DRG-System, insgesamt werden diese in 483 unterschiedliche DRG eingeteilt. Diese Fälle weisen tendenziell eine höhere Unterdeckung auf als Fälle in der Palliativ-Basis-DRG A97. Je nach Jahr liegt der Deckungsgrad zwischen 75 und 80.5 Prozent gegenüber 81.4 bis 93 Prozent bei Fällen in der Basis-DRG A97 (H+, 2024). Die Auswertung berücksichtigt allerdings auch Fälle mit nur einem palliativmedizinischen Assessment, welche keine spezialisierte Palliative Care erhalten. Diese machen rund ein Viertel der Palliative-Care-Fälle aus, vgl. Tabelle 4.

## Hospizstruktur

Die Finanzierung bei den Hospizen stammt aus der Studie Mäder et al. (2020) und basiert auf einer Befragung bei den Hospizen. Die Ergänzungsleistungen haben wir basierend auf der BFS-Statistik «Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer, Leistung, Art der Leistungs-erbringung und Finanzierungsregime» anteilmässig vom Patientenanteil abgegrenzt. Der Anteil bezieht sich jedoch auf die normale Langzeitpflege. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in Hospizstrukturen ist mit rund 70 Jahren jedoch niedriger als im Pflegeheim (ca. 84 Jahre). Somit dürfte der Anteil der Ergänzungsleistungen überschätzt sein, da Nicht-Rentner keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben. Gemäss der Studie ist rund ein Drittel der Kosten nicht gedeckt und muss anderweitig finanziert werden, zum Beispiel über Spenden.

---

<sup>24</sup> Wenn die Aufenthaltsdauer ausserhalb der pro DRG definierten normalen Aufenthaltsdauer liegt, spricht man von Kurzlieger resp. Langlieger. Kurzlieger bekommen einen Abschlag, Langlieger einen Zuschlag auf das Kostengewicht.

Wenn keine vergüteten kantonalen Leistungsaufträge bestehen, resultiert eine höhere Unterdeckung.

Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Hospize mit Pflegeheimstatus gleich wie die Pflegeheime finanziert werden. Die Instrumente für die Ermittlung des Pflegebedarfs und die Einteilung in die 12 Pflegestufen gemäss Art. 7a KLV bilden den Aufwand von spezialisierter Palliative Care nicht genügend ab. Es gibt in der Palliative Care viele Personen, bei denen neben pflegerischen Leistungen auch ein grosser sozialer und spiritueller Bedarf besteht. Die Pflegebedarfsinstrumente bestimmen den Bedarf eher aufgrund der körperlichen Pflege. Eine wichtige Rolle in der Palliative Care ist auch die Angehörigenbetreuung, welche nicht über die Pflegefinanzierung abgegolten wird.

## Pflegeheim

### Allgemeine Palliative Care

Der Finanzierungsanteil der OKP an den Pflegeleistungen für allgemeinen Palliative Care haben wir anhand der durchschnittlichen Pflegestufe der PCE-Fälle gemäss Bartelt et al. (2018) ermittelt. Für den Patientenanteil verwenden wir die maximale Patientenbeteiligung (23 CHF pro Tag)<sup>25</sup>. Zusätzlich tragen die Patientinnen und Patienten die gesamten Kosten für Hotellerie und Betreuung. Dafür verwenden wir die durchschnittlichen Kosten aller Fälle. Die Ergänzungslösungen grenzen wir basierend auf der BFS-Statistik «Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer, Leistung, Art der Leistungserbringung und Finanzierungsregime» anteilmässig ab. Die Kantone regeln die Restkostenfinanzierung. Die Restfinanzierungsmodelle sind kantonal unterschiedlich ausgestaltet, viele Kantone wenden Normkosten oder Höchstgrenzen an. Diese basieren häufig auf durchschnittlichen Pflegekosten und decken nicht die Kosten der Palliative-Care-Fälle. Je nach Ausgestaltung der Restkostenfinanzierung sind gemäss unserer Berechnung bis zu 16 Prozent der Kosten nicht über die Pflegefinanzierung gedeckt und müssen anderweitig finanziert werden.

Wie die Studie von Bartelt et al. (2018) zeigt, beträgt der durchschnittliche Pflegebedarf bei einer PCE-Situation 240 Minuten (über alle Pflegbedarfsstufen) und liegt somit in der höchsten Stufe des OKP-Beitrags (Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten, vgl. Art. 7a Abs. 3 KLV). Es zeigt sich aber ein höherer Aufwand bei allen Pflegestufen, die Abweichung zum Mittel der jeweiligen Pflegestufe beträgt insgesamt 90 Minuten. Im Schnitt haben die Fälle eine Pflegebedarfsstufe von 8. Grundsätzlich ist bei einer wesentlichen Veränderung eine Neueinstufung möglich. Allerdings erschwert der schnell wechselnde und oft nur temporär höhere Bedarf eine solche Neueinstufung bzw. ist zu wenig flexibel, um auf die rasch variierende Situation der Patientinnen und Patienten reagieren zu können. Zudem erfassen die Pflegebedarfsinstrumente den Pflegebedarf hauptsächlich aufgrund des körperlichen Pflegebedarfs, Palliative Care umfasst aber auch Gespräche, Koordination, Betreuung von Angehörigen. Neben dem höheren Zeitbedarf ist gemäss Bartelt et al. (2018) auch der Anteil des Personals mit einem tertiären Ausbildungsniveau höher als in Nicht-PCE-Situationen (31.9% vs. 24.4%), was zu höheren Personalkosten führt.

---

<sup>25</sup> Dabei handelt es sich um eine Obergrenze, da einige Kantone eine geringere Kostenbeteiligung haben.

## Spezialisierte Palliative Care – MPD

Die Finanzierung der spezialisierte Palliative Care in den Pflegeheimen durch die MPD hängt von der Art der Leistung ab, vgl. dazu auch Abschnitt zur spezialisierten Palliative Care unter «Zu Hause». Ärztliche Leistungen können über den Tarmed abgerechnet werden.

Pflegeleistungen werden grundsätzlich über die Pflegefinanzierung abgegolten. Da die Patientinnen und Patienten bereits über das Pflegeheim pflegerische Leistungen beziehen, können im Sinne der Doppelvergütung keine zusätzlichen Pflegeleistungen des MPD in den Pflegeheimen über die Krankenversicherung abgerechnet werden. Somit müssen die Kosten der MPD von den Pflegeheimen selbst getragen werden respektive über den Kanton oder die Gemeinden finanziert werden. Konsiliarische Leistungen sowie ein pflegerischer Hintergrund- und Pikettdienst werden nicht über die OKP finanziert. Entsprechend schätzen wir den OKP-Anteil insgesamt auf 0 Prozent. Je nach kantonaler Ausgestaltung liegt der Anteil des Kantons resp. den Gemeinden zwischen 0 und 100 Prozent und somit auch der Anteil anderer Finanzierungsquellen (z. B. Spenden, Spitäler) zwischen 0 und 100 Prozent.

## Zu Hause

### Allgemeine Palliative Care – Spitex

Für die allgemeine Palliative Care zu Hause mit der Spitex wurde der Finanzierungsanteil der OKP gemäss dem OKP-Beitrag für die a-, b- und c-Pflegeleistungen ermittelt. Für den Patientenanteil verwenden wir die maximale Patientenbeteiligung (15.35 CHF)<sup>26</sup>, wobei wir die Ergänzungsleistungen basierend auf der BFS-Statistik «Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer, Leistung, Art der Leistungserbringung und Finanzierungsregime» anteilmässig abgrenzen. Die Kantone regeln die Restkostenfinanzierung. Wie bei den Pflegeheimen ist die Ausgestaltung kantonal unterschiedlich und viele Kantone wenden Normkosten an. Da unsere Kostenberechnung auf den durchschnittlichen Pflegekosten der Spitex basieren, gehen wir davon aus, dass die Restkostenfinanzierung die verbleibenden Kosten deckt. Sollten jedoch die durchschnittlichen Kosten pro a-, b- oder c-Pflegeleistung bei allgemeiner Palliative Care höher sein als ohne Palliative Care, etwa weil spezifisch ausgebildetes Personal benötigt wird oder mehr Koordination notwendig ist, kann es zu einer Unterdeckung kommen.

### Allgemeine Palliative Care – Hausärztinnen und Hausärzte

Hausärztliche Leistungen werden über den Tarmed abgerechnet. Wie bei der Kostenberechnung (vgl. Kapitel 3.5) gehen wir von 6 Stunden Leistungen in Anwesenheit und 4 Stunden Leistungen in Abwesenheit des Patienten aus, verteilt über 6 Monate. Gemäss Tarmed-Limitation kann innerhalb von 3 Monaten jedoch nur 1 Stunde Leistung in Abwesenheit abgerechnet werden, sodass insgesamt nur 2 der 4 Stunden abgerechnet werden können. Für die Erlösberchnung haben wir nur die reinen Zeittarife verwendet, weitere Zuschlagspositionen sind nicht enthalten. Es handelt sich um eine Erlösuntergrenze. Der Einzelleistungstarif erlaubt eine gewisse Flexibilität, sodass auch ein höherer Erlös möglich ist. Gemäss dieser Berechnung sind nur 57

---

<sup>26</sup> Dabei handelt es sich um eine Obergrenze, da einige Kantone die Patientenbeteiligung teilweise oder vollständig übernehmen..

Prozent der Kosten über die OKP finanziert. Dies dürfte sich mit der Einführung von Tardoc verbessern.<sup>27</sup> Im Tardoc enthalten die Tarifpositionen für hausärztliche Palliative Care keine Limitation für Leistungen in Abwesenheit des Patienten. Die konsiliarische Leistung durch den Facharzt (Ärztliches Konsilium) selbst ist hingen auf zwei Stunden pro 180 Tage limitiert.

### Allgemeine Palliative Care – weitere Leistungen

Die Kosten für therapeutische Leistungen konnten aufgrund fehlender Daten nicht erhoben werden. Dies gilt für alle Settings ausser im Spital. Therapeutische Leistungen von KVG-Leistungserbringern, welche über die OKP abgerechnet werden können, sind in eigenen Tarifverträgen geregelt. Die Tarife sind nach Leistungserbringer unterschiedlich ausgestaltet, sodass zum Beispiel Wegzeiten unterschiedlich vergütet werden (vgl. Kapitel 5.2). Leistungserbringer, welche nicht über die OKP abrechnen können, müssen über andere Quellen finanziert werden. Auch Freiwillige können hilfreiche Unterstützung bieten. Selbst wenn diese für ihre Leistungen nicht bezahlt werden, braucht es zumindest eine Finanzierung der Ausbildung und Supervision. Nicht finanziert ist zudem die Betreuung der Angehörigen nach dem Todesfall. Bei einer Betreuung zu Hause fallen auch Kosten bei den Patientinnen und Patienten an. Medikamente und Hilfsmittel können grundsätzlich über die OKP abgerechnet werden. Bei der Palliative Care kommen teilweise Medikamente zum Einsatz, die nicht auf der SL stehen (resp. nicht in der benötigten Form). In diesem Fall muss eine Kostengutsprache eingereicht werden. Wenn diese nicht gutgeheissen wird, muss die Patientin resp. der Patient die Kosten selbst übernehmen. Gewisse Hilfsmittel sind ebenfalls nicht auf der MiGeL und werden entsprechend nicht von der OKP vergütet.

### Spezialisierte Palliative Care – MPD

Die Finanzierung der MPD ist kantonal unterschiedlich ausgestaltet und hängt auch von der Tätigkeit der Dienste ab. Pflegeleistungen (Pflege sowie Beratung, Abklärung und Koordination) oder ärztliche Leistungen an der Patientin bzw. am Patienten werden über die Pflegefinanzierung respektive den Tarmed vergütet. Da die Vergütung von Pflegeleistungen mit den Beiträgen der OKP und der Patientinnen und Patienten nicht notwendigerweise kostendeckend sind, müssen der Kanton oder die Gemeinde die Restkostenfinanzierung übernehmen. Da jedoch viele Kantone für die Festlegung der Restfinanzierung Normkosten verwenden, die oftmals auf den durchschnittlichen Kosten aller Spitex-Organisationen basieren, ist die gesamte Vergütung nicht immer kostendeckend. Gemäss Expertinnen und Experten weisen MPD häufig ein grösseres Einzugsgebiet auf als normale Spitex-Dienste. Weiter sind die Einsätze bei komplexen Patientinnen und Patienten weniger gut planbar, sodass insgesamt höhere Wegzeiten anfallen. Mehrkosten verursacht auch ein höheres Ausbildungsniveau der Pflegefachpersonen.

Die Betreuung von Bezugspersonen und Leistungen ohne direkten Patientenbezug, wie die Beratung von Hausärztinnen und -ärzten, Spitex, Pflegeheime und Institutionen für Menschen mit Behinderung, Koordination oder Weiterbildung werden grösstenteils nicht von der OKP übernommen. Dies gilt auch für Vorhalteleistungen wie zum Beispiel eine 24h-Fähigkeit.

Häufig übernehmen die Kantone oder die Gemeinden einen Teil der Kosten der MPD, oder diese werden über Spenden oder über ein Spital finanziert. Basierend auf den Daten im Kanton Zürich werden rund 30 Prozent der Kosten von der OKP und 60 Prozent von den Gemeinden finanziert. Der Rest wird über Spenden finanziert (SPaC, 2024, 2023). Auch in Maessen et al. (2018) beträgt der OKP-Anteil rund 30 Prozent. Der Anteil des Kantons oder der Gemeinden liegt somit je nach

---

<sup>27</sup> Unter Tardoc sind die Taxpunkte für hausärztliche Leistungen höher, die effektive Vergütung hängt allerdings vom festgelegten Taxpunktwert ab.

Ausgestaltung zwischen 0 (keine Kostenbeteiligung) und 70 Prozent (vollständige Restkostenfinanzierung). Entsprechend liegt auch der Anteil über andere Finanzierungsquellen zwischen 0 und 70 Prozent.

