



Bern, 25. Juni 2025

Finanzierung der Palliative Care

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung der

Motion 20.4264 SGK-SR vom 19. Oktober 2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Zusammenfassung	3
1 Ausgangslage	6
1.1 Bisherige Aktivitäten des Bundes im Bereich Palliative Care	6
1.2 Bericht des Bundesrates zu Palliative Care (Po 18.3384).....	7
1.3 Vorgehen und Einbezug der Akteure.....	8
1.4 Inhalt und Gliederung des Berichts	8
2 Heutige Landschaft im Bereich Palliative Care.....	9
2.1 Allgemeine Kompetenzverteilung im Gesundheitsbereich	9
2.2 Definition und Aufgabe von Palliative Care in der Gesundheitsversorgung	10
2.3 Versorgungsstrukturen der Palliative Care.....	11
2.4 Leistungen der Palliative Care.....	13
2.5 Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen.....	13
3 Herausforderungen und Potenziale	18
3.1 Heterogenität	18
3.2 Datenverfügbarkeit und -qualität