### Pädiatrische Palliative Care

Bei der pädiatrischen Palliative Care sind gemäss Experteneinschätzung grob ein Drittel bis über die Hälfte der Kosten unterfinanziert. Wie hoch der Anteil tatsächlich ausfällt, hängt von vielen Faktoren ab, unter anderem auch vom Verhältnis von ambulanten und stationären Leistungen, da die ambulanten Leistungen tendenziell stärker unterfinanziert sind. Relevant ist auch der Anteil der nicht-patientenbezogenen Tätigkeiten, welcher über Patienteneinnahmen querfinanziert werden muss. Die Vergütung der Leistungen unterscheidet sich zudem zwischen IV (Kinder mit einem Geburtsgebrechen) und OKP.

## 6 Zusammenfassung und Fazit

### Methodisches Vorgehen

Im ersten Arbeitsschritt (Soll-Bedarf) haben wir die aktuelle und zukünftige Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Palliative Care sowie die notwendigen Leistungen und deren Kosten in der Schweiz ermittelt. Aufgrund der verfügbaren Daten beschränkten wir uns dabei auf das Lebensende, obwohl die palliative Versorgung den gesamten Krankheitsverlauf umfassen kann. Im zweiten Arbeitsschritt (Ist-Versorgung) wurden die derzeitige Versorgung und die entsprechenden Kosten pro Patienten und Versorgungssetting bestimmt. Im dritten Arbeitsschritt (Vergleich Soll-Ist) haben wir Soll-Bedarf und Ist-Versorgung sowie die Finanzierung pro Versorgungssetting verglichen, um Lücken im Angebot und der Finanzierung zu identifizieren.

### Soll-Ist-Vergleich

Der Soll-Ist-Vergleich weist auf eine Unterversorgung in allen Settings hin. Am deutlichsten ist die Differenz bei der allgemeinen Palliative Care zu Hause und im Pflegeheim. Bei der spezialisierten Palliative Care zeigt sich eine Unterversorgung bei den Hospizen und im Pflegeheim sowie etwas weniger stark auch zu Hause. Wird nicht nur das Lebensende, sondern der gesamte Krankheitsverlauf berücksichtigt, erhöht sich in fast allen Settings die Unterversorgung deutlich. Eine Abdeckung des Sollbedarfs an Palliative Care ist mit Kosten von rund 2.2 Mrd. CHF verbunden. Die Kosten der Ist-Versorgung belaufen sich geschätzt auf rund 0.9 Mrd. CHF. Da jedoch nicht alle Kosten erhoben werden konnten, stellen beide Kostenschätzungen eine Untergrenze dar.

### Finanzierung und Vergütung

Palliative-Care-Leistungen müssen aus verschiedenen Quellen finanziert werden, weil ein Teil der Leistungen ausserhalb des Leistungsumfangs der OKP liegt. Neben Vergütungen aus der OKP und Zahlungen des Kantons oder der Gemeinde, gibt es deshalb auch Selbstzahlungen der Patientinnen und Patienten sowie Finanzierungen durch andere Sozialversicherungen wie Ergänzungsleistungen. Weitere Finanzierungsträger sind Kirchen, Hilfswerke, Privatpersonen (Spenden) etc. Eine grobe Aufteilung der Kosten auf die Hauptfinanzierungsträger zeigt deutliche Unterschiede je nach Setting und Leistungserbringer.

Beim Vergleich zwischen den Kosten für KVG-Leistungen, die bei den Leistungserbringern anfallen und der Vergütung, welche die Leistungserbringer dafür erhalten, gibt es Hinweise, dass die Vergütung in den meisten Fällen nicht kostendeckend ist, sodass noch andere Finanzierungsquellen notwendig sind. Die Ursache dafür ist häufig, dass die Tarife am Durchschnitt ausrichtet sind und den erhöhten Bedarf (z. B. für Koordination) oder die höheren Ausbildungsanforderungen nicht berücksichtigen. Bei den über die Pflegefinanzierung abgegoltenen Leistungen gibt es grosse kantonale Unterschiede, insbesondere bei der spezialisierten Palliative Care. Während einige Kantone oder Gemeinden die nicht über die OKP gedeckten Kosten vollständig übernehmen oder einen Palliative-Care-Zuschlag kennen, gibt es in anderen Kantonen keinen zusätzlichen Beitrag.

### Herausforderungen der Studie

Die Erhebung des Bedarfs und der damit verbundenen Kosten ist mit einigen Herausforderungen verbunden:

- *Abgrenzung der Palliative-Care-Leistungen*, insbesondere bei der allgemeinen Palliative Care, schwierig. Palliative Care ist ein Versorgungskonzept und umfasst eine breite Palette von Leistungen, die sowohl medizinische, psychologische als auch sozial-spirituelle Unterstützung beinhalten. Diese Vielschichtigkeit führt oft zu Unsicherheiten bei der Zuordnung und der Abgrenzung von Leistungen kurativer Behandlungen, insbesondere da Palliative Care sowohl in frühen als auch in späten Phasen einer Krankheit relevant sein kann.
- *Individueller Bedarf*: Die individuelle Natur palliativer Bedürfnisse erlaubt keine Definition von standardisierten Behandlungspfaden und den damit verbundenen Leistungen. Dies erschwert die eindeutige Abgrenzung dieser Leistungen und die Erfassung und Zuordnung der damit verbundenen Kosten.
- *Beteiligung unterschiedlicher Akteure und Finanzierer* erschwert Datenerhebung. Für viele Bereiche liegen keine vollständigen Daten vor. Unsere Berechnung basieren deshalb teilweise auf Einzelstudien mit geringen Stichproben oder sind mit Annahmen verbunden. Dies betrifft sowohl den Soll-Bedarf wie auch die Ist-Versorgung. Die verfügbaren Kosten-daten beziehen sich zudem fast ausschliesslich auf das Lebensende, sodass keine Kosten-schätzung für den Bedarf im Krankheitsverlauf möglich war. Die Kosten einzelner Leis-tungserbringer konnten gar nicht erhoben werden. So fehlen die Kosten der allgemeinen Palliative Care im Spital, der Palliativambulatoen, der ambulant tätigen Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Sozialarbeitenden und Seelsorgenden.
- *Besonderheiten pädiatrischer Palliative Care*. Die pädiatrische Palliative Care unterscheidet sich deutlich von der Palliative Care für Erwachsene. Sie betrifft eine Vielzahl seltener und komplexer Erkrankungen, die spezifische und individuelle Behandlungen erfordern. Kin-der und Jugendliche können oft über viele Jahre betreut werden, wobei sich der Bedarf und die Bedürfnisse mit dem Alter verändern. Unterstützungsleistungen für Angehörige, wie psychosoziale Beratung und Entlastungsdienste, spielen eine zentrale Rolle. Die Kos-ten sowie die Ist-Versorgung der pädiatrischen Palliative Care konnten nicht analog zu den Erwachsenen erhoben werden. Deshalb haben wir für die Kosten einer ausgebauten pädi-atriische Palliative Care (Kosten des Soll-Bedarfs) auf eine Expertenschätzung zurückge-griffen.

Insgesamt führt dies dazu, dass vielerorts nur Aussagen auf einem relativ hohen Abstraktions-niveau möglich sind. Die ermittelten Zahlen sind mit einiger Unsicherheit behaftet und geben lediglich eine grobe Einschätzung ab. Nichtsdestotrotz erlauben sie eine Einschätzung zur Ver-sorgung und Finanzierung von Palliative Care.

Die folgende Tabelle 10 fasst nochmals das Vorgehen zusammen. Sie zeigt einen Überblick über die behandelten Themen, die damit verbundenen Arbeitsschritte, die Datenquellen sowie die wichtigsten Herausforderungen.

Tabelle 10 Überblick zu den Datenquellen und Herausforderungen

Thema	Arbeitsschritt	Datenquelle	Herausforderung
Soll-Bedarf	Schätzung Anzahl Patientinnen und Patienten mit Palliative-Care-Bedarf nach Versorgungssetting heute und in 10 Jahren	Ziegler et al. (2023) Ziegler & Laubereau (2023) Bevölkerungsentwicklung, BFS	
	Soll-Bedarf nach Versorgungssetting	Literatur, Fokusgruppen, Fallbeispiele	Keine detaillierte Erfassung pro Leistungsbereich möglich Fallbeispiele zeigen nur ein kleines Patientenspektrum
	Bestimmung der mit dem Soll-Bedarf verbundenen Kosten pro Setting	Öffentlich verfügbare Daten, bestehende Studien, Expertengespräche, Fallbeispiele	Unvollständige Daten zu Kosten Vorliegen von Ist-Kostensätzen Fokus aufs Lebensende Fokus auf Erwachsene
Ist-Versorgung	Bestimmung der Ist-Patientinnen und -Patienten pro Setting	Öffentlich verfügbare Daten, bestehende Studien, Umfrage bei Pflegeheimen	Fehlende Daten, Regionale Unterschiede, Repräsentativität der Befragung
	Bestimmung der mit den Ist-Versorgung verbundenen Kosten pro Setting	Analog zu Soll-Leistungen	Unvollständige Daten zu Kosten
Vergleich Soll-Ist	Vergleich der Anzahl Ist- und Soll-Patientinnen und -Patienten pro Setting		Abgrenzung zwischen Bedarf am Lebensende und im Krankheitsverlauf
	Bestimmung der Finanzierung und Vergütung	Öffentlich verfügbare Daten, Expertengespräche	Teilweise unklare Abgrenzung bzw. Umsetzung
	Bestimmung der Vergütung pro Setting Analyse der Herausforderungen in der Finanzierung	Öffentlich verfügbare Daten, bestehende Studien, Fokusgruppen	Finanzierung von Nicht-KVG-Leistungen, nur aggregierte Kostendaten verfügbar

Quelle: Eigene Darstellung Polynomics.

## Diskussion

Die identifizierte Unterversorgung von Palliative Care vor allem in den Settings zu Hause, Hospizstrukturen und Pflegeheim lässt sich durch die identifizierten Probleme bei der Finanzierung und Vergütung zumindest teilweise erklären. Während im stationären Spitalsetting die meisten Leistungen im Rahmen des KVG finanziert werden, müssen in den anderen drei Settings viele Leistungen ausserhalb des KVG finanziert werden. Das heisst üblicherweise, dass die Patientinnen und Patienten einen grösseren Anteil der Kosten selbst tragen müssen. Diese finanziellen Anreize können dazu führen, dass solche Leistungen oder Settings insgesamt weniger nachgefragt werden, als aus einer Versorgungssicht vielleicht ideal wäre.

Aber auch auf der Angebotsseite können die Probleme bei der Finanzierung und Vergütung zu der Unterversorgung beitragen. Die Palliativbehandlung erfordert spezialisierte Kenntnisse und eine intensive und individualisierte Betreuung, was die standardisierte, d. h. meist auf Durchschnittskosten basierende, Tarifierung der KVG-Leistungen oftmals nicht sachgerecht abbilden kann. Dies kann dazu führen, dass Gesundheitsdienstleister weniger Anreize haben, Palliative

Care anzubieten. Die Anbieter sind darauf angewiesen, für nicht kostendeckend vergütete Leistungen eine andere Finanzierungsquelle zu finden (Quersubventionierungen, Leistungsaufträge von Kantonen oder Gemeinden, Spenden etc.). Je grösser solche Lücken sind, desto unattraktiver ist es, Palliative Care anzubieten.

Die fragmentierte Finanzierung und Vergütung kann zudem dazu führen, dass verschiedene Aspekte der Palliativversorgung (medizinische, psychologische, soziale Unterstützung) nicht ausreichend koordiniert werden. Dies beeinträchtigt die ganzheitliche Versorgung, die für die Palliativpflege essenziell ist. Gerade bei den koordinativen und konsiliarischen Leistungen zeigen sich einige Lücken in der Tarifierung und Limitationen, die der komplexeren Situation von Palliative-Care-Fällen nicht gerecht werden. Häufig gibt es zwar Möglichkeiten, solche Limitationen oder Lücken über andere – eigentlich nicht dafür vorgesehene – Tarifpositionen zu umgehen, dies kann die Probleme der Unterfinanzierung jedoch höchstens mildern, nicht aber lösen.

Des Weiteren ist die aktuelle Tarifierung der KVG-Leistungen oft auf die Anzahl und Art der erbrachten Leistungen ausgerichtet und nicht unbedingt auf die tatsächlichen Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten. Die Tarifierung bietet dadurch möglicherweise nicht genügend Anreize für eine angemessene Versorgung am Lebensende. Ein zu starker Fokus auf kurative Behandlungen kann dazu führen, dass die Potenziale einer frühen palliativen Behandlung nicht vollständig genutzt werden.

An dieser Stelle muss allerdings auch erwähnt werden, dass es neben den tariflichen Gründen und der fragmentierten Finanzierung auch andere Gründe für die identifizierte Unterversorgung geben könnte. In Frage kommen:

- *Mangel an Fachpersonal:* Der Fachkräftemangel macht auch vor Palliative Care nicht halt. Es gibt einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und anderen Leistungserbringern, die speziell in Palliative Care ausgebildet sind. Dies kann zu einer Begrenzung der verfügbaren Dienste führen, besonders in ländlichen oder unversorgten Gebieten.
- *Unzureichende Ausbildung:* Viele Gesundheitsdienstleister erhalten in ihrer Grundausbildung nur begrenzte Schulung im Bereich Palliative Care. Dies kann dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal nicht ausreichend darauf vorbereitet sind, adäquate palliative Versorgung anzubieten oder den Bedarf daran rechtzeitig zu erkennen.
- *Kulturelle und gesellschaftliche Barrieren:* Vielerorts herrscht auch heute noch eine gewisse Tabuisierung des Todes, was dazu führen kann, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörige zögern, palliative Betreuung in Anspruch zu nehmen oder zu thematisieren.
- *Zugangsbarrieren:* Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sind sich möglicherweise nicht bewusst, dass sie Anspruch auf palliative Dienste haben, oder sie kennen die Vorteile dieser Art der Betreuung nicht. Informationsdefizite und komplexe bürokratische Prozesse können ebenfalls Hürden darstellen.

Die Versorgungssituation mit Palliative Care lässt sich dementsprechend verbessern, wenn diese Hindernisse abgebaut werden können. Insbesondere die Verbesserung der Kenntnisse über Palliative Care bei den Fachpersonen der Grundversorgung, die meist erste Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige sind, scheint ein wichtiger Grundpfeiler zu sein, um die Versorgungssituation zu verbessern (Furrer et al., 2013). Hier stellt sich jedoch wiederum die Frage, wie dies finanziert werden soll.

## Ausblick

Wenn keine Änderungen stattfinden, droht die derzeitig unbefriedigende Situation mit der Unterversorgung an Palliative Care sich in Zukunft noch zu verschärfen. Kurzfristig (bis 2030) wird sich zwar der Bedarf für Palliative Care gemäss unseren Analysen kaum erhöhen, in der längeren Frist wird der Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung jedoch deutlich zunehmen. So wird geschätzt, dass der Bedarf im Jahr 2050 bereits rund 30 Prozent höher liegen wird als heute (vgl. Kapitel 3.1).

Es lohnt sich dementsprechend die Finanzierungsprobleme und andere Hindernisse frühzeitig anzugehen. Palliative Care verbessert nämlich nicht nur die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, indem sie auf ihre individuellen Bedürfnisse eingeht und damit menschlich wertvoll ist. Sie kann auch ökonomisch sinnvoll sein. Palliative Care kann zu Einsparungen im Gesundheitswesen führen. Solche Einsparungen durch Palliative Care sind in der internationalen wissenschaftlichen Literatur gut belegt (vgl. z. B. Luta et al., 2021; Smith et al., 2014; Yadav et al., 2020). Durch eine gut organisierte und koordinierte Palliative Care und einen bereichsübergreifenden Behandlungspfad können unerwünschte Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungssettings, wie Spital, Pflegeheim, Hospiz und Pflege zu Hause, reduziert werden. Dies kann nicht nur Kosten einsparen, sondern verbessert auch die Kontinuität der Betreuung und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten.

Ein weiterer Aspekt sind die direkten und indirekten Kosten der Angehörigen. Eine optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Einbezug der Angehörigen reduziert die Belastung, wodurch deren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben. Dies kann langfristig die Kosten für medizinische und soziale Unterstützung der Angehörigen senken.

Auf Basis der uns zur Verfügung stehenden Daten können wir solche Kosteneinsparungen jedoch nicht berechnen.

## 7 Literaturverzeichnis

- AWMF, 2021. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung.
- BAG, & GDK, 2015. Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Bern.
- BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen- und direktoren, & palliativ ch, 2014. Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Version vom 15. Juli 2014. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und palliativ ch, Bern.
- Bartelt, G., Anliker, M., Stübi, B., Schori, E., Rudin, M., & Bächinger, T., 2018. Palliative Care EoL Auswertungsbericht. Q-Sys AG, BESA Care AG.
- BFS, 2023. Spitex-Statistik - Synthese nach Leistungserbringertyp 2011-2022.
- BFS, 2022a. Monitoring der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2020–2050. Vergleiche zwischen den Beobachtungen und den Vorausschätzungen der Szenarien. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
- BFS, 2022b. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen - Standardtabellen 2020.
- BFS, 2020. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050, Statistik der Schweiz - 01 Bevölkerung. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
- Ecoplan, 2023. Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Ergebnisse der Befragung der Kantone und regionalen Sektionen von palliative.ch 2023. (Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit). Ecoplan, Bern.
- Egli, S., Von Wartburg, L., & Näf, F., 2016. Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlagen einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende (No. 2015- GP- 06). Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Eychmüller, S., 2021. SENS - Manual für Fachpersonen. Anleitung zur Verwendung der SENS-Struktur für Assessment, Behandlungsplan und Evaluation in der Palliative Care. Universitätsspital Bern & Universitäres Zentrum für Palliative Care.
- Eychmüller, S., 2014. SENS - eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care.
- Furrer, M.-T., Grünig, A., & Coppex, P., 2013. Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege). Bundesamt für Gesundheit (BAG). Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- H+, 2024. Palliativ-Abbildung innerhalb SwissDRG. Sind Palliativ-Fälle unter SwissDRG adäquat abgebildet? Nicht veröffentlicht.
- H+, 2023. Palliative Care in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen: Wo stehen wir? Ergebnisse und Diskussion der Mitgliederbefragung von Herbst 2022. Bern.
- Knupp, R., Benninger, E., & Gurtner Vontobel, R., 2023. Schweizerischer Bericht zu den Palliative-Care-Versorgungsstrukturen 2022. palliative.ch, Bern.

- Luta, X., Ottino, B., Hall, P., Bowden, J., Wee, B., Droney, J., Riley, J., & Marti, J., 2021. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. *BMC Palliat Care* 20, 89. doi:10.1186/s12904-021-00782-7
- Mäder, B., Fischer, B., & Telser, H., 2020. Kostenberechnung Hospizstrukturen (Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit). Polynomics, Olten.
- Maessen, M., Steck, N., Zwahlen, M., & Eychmüller, S., 2018. Potential economic impact of mobile specialist palliative care teams in Switzerland. Universität Bern, Inselspital, Bern.
- Meier, F., Heiniger, S., Egger, T., & Kobler, I., 2024. Leistungsintensität von Spitek-Klientinnen und -Klienten und ihre Abbildung im Vergütungssystem. ZHAW, Winterthur.
- palliative ostschweiz, n.d. SENS Grundlagendokumente - Präsentation.
- Ploner, C., & Rolke, R., 2022. Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Erkrankungen.
- Polynomics, 2024. Fokusgruppe Palliative Care Spital vom 12. Januar 2024. Nicht veröffentlicht.
- Polynomics, 2023a. Fokusgruppe Palliative Care Pflegeheim vom 8. Dezember 2023. Nicht veröffentlicht.
- Polynomics, 2023b. Fokusgruppe Palliative Care zu Hause vom 6. Dezember 2023. Nicht veröffentlicht.
- Polynomics, 2023c. Fokusgruppe Palliative Care Hospize vom 20. Dezember 2023. Nicht veröffentlicht.
- Polynomics, 2023d. Fokusgruppe Palliative Care Pädiatrie vom 1. Dezember 2023. Nicht veröffentlicht.
- Ricka, R., Möckli, N., & Hunziker, F., 2022. Synthese zu den Grundlagenberichten der Masterstudierenden für Pflegewissenschaften des Instituts für Pflegewissenschaft INS, Basel. Wie entsteht ein Hospiz? Teil 2: Lernen von ausgewählten Hospizen der Deutschschweiz. Universität Basel.
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C., 2014. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med* 28, 130–150. doi:10.1177/0269216313493466
- SPaC, 2024. SPaC Verband spezialisierter Palliative Care Leistungserbringer - Jahresbericht 2023. Zürich.
- SPaC, 2023. SPaC Verband spezialisierter Palliative Care Leistungserbringer - Jahresbericht 2022.
- Streuli, C.J., & von Mengershäusen, U., 2023. Aufbau eines umfassenden Angebotes für Pädiatrische Palliative Care 2019 – 2023 – Bedarf, Möglichkeiten und finanzielle Hürden am Beispiel der Ostschweiz. palliative ch.
- Wächter, M., Bommer, A., & Rabhi-Sidler, S., 2015. Vertiefte Bedarfsabklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern (Studie im Auftrag des Vereins Palliativ Luzern und des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kanton Luzern). Hochschule Luzern, Luzern.
- Yadav, S., Heller, I.W., Schaefer, N., Salloum, R.G., Kittelson, S.M., Wilkie, D.J., & Huo, J., 2020. The health care cost of palliative care for cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 28, 4561–4573. doi:10.1007/s00520-020-05512-y

Ziegler, S., & Laubereau, B., 2023. Vertiefte Abklärungen zum Pädiatrischen Palliative-Care-Bedarf in der Schweiz. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Interface Politikstudien.

Ziegler, S., Laubereau, B., & Rickenbacher, J., 2023. Bedarfsschätzung Palliative Care. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Interface Politikstudien.

## 8 Anhang

### 8.1 Fallbeispiel 1: Palliative-Care-Patientenpfad zu Hause

Das erste Patientenbeispiel ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Das Beispiel handelt von Frau Arnold. Diese ist 58 Jahre alt, Sekundarlehrerin, und wohnt seit vier Jahren mit ihrem Lebenspartner in einer gemeinsamen Wohnung. Vor fünf Jahren erkrankte sie an einem Mammakarzinom, welches mit einer Chemotherapie erfolgreich behandelt werden konnte. IV-Abklärungen hatten damals bereits stattgefunden. Ihr Arbeitspensum wurde reduziert und Frau Arnold erhält eine Teilinvalidenrente. Unterstützung im Alltag erhält sie von ihrer Tochter, die in der Nähe wohnt und zwei kleine Kinder hat. Momentan leidet sie wieder vermehrt an gesundheitlichen Beschwerden. Sie klagt über ständige Müdigkeit, Kreislauf- und Atemprobleme bei körperlicher Aktivität und Schmerzen.

Nach einer Überweisung der Hausärztin bestätigen die medizinischen Untersuchungen im Spital den Verdacht eines Rezidivs. Es wird festgestellt, dass eine Heilung ausgeschlossen ist. Die Patientin möchte keine invasiven Therapien mehr und möglichst bald wieder nach Hause. Im interprofessionellen Team wird geklärt, was nötig ist, damit Frau Arnold die verbleibende Lebenszeit zu Hause verbringen kann. Es wird ein Netzwerk für die Betreuung und Behandlung zu Hause organisiert, die anschliessend von Frau Arnolds Hausärztin koordiniert wird. Dabei sind neben der Spitex und einem mobilen Palliative-Care-Dienst (MPD) auch diverse Therapieangebote, der Sozialdienst und die Seelsorge eingebunden.

In der Betreuung zu Hause leidet Frau Arnold unter Schmerzen, Kreislaufproblemen und Müdigkeit. Später kommen Verwirrtheitszustände, Atemprobleme und Lähmungen der Extremitäten hinzu. Die Angehörigen sind durch die Verschlechterung des Gesundheitszustands überlastet. Die Patientin wird deshalb temporär auf eine Palliativstation eingewiesen. Dies entlastet die erschöpften Angehörigen und ermöglicht eine sorgfältige weitere Planung. Nachdem der Gesundheitszustand auf der Palliativstation stabilisiert werden konnte, wird die Patientin wieder nach Hause entlassen. Weitere gesundheitliche Probleme können zu Hause mit Unterstützung des MPD ohne weitere Hospitalisierung stabilisiert und behandelt werden. Mit dem Einbezug des Freiwilligendienstes werden die Angehörigen zusätzlich entlastet. Schliesslich verstirbt Frau Arnold zu Hause.

Pfad 1  
zu Hause

Symptome

Koordinations-  
aufgaben

Interprofessionelle  
palliative Behandlung  
und Betreuung

Verdacht auf Rezidiv



Hausärztin:  
Medizinische Betreuung

Medizin

Pflege

Physiotherapie

FRAU ARNOLD, 58 JAHRE

Quelle: Egli et al. (2016)

## Bestätigung Diagnose



## Betreuung zu Hause



## Psychologie

Information, Angebot  
Diagnostik/Anamnese der  
psych. Symptome, der  
Belastungslandschaft,  
des Betreuungsbedarfs

Absprache mit Arzt/Ärztin  
bezüglich Medikation,  
Frage nach ambulanter  
Behandlung

Physiotherapie: Bedarfsabklärung,  
Vorbeugung von Inaktivität, Unterstützung  
Alltagsaktivitäten, Körperwahrnehmung,  
nichtmedikamentöse Symptombehandlung  
(Schmerz, Dyspnoe, Fatigue)

Spitex: Anamnese  
Pflegebedarf, Pflege-  
planung, Symptom-  
linderung

Spitex: Bezugspflege, Beziehungs-  
aufbau, Sicherheit, Vertrauen  
schaffen, Schmerzerfassung, kommt  
Patientin mit Medikation zurecht?

Spitex: Einbezug  
Freiwilligendienst  
zur Entlastung  
der Angehörigen

## /Ergotherapie

Spitalssozialdienst:  
Klären der Bedürfnisse,  
sozialrechtlichen Fragen,  
evtl. IV-Abklärung

Abläufen:  
Netzwerkorganis-  
ation, Begleitung  
und Hilfestellung  
im Alltag

Vor dem Spitalaustritt:  
Kontakt mit Ange-  
hörigen aufnehmen,  
Angebot: «Ambulante  
Gespräche»

Übergabe ambulant

Übergabe ambulant  
(Spitalssozialdienst  
überibt z. B.  
der Krebsliga)

Ambulante Physiotherapie: Kraft-Ausdauer-  
Training Alltagsaktivitäten, Schmerz-,  
Atemtherapie Edukation und Instruktion  
Angehörige und Betreuende

Beratung und Unter-  
stützung der Ange-  
hörigen, systemisch-  
familienmedizinische  
Intervention

## Sozialdienst

Bedarfsabklärung,  
Bewältigung der Diagnose,  
Gespräche «Sinn – Iden-  
tität», Körpermeditation  
«Stärkung der Ganzheit»

Spitalapotheke: Überprüfung Arznei-  
mitteltherapie: Indikation, Dosierung,  
unerwünschte Arzneimittelwirkung,  
galenische Formulierung, Tipps zur  
Verabreichung, off-label-Use

Krankheitsbewältigung  
durch künstlerische  
Interventionen

Je nach Bedürfnissen: Organisation von perso-  
nenellen Entlastungsmöglichkeiten (Haushaltshilfen,  
Freiwilligen...), Abklärung Finanzen, Beschaffung  
von Hilfsmitteln, evtl Beratung zu Patienten-  
verfügung und Vorsorgeauftrag

Je nach Bedürfnissen: Gespräche über  
Sinnfragen, Rituale, Segensrituale Bei Bedarf:  
Unterstützung der Angehörigen

## Seelsorge

Öffentliche Apotheke: Abgabe Arzneimittel, Medikations-  
check: Was braucht die Patientin, wie kann Therapie  
einfacher gestaltet werden (z.B. Tablettenteilen, Dosette,  
Reminder Medikationsplan)

Angebot erklären, gegenseitiges  
Kennenlernen, Zuhören, Entlastung  
und Sicherheit für Patientin,  
Angehörige, Fachpersonen

Pharmazie

Kunsttherapie

Freiwillige

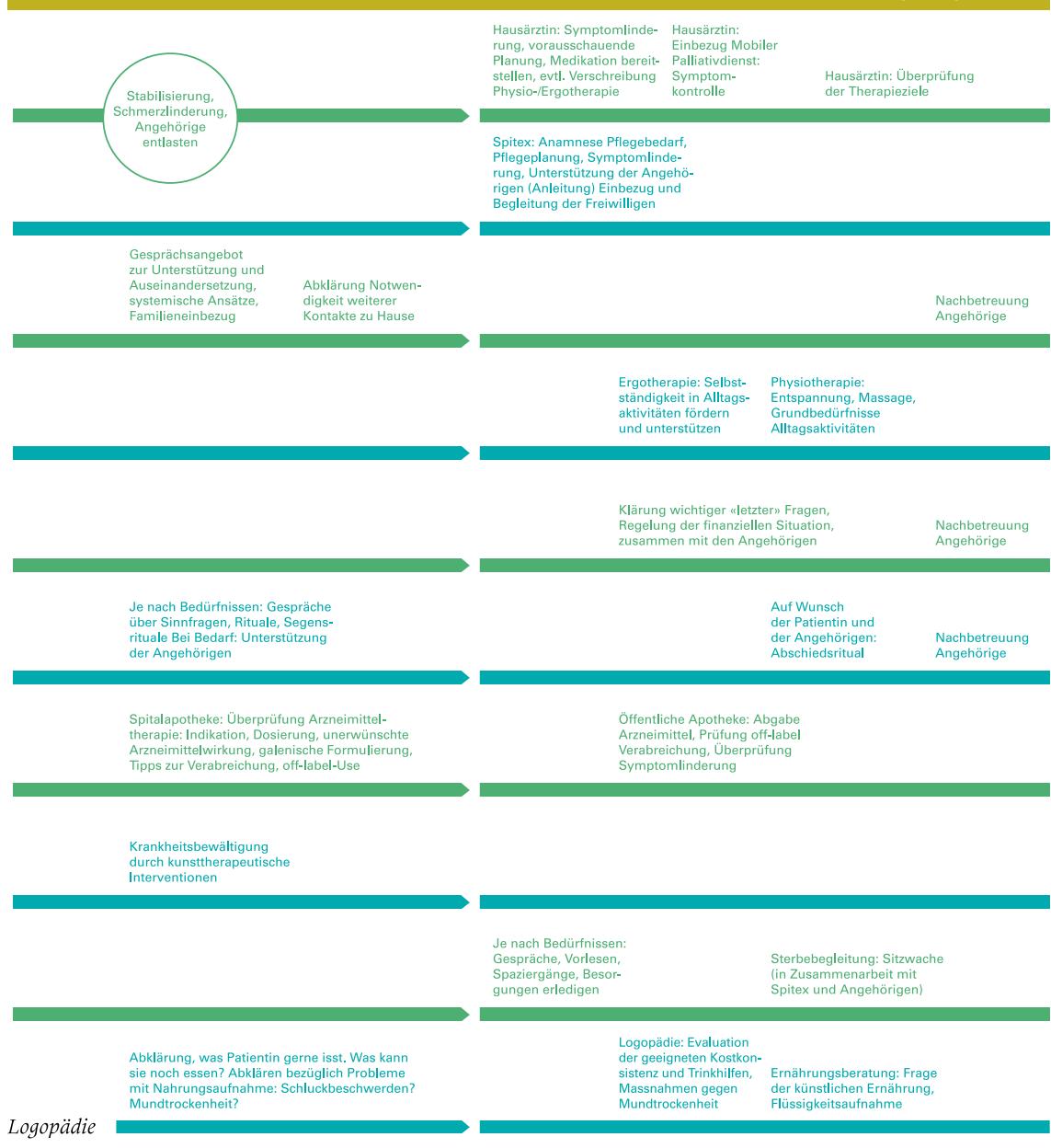
Ernährungsberatung /

Quelle: Egli et al. (2016)

## Stabilisierung & Entlassung



## Frau Arnold verstirbt zu Hause



## 8.2 Fallbeispiel 2: Palliative-Care-Patientenpfad im Pflegeheim

Das zweite Patientenbeispiel ist in folgender Abbildung dargestellt. Das Beispiel handelt von Frau Bühler. Diese ist 89 Jahre alt, verwitwet, und lebt allein in einer Zwei-Zimmer-Alterswohnung. Mit Unterstützung ihrer beiden Töchter führt sie ihren Haushalt selbstständig. Sie trifft sich regelmäßig mit ihren Nachbarn zum Kaffee und ist in der Kirchengemeinde gut verankert. Sowohl ihre Töchter als auch der Hausarzt bemerken, dass sich der Gesundheitszustand von Frau Bühler zunehmend verschlechtert und sie vergesslich wird. Der Hausarzt behandelt die Patientin seit vielen Jahren. Er kennt ihre Töchter und auch die Lebenssituation. Die gute und langjährige Beziehung zur Familie ermöglicht es ihm, Frau Bühler auf die Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes anzusprechen und mit den Fachpersonen der Spitex erste unterstützende Massnahmen einzuleiten.

Nach einem Schwächeanfall, der einen Sturz mit Kopfverletzung zur Folge hatte, wird Frau Bühler hospitalisiert. Die Untersuchungen zeigen, dass sie an einem malignen Lymphom erkrankt ist. Zudem wird eine leichte Demenz diagnostiziert. Für den Hausarzt ist offensichtlich, dass nun palliative Bedürfnisse in den Vordergrund treten: Linderung von Symptomen, Entscheidungsfindung zusammen mit den Angehörigen und die Organisation des letzten Lebensabschnittes. Zusammen mit der Patientin und ihrer Familie werden die Entscheidungen für die weitere Betreuung und Begleitung getroffen. Der Hausarzt steht dabei beratend und unterstützend zur Seite. Rundtisch-Gespräche werden mehrheitlich von ihm einberufen. Ihre gesundheitliche Situation macht eine Rückkehr nach Hause mit gleichbleibendem Betreuungsaufwand nicht mehr möglich.

Die Organisation eines Übertritts ins Pflegeheim wird vom Spitalsozialdienst organisiert. Nach dem Eintritt ins Pflegeheim kann der Hausarzt die Koordination mit den Angehörigen und weiteren Fachpersonen an die Pflegefachpersonen vor Ort übergeben, da sie die Patientin durch die tägliche Pflege und Betreuung gut kennengelernt haben. Im Verlaufe des Pflegeheimaufenthalts werden die Töchter in die Betreuung ihrer Mutter miteinbezogen, um ihr im Rahmen der Möglichkeiten eine familiäre Atmosphäre zu bieten. Dabei werden verschiedene therapeutische und seelsorgerische Leistungen in Anspruch genommen. Aufgrund depressiver Symptome, Niedergeschlagenheit und Äusserung von Suizidwünschen wird neben der bereits stark involvierten Seelsorge insbesondere auch ein gerontopsychiatrischer Dienst einbezogen. Alle Behandlungen finden unter Beachtung der Patientenverfügung von Frau Bühler statt, die sie schon vor einigen Jahren auf Rat und mit Hilfe ihres Hausarztes erstellt hatte. Nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustands verstirbt Frau Bühler schliesslich im Pflegeheim.

Pfad 2  
*im Pflegeheim*

Symptome

Koordinations-  
aufgaben

**Interprofessionelle  
palliative Behandlung  
und Betreuung**

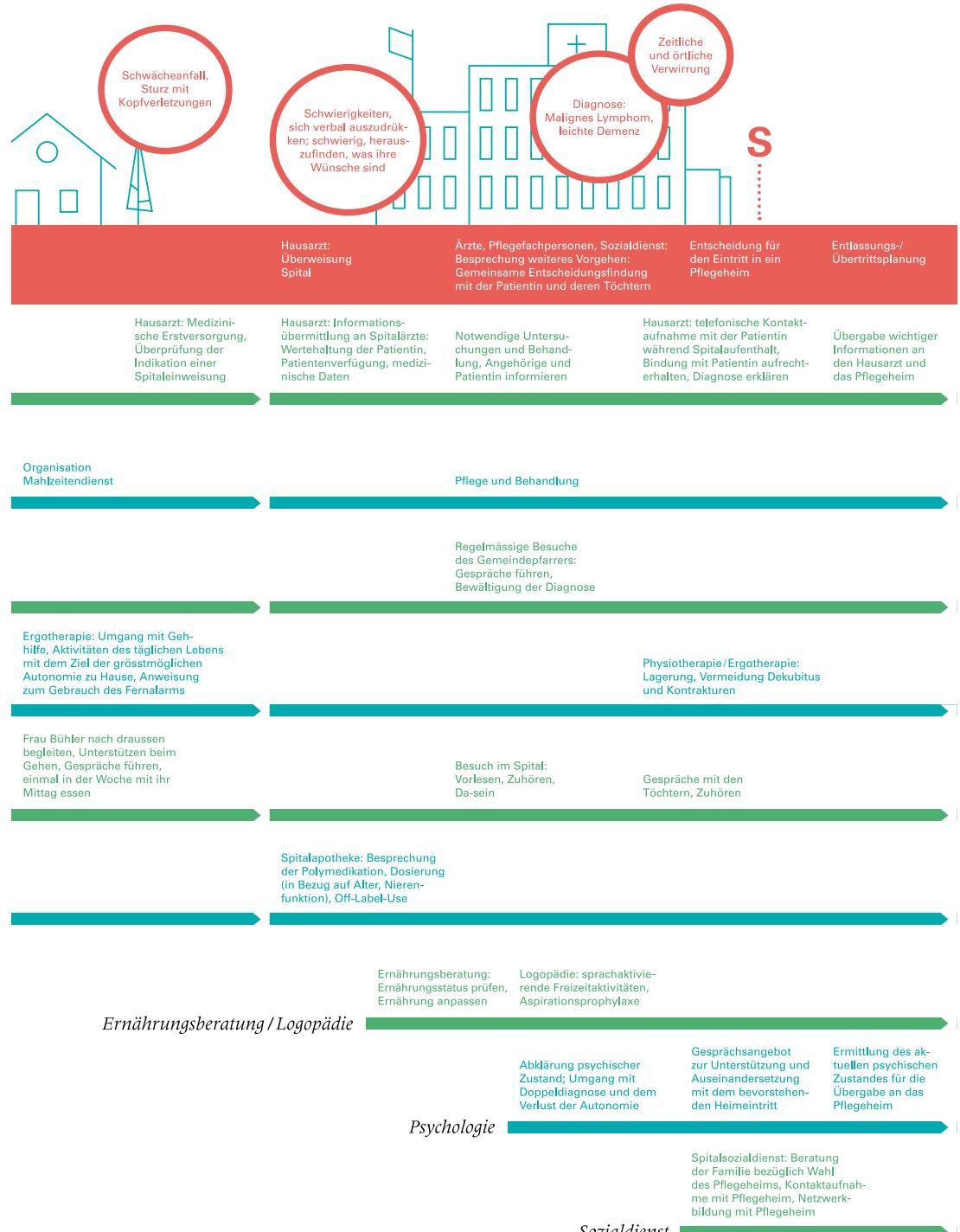
Betreuung zu Hause, Sturz



FRAU BÜHLER, 89 JAHRE

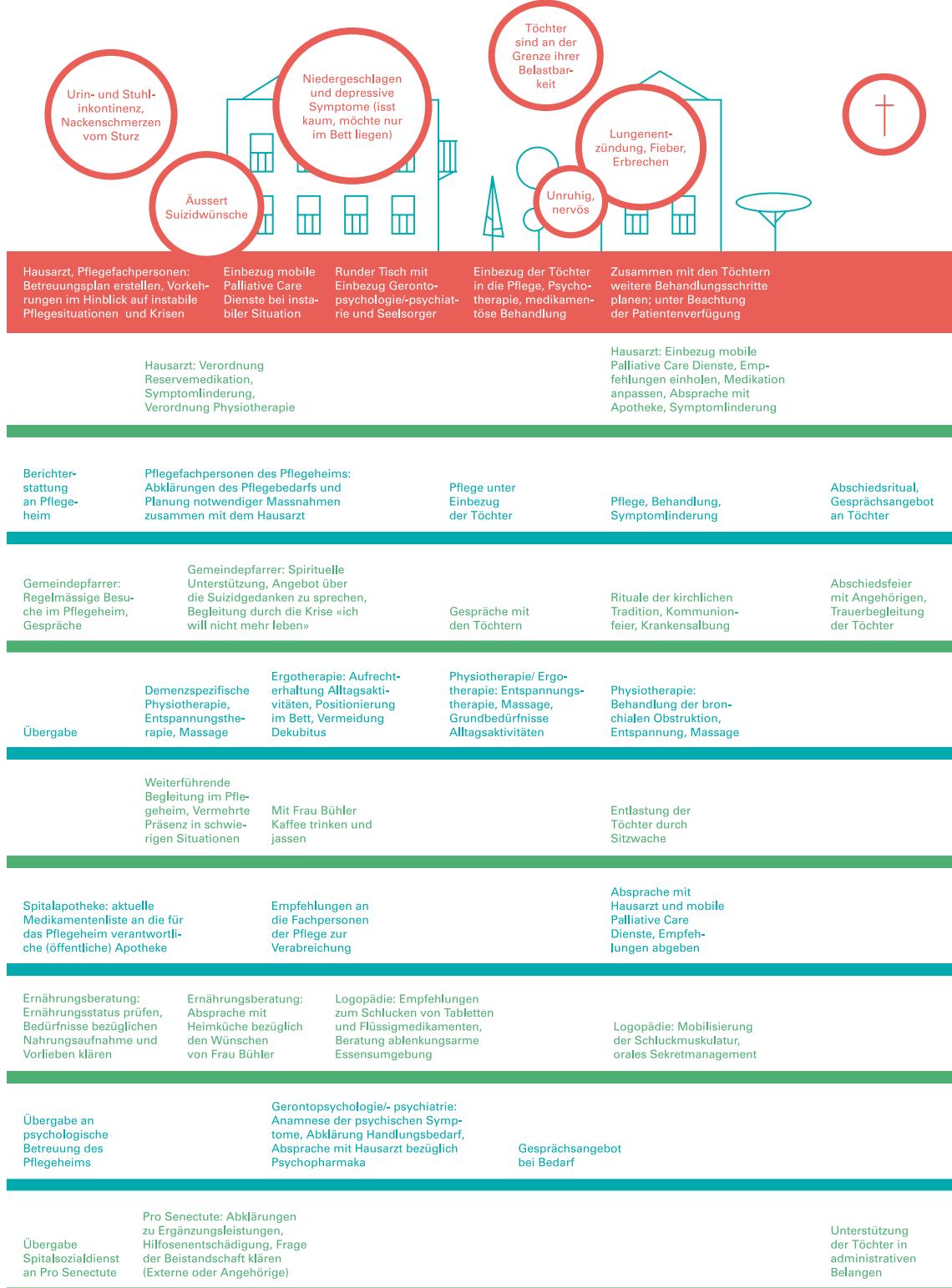
Quelle: Egli et al. (2016)

## Diagnose, Entscheidung für den Eintritt in ein Pflegeheim



Quelle: Egli et al. (2016)

## Frau Bühler verstirbt im Pflegeheim



Quelle: Egli et al. (2016)

### 8.3 Fallbeispiel 3: Palliative-Care-Patientenpfad im Spital

Das dritte Patientenbeispiel ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Das Beispiel handelt von Herr Rossi. Dieser ist 59 Jahre alt, Italiener, und lebt mit seiner Frau seit 35 Jahren in der Schweiz. Er hat drei erwachsene Kinder. Herr Rossi musste seine Arbeit als Bauarbeiter vor zwei Jahren aufgrund seiner fortschreitenden Erkrankung aufgeben. Er leidet seit Jahren an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankung (pAVK), einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), einer Niereninsuffizienz, Arteriosklerose und Diabetes Typ II. Vor einem Jahr erhielt seine Ehefrau eine Krebsdiagnose. Nach einer erfolgreichen Behandlung hat sie sich körperlich etwas erholt. Die Situation, insbesondere auch die finanzielle Lage, ist sehr belastend für das Ehepaar, da der Antrag für eine Invalidenrente immer noch hängig ist.

Die Pflegefachpersonen der Spitex betreuen Herrn Rossi und seine Frau schon seit mehreren Monaten. Sie haben früh erkannt, dass bei Herrn Rossi eine palliative Situation vorliegt: Sie bemerken, dass sich der Gesundheitszustand nicht mehr markant verbessern und der Pflegebedarf nicht mehr reduzieren wird. Sein gesundheitlicher Zustand und die allgemeine Problemstellung erweisen sich als sehr komplex und müssen auf verschiedenen Ebenen angegangen werden. Zudem ist das familiäre Umfeld stark belastet. Es werden deshalb frühzeitig palliative Massnahmen in die Behandlung und Betreuung integriert. So findet beispielsweise bereits zu einem frühen Zeitpunkt ein Rundtisch-Gespräch der behandelnden Fachpersonen zusammen mit dem Patienten und seinen Angehörigen statt, um das weitere Vorgehen sowie die Unterstützungsmöglichkeiten zu eruieren und ein Betreuungsnetzwerk aufzubauen. Da Herr Rossi aufgrund seiner krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit und der Krebserkrankung seiner Frau bereits Kontakt mit dem Sozialdienst hatte, erbringt eine Sozialarbeiterin die Koordinationsleistungen.

Nach schweren Infektionen wird Herr Rossi ins Spital überwiesen, wo ihm ein Bein teilamputiert werden muss. Herr Rossi stürzt dadurch in eine Sinnkrise. Neben Physiotherapie und Ergotherapie erhält Herr Rossi im Spital deshalb auch psychologische, musiktherapeutische und seelsorgerische Leistungen.

Nach der Entlassung aus dem Spital wird an einem Rundtisch-Gespräch vom Hausarzt und den Pflegefachpersonen der Spitex in Absprache mit dem Patienten und den Angehörigen ein Notfallplan für den Fall einer erneuten Verschlechterung des Allgemeinzustandes festgelegt. So wird zum Beispiel entschieden, dass Herr Rossi im Notfall in das nahegelegene Akutspital eingewiesen werden soll, da er dieses von früheren Behandlungen schon kennt und er sich dort in schwierigen gesundheitlichen Situationen gut betreut fühlt. In der Betreuung zu Hause werden neben dem Hausarzt und der Spitex wiederum unterschiedliche therapeutische Angebote in Anspruch genommen. Mit dem Bezug von Fachpersonen aus dem Herkunftsland, insbesondere im Rahmen der Seelsorge (z. B. «missione cattolica»), kann für Herrn Rossi viel zur Lebensqualität beigetragen werden.

Nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustands durch eine Lungenentzündung und weiteren Infekten am Bein wird Herr Rossi gemäss Notfallplan ins Spital überwiesen. Dort wird er nach der Wundbehandlung auf die Palliativstation überwiesen. Die Symptomlinderung wird wiederum von verschiedenen therapeutischen Angeboten begleitet, bis Herr Rossi im Spital verstirbt.

Pfad 3  
*im Spital*

Symptome

Koordinations-  
aufgaben

Interprofessionelle  
palliative Behandlung  
und Betreuung

Betreuung zu Hause, Verschlechterung de



Hausarzt: Einbezug Spitek zur Unterstützung der Pflege zu Hause; Vermeidung Dekompensation

Hausarzt: Mit Patient über den Krankheitsverlauf und Prognose sprechen. Symptomänderung, Behandlung

Klärung der finanziellen Situation; Abklärungen mit der IV treffen

*Medizin*

Spitek: Abklärung des Pflegebedarfs, Beratung bei der Krankenpflege und im Umgang mit den Symptomen

Hausarzt: Verordnung ambulante Physiotherapie, Ernährungstherapie

*Pflege*

Gemeindesozialdienst: Koordination Betreuungsnetzwerk  
Abklärung der finanziellen Situation, IV, evtl. Unterstützung durch pro Infirmis, soziales Netzwerk stärken durch Einbezug eines italienischsprachenden Freiwilligen

*Sozialdienst*

Absprache mit Hausarzt, Medikationscheck, Abklärungen mit Krankenkasse bezüglich Kostenübernahmen  
Abgabe und Beratung zur Anwendung der Arzneimittel, Austausch mit Pflegefachpersonen und Hausarzt, Beratung der Angehörigen bezügl. Verabreichung der Medikamente

*Pharmazie*

Ambulante Physiotherapie: DIAFIT (Diabetestherapie), angepasste Trainingstherapie

*Physiotherapie/ Ergotherapie*

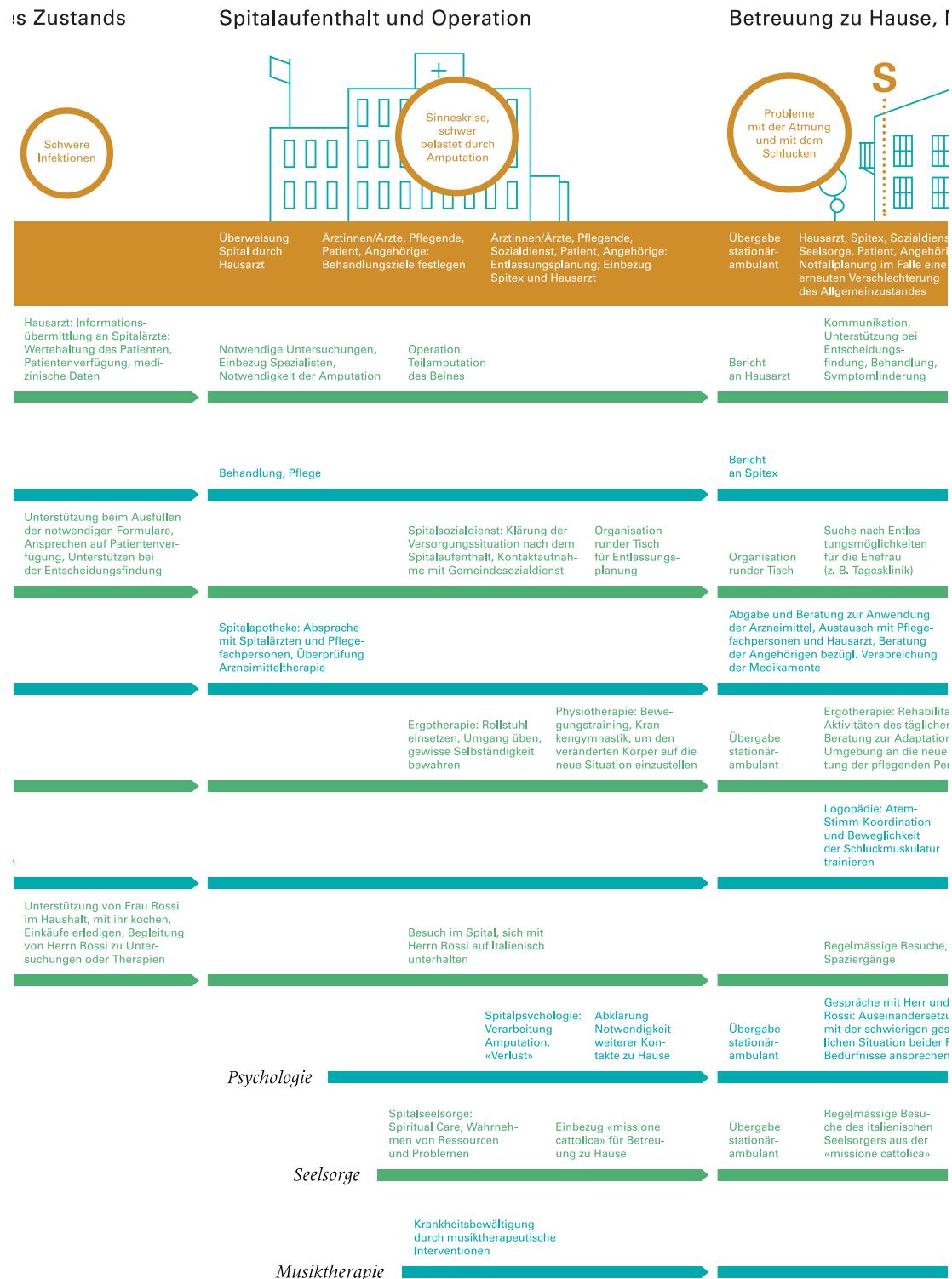
Ernährungsberatung: Im Rahmen von DIAFIT, Ernährungsberatung bei chronischen Erkrankungen

*Ernährungsberatung / Logopädie*

*Freiwillige*

HERR ROSSI, 59 JAHRE

Quelle: Egli et al. (2016)



Quelle: Egli et al. (2016)

## Notfallplan



Quelle: Egli et al. (2016)

## 8.4 Teilnehmende Begleitgruppe und Fokusgruppen

Tabelle 11      Liste Begleitgruppe

Institution/Organisation/Verband	Name
Artiset/Curaviva Schweiz	Catherine Bugmann
Artiset/Curaviva Schweiz	Daniel Domeisen
Association Spitex privée Suisse ASPS	Urs Hirsig
Curafutura	Peter Catlos
Dachverband Hospize Schweiz	Dieter Hermann
Dachverband Hospize Schweiz	Sybille Jean-Petit Matile
GZO Spital Wetzikon	Andreas Weber
H+ - Die Spitäler der Schweiz	Stefan Berger
Inselspital Bern	Steffen Eychmüller
Kanton Bern	Simon Juritz
Kanton Bern	Angela Müller
Krebsliga	Stefanie Deborba
Krebsliga	Aline Descloux
Krebsliga	Stefanie Hälg
Mobile Palliativdienste Kanton Bern	Georgette Jenelten
Palliative.ch	Renate Gurtner
Palliative.ch / CHUV	Bettina Holzer
Palliativzentrum Hildegard	Jan Gärtner
Santésuisse	Markus Gnägi
Santésuisse	Orianne Grimm
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK - ASI	Maria Rosa Joller
Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie SGAP	Dan Georgescu
Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie SGAP	Egemen Savaskan
Schweizerischer Seniorenrat	Elsbeth Wandeler
Senesuisse	Christian Streit
Spitex Schweiz	Patrick Imhof

Tabelle 12      Liste Fokusgruppen

Fokusgruppe	Experte	Institution
Hospiz	*	Hospiz
Hospiz	*	Hospiz
Hospiz	Urs Hardegger	Senesca Maienfeld
Kinder	Birgit Dyla	Kinderspitex Biel-Bienne Regio
Kinder	Elisabeth Brenninkmeijer	Kinderhospiz Flamingo
Kinder	Eva Bergsträsser	Kinderspital Zürich
Kinder	Jürg Streuli	Ostschweizer Kinderspital
Kinder	*	Kinderklinik
Pflegeheim	Urs Baudendistel	Johanner
Pflegeheim/Hospiz	Nelly Simmen	Palliative Care Nelly Simmen
Pflegeheim/Hospiz	Andrea Tschopp	Lindenfeld, spezialisierte Pflege und Geriatrie
Spital	David Blum	Stadtspital und Universitätsspital Zürich, Vorstand palliative.ch
Spital	Sandra Eckstein	Universitätsspital Basel
Spital	Dan Georgescu	Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie, Psychiatrische Dienste Aargau
Spital	Monika Hagemann	Inselspital
Zu Hause	Daniela Mustone	Krebsliga Aargau
Zu Hause	Andreas Weber	GZO
Zu Hause	Georgette Jenelten	MPD Spitex Bern
Zu Hause	Philippe Luchsinger	Hausärzteverband
Zu Hause	Lea Tanner	Krebsliga SH
Zu Hause	Daniel Burger	Palliativseelsorge
Zu Hause	*	Hausarzt

\* Nennung nicht gewünscht oder keine Rückmeldung erhalten

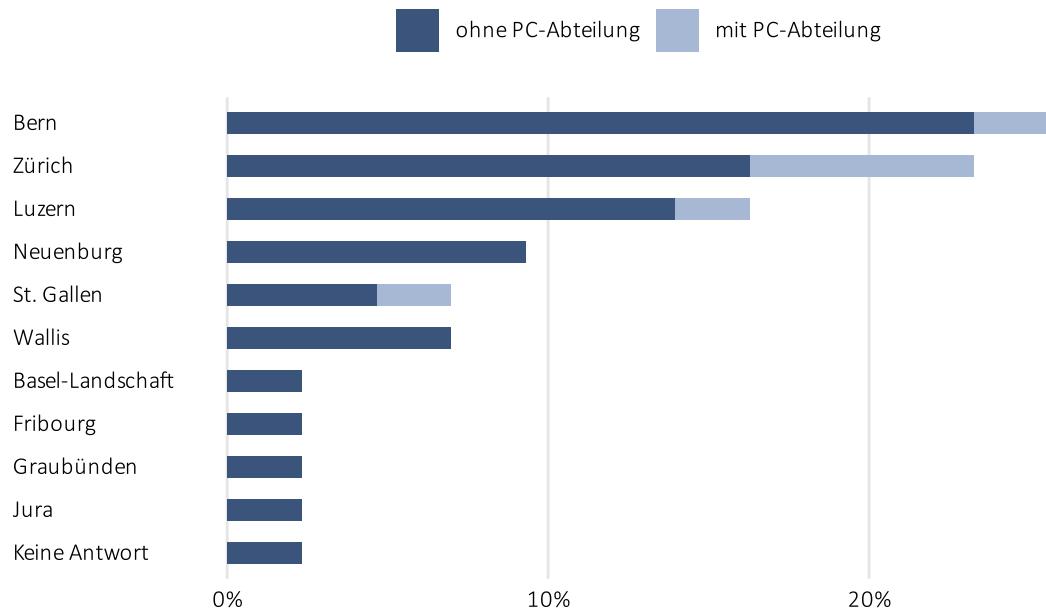
## 8.5 Umfrage Pflegeheime

Im Rahmen des Projektes haben wir bei den Pflegeheimen eine Umfrage durchgeführt, um einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation mit Palliative Care in Schweizer Pflegeheimen zu gewinnen. Die Umfrage wurde im Juli und August 2024 durchgeführt und durch die zwei Verbände Curaviva und senesuisse an die Pflegeheime in der Schweiz verschickt.

Geantwortet haben 43 Pflegeheime aus 10 Kantonen. Diese Heime umfassen insgesamt 3'176 Langzeitpflegeplätze, wobei 6 Befragte keine Antwort gaben. Die Teilnahme war kantonal unterschiedlich, mit einer stärkeren Beteiligung in städtischen Regionen wie Zürich und Bern, während ländlichere Kantone eine geringere Teilnahme aufwiesen.

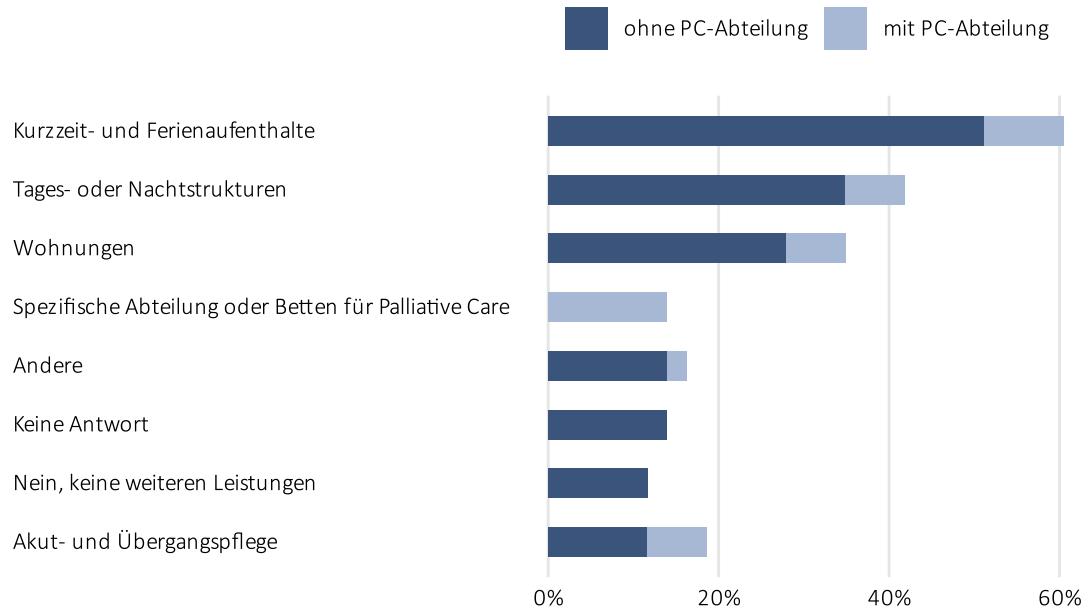
Von den 43 teilnehmenden Pflegeheimen haben 6 eine eigene Palliative-Care-Abteilung. Diese werden separat dargestellt.

In welchem Kanton befindet sich Ihr Pflegeheim?



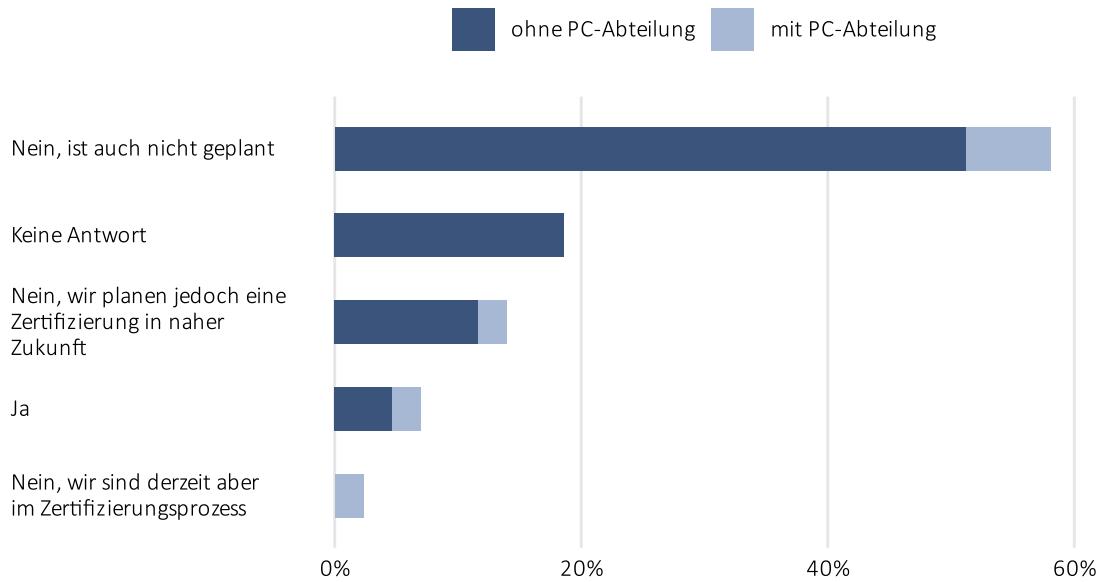
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Bieten Sie neben der Langzeitpflege weitere Leistungen an? (Mehrfachauswahl möglich)



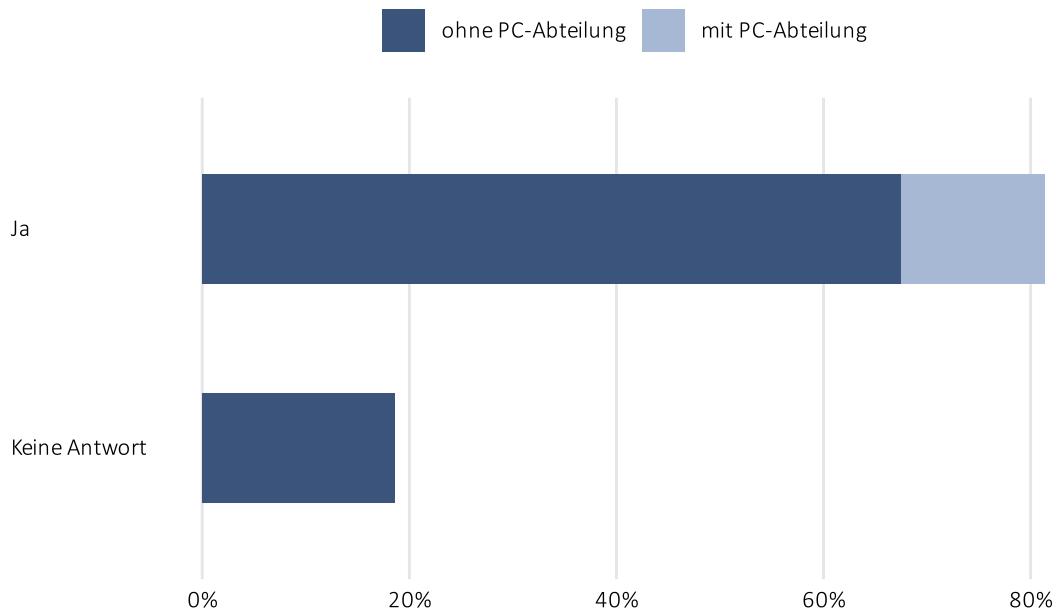
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Verfügt Ihr Pflegeheim über das Qualitätslabel Label «Qualität in Palliative Care», welches von «qualité palliative» vergeben wird?



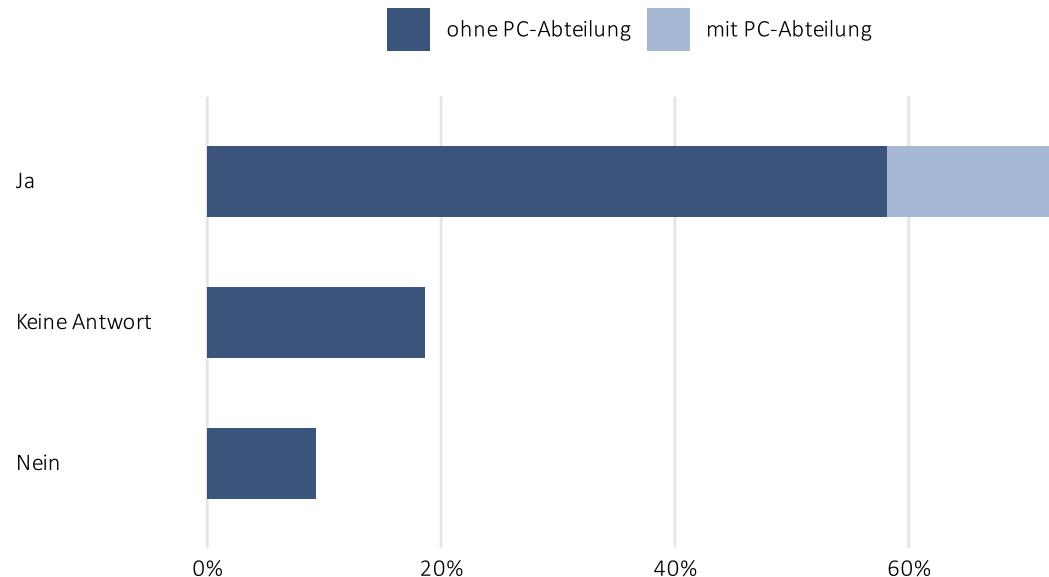
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Verfügt Ihr Pflegeheim über ein Konzept (Leitlinien) zu Palliative Care?



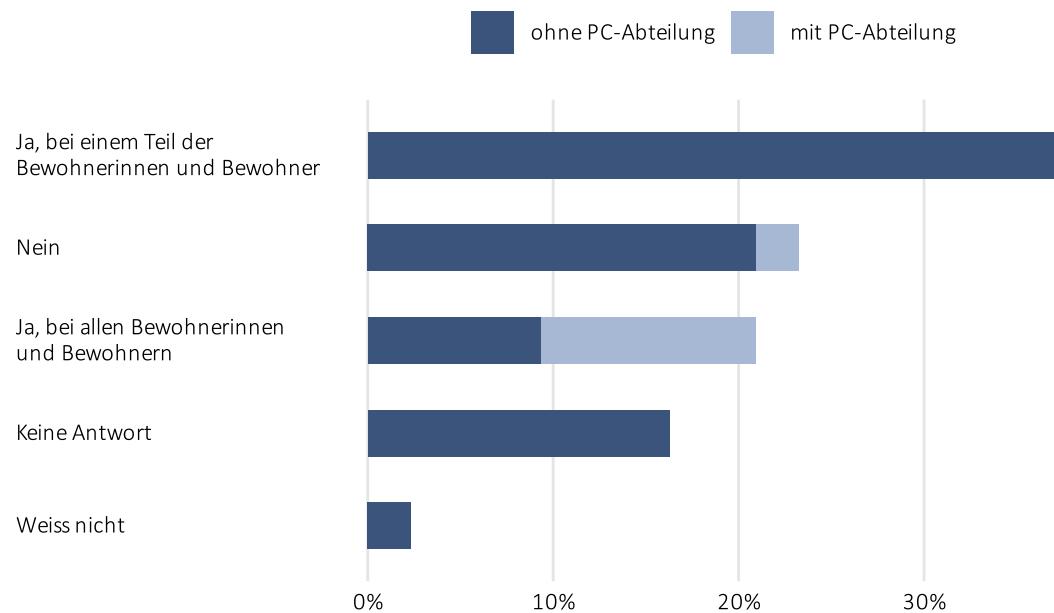
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Ist in Ihrem Pflegeheim eine Ressourcenperson vorhanden, die über vertiefte Kompetenzen im Bereich Palliative Care (Niveau B oder höher) verfügt?



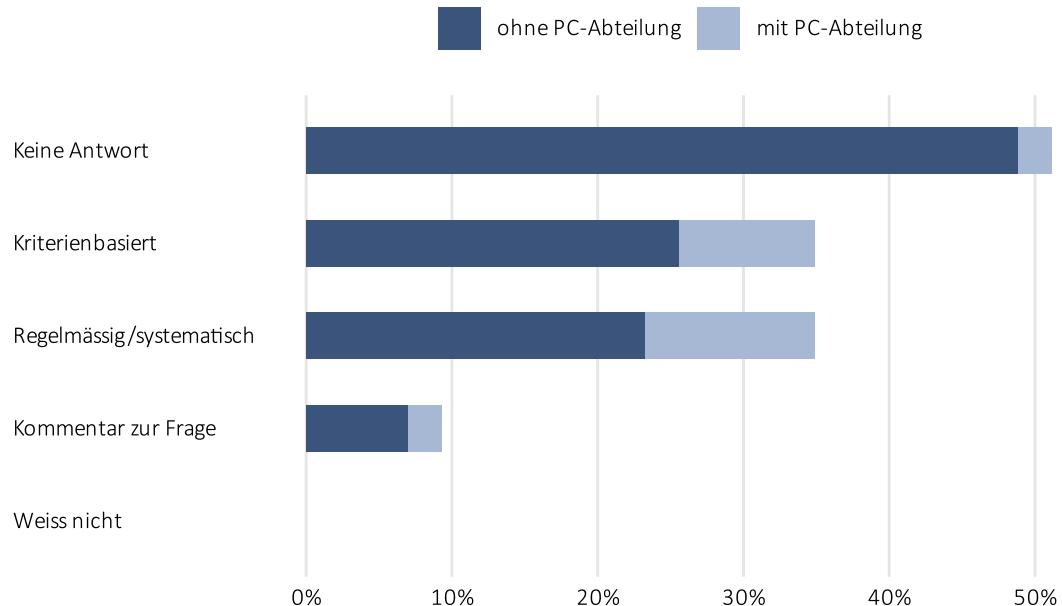
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Wird in Ihrem Pflegeheim standardmäßig ein Palliative-Care-Assessment durchgeführt?



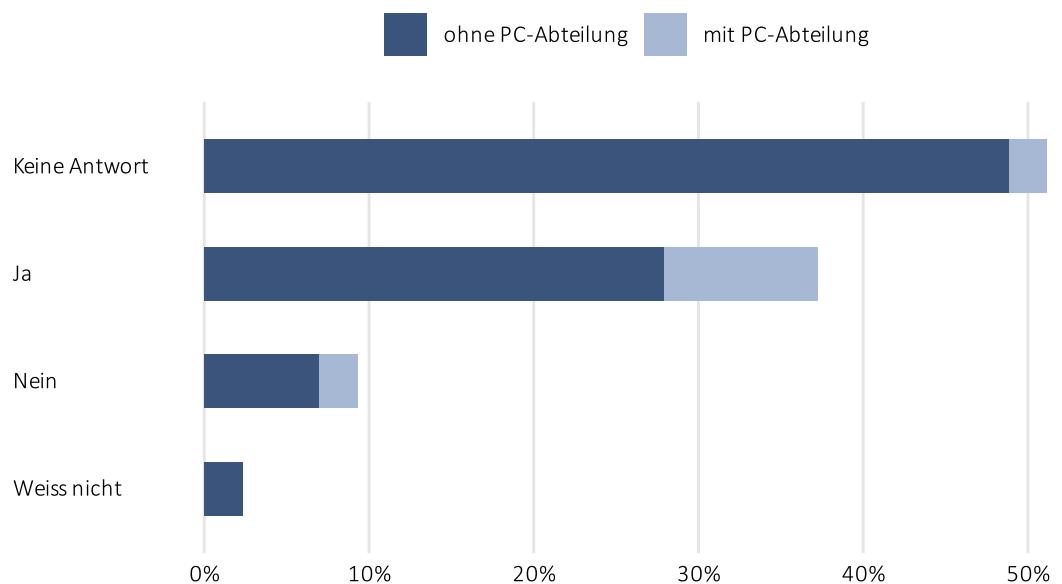
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Wann werden solche Assessments durchgeführt? (Mehrfachauswahl möglich)



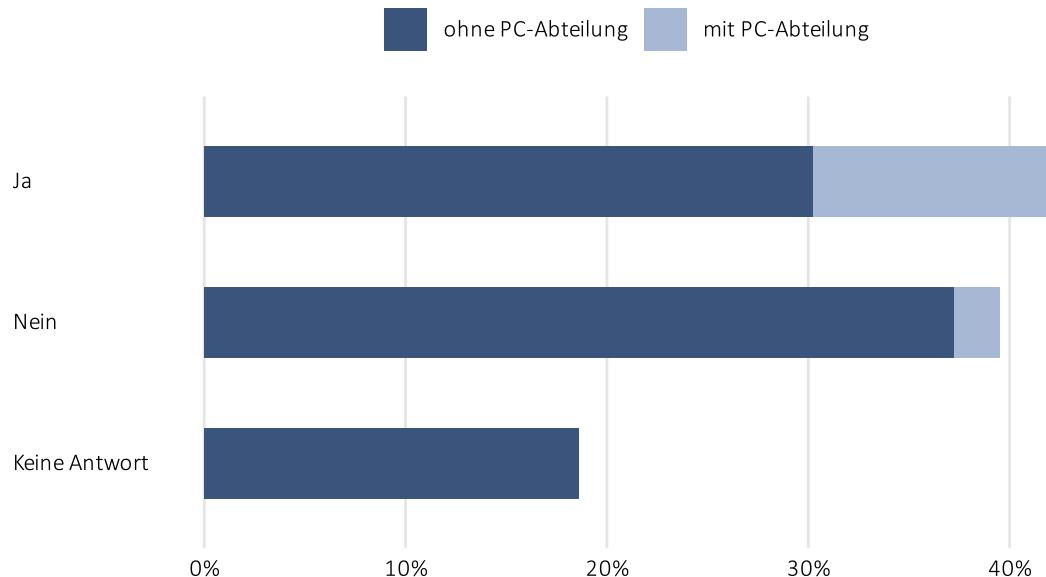
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Findet nach dem Assessment auch eine Überprüfung der Pflegebedarfsstufe (mit Pflegebedarfs-Ermittlungsinstrument) statt?



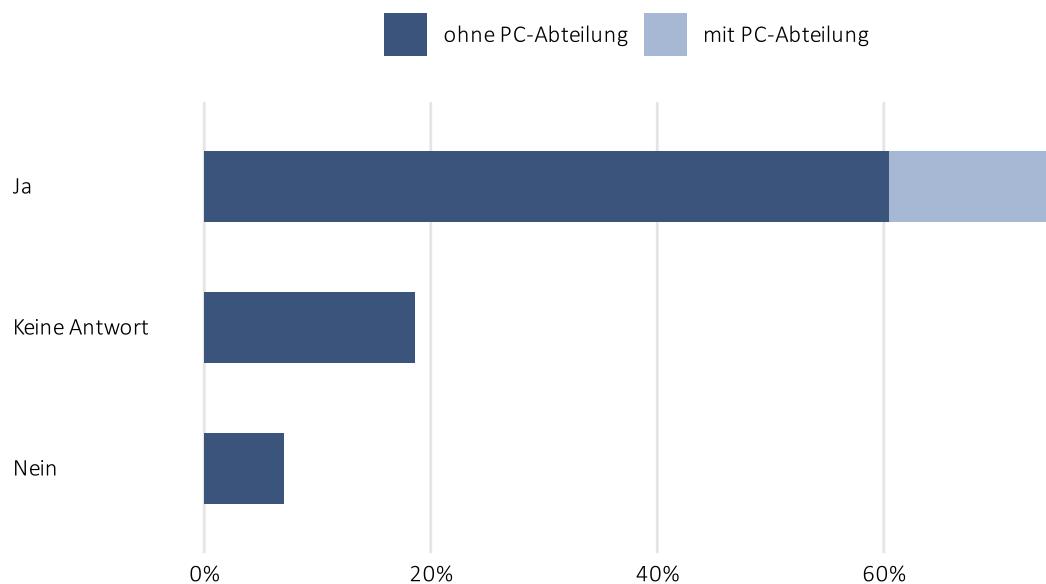
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Gibt es in Bezug auf Palliative Care ein Aus- und Weiterbildungskonzept für alle Mitarbeitenden?



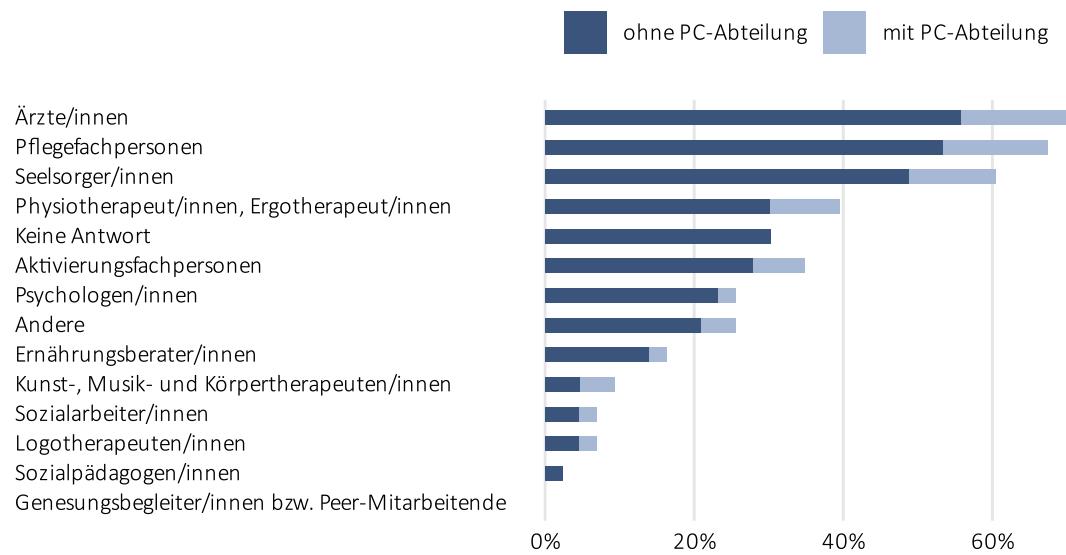
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Besteht bei Palliative-Care-Situationen eine geregelte interprofessionelle Zusammenarbeit, also eine Zusammenarbeit mit Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen?



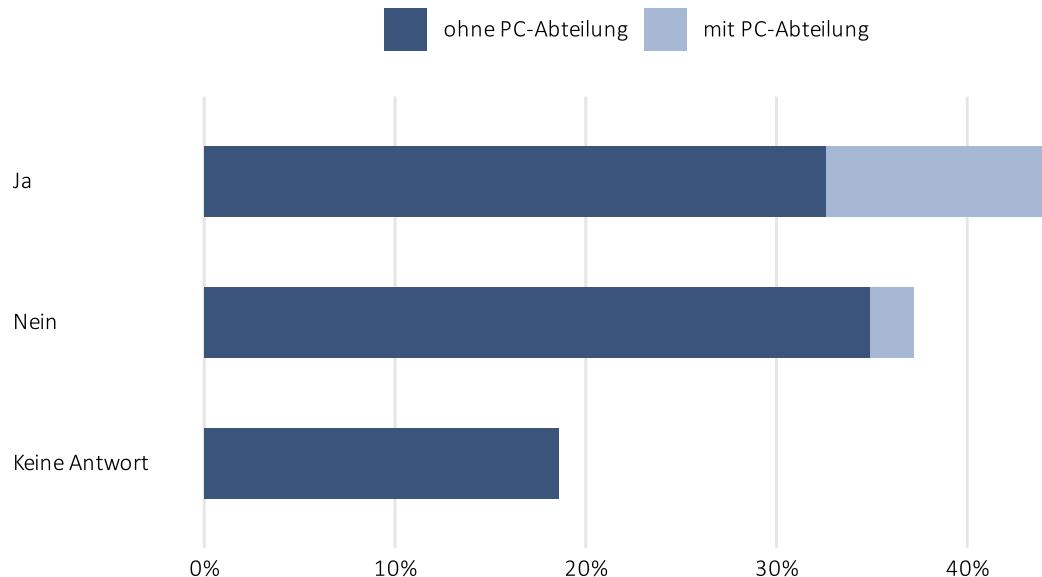
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Sie haben angegeben, dass in Ihrem Pflegeheim eine geregelte interprofessionelle Zusammenarbeit mit Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen besteht. Welche Fachperso sind dabei involviert? (Mehrfachauswahl möglich)



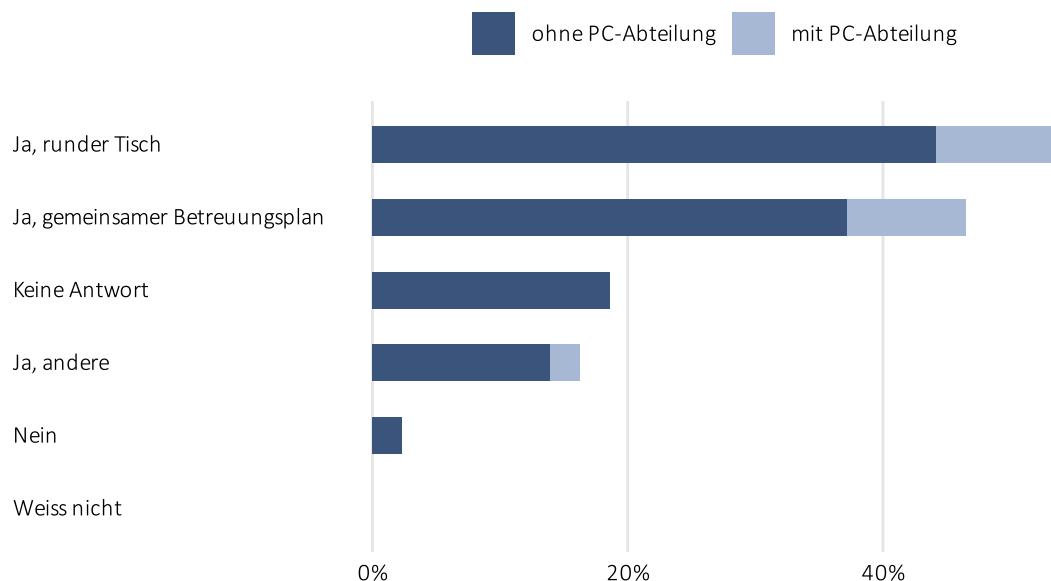
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Besteht bei Palliative-Care-Situationen eine geregelte Zusammenarbeit mit einem Freiwilligendienst?



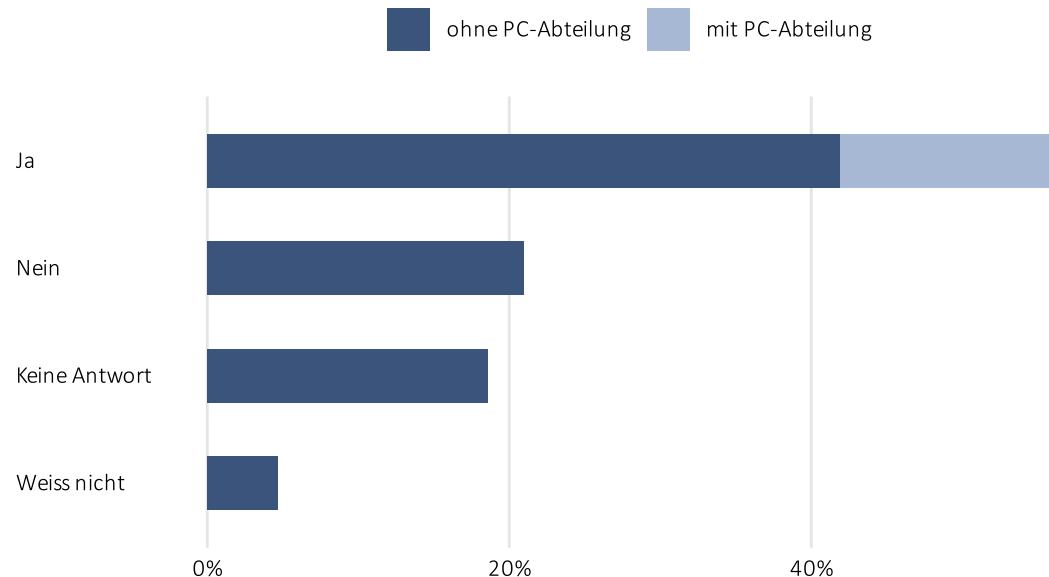
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Bestehen bei Palliative-Care-Situationen gemeinsame Gefässe für den Informationsaustausch und die interprofessionelle Entscheidungsfindung? (Mehrfachauswahl möglich)



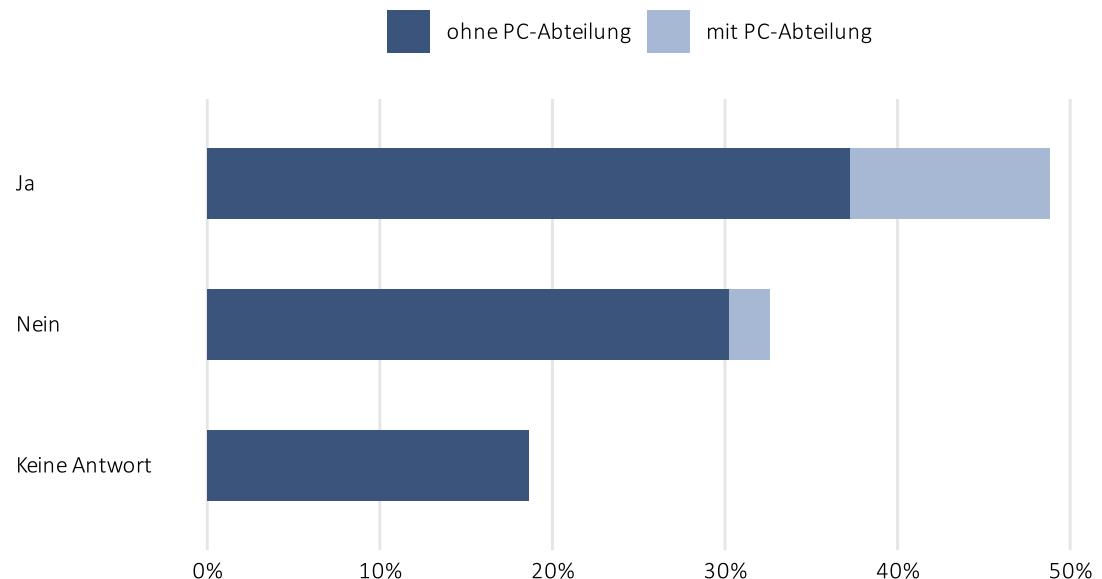
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Sind Sie selber Teil eines Netzwerks mit Hausärztin/Hausarzt, Freiwilligendiensten oder Ähnlichem?



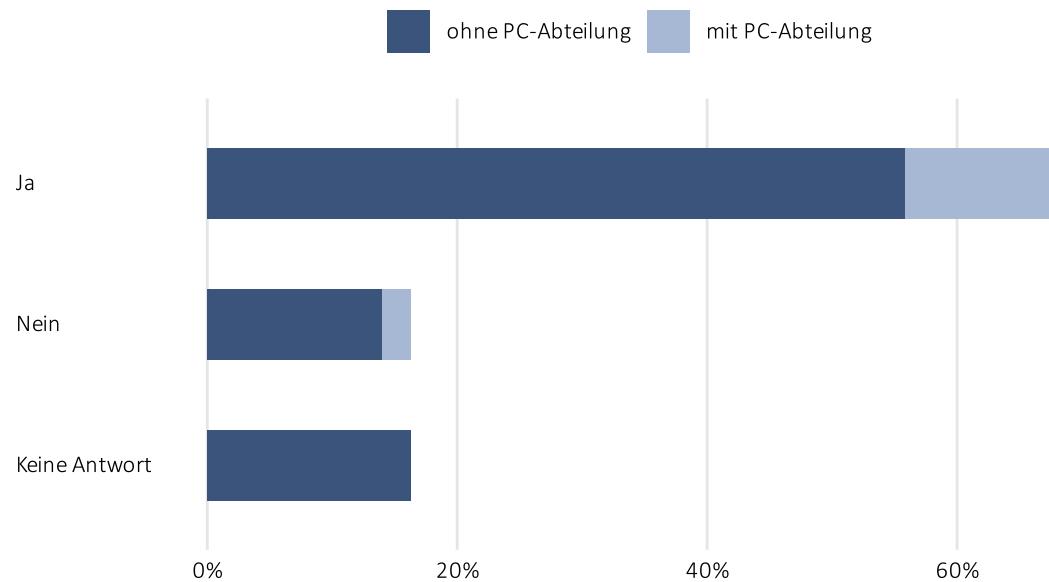
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Besteht eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit Anbietern von spezialisierter Palliativ Care (mobile Palliative-Care-Teams, Hospizstrukturen oder Palliativstationen/-kliniken)?



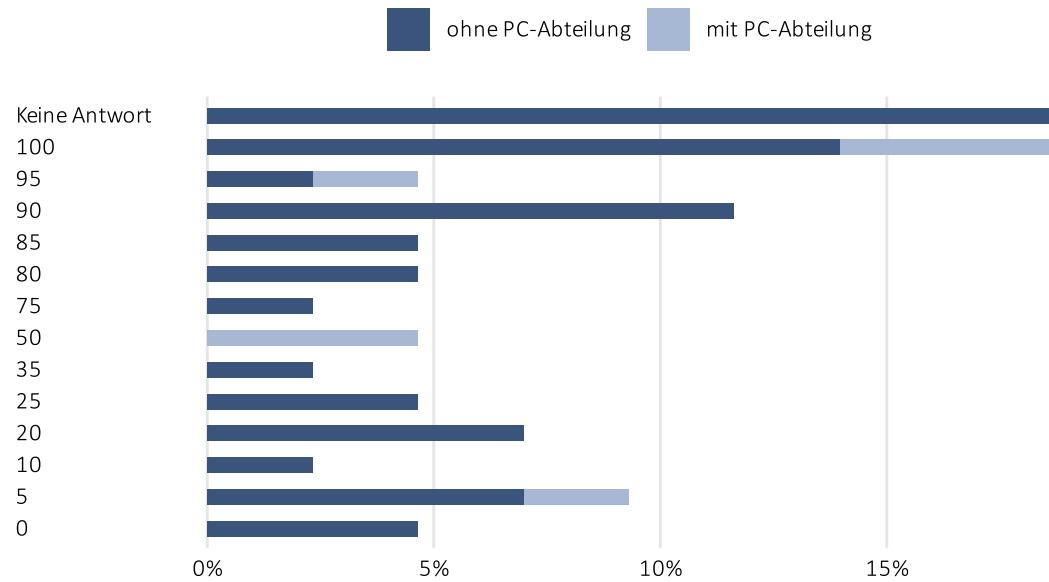
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Verfügt Ihr Pflegeheim über Angebote zur Unterstützung der Angehörigen (z. B. Nachtwachen, Freiwilligendienste, Übernachtungsmöglichkeiten, Trauercafés etc.)?



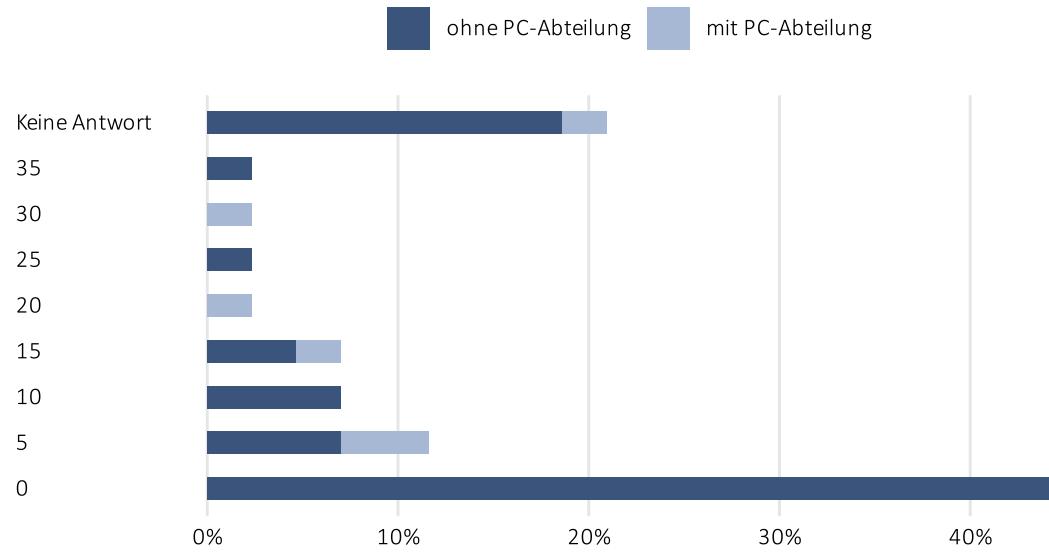
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Welcher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner erhält derzeit allgemeine Palliative-Care-Leistungen?



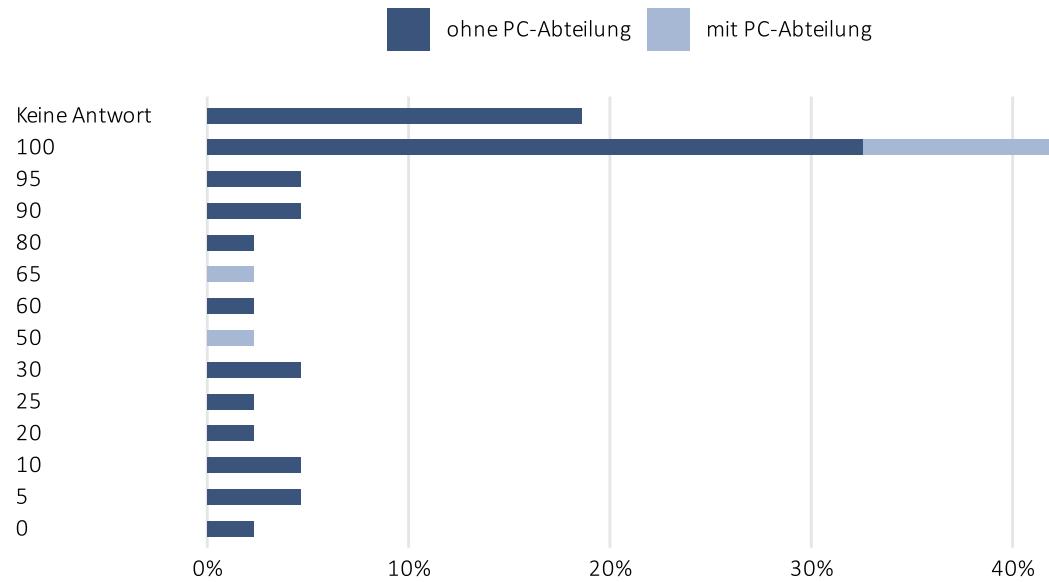
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Welcher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner erhält derzeit spezialisierte Palliative-Care-Leistungen (in der spezifischen Palliative-Care-Abteilung oder mit Einbezug eines mobilen Palliative-Care-Teams)?



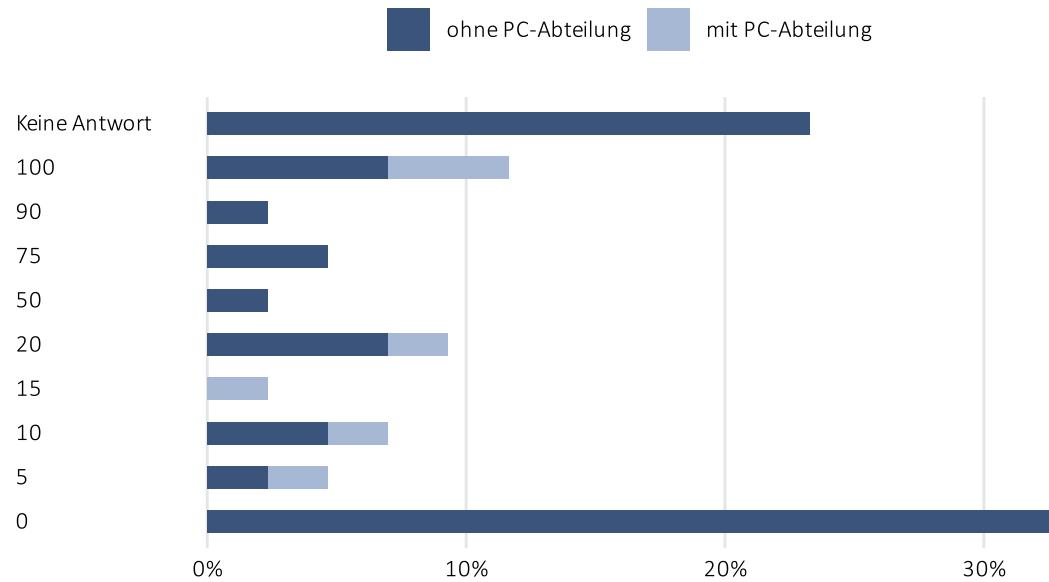
Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Denken Sie nur an die Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende. Welcher Anteil davon erhält allgemeine Palliative Care?



Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Bleiben Sie bei der Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende. Welcher Anteil davon erhält spezialisierte Palliative Care?



Quelle: 43 Beobachtungen; Pflegeheim-Umfrage Polynomics 2024.

Polynomics AG  
Baslerstrasse 44  
CH-4600 Olten

[www.polynomics.ch](http://www.polynomics.ch)  
[polynomics@polynomics.ch](mailto:polynomics@polynomics.ch)

Telefon +41 62 205 15 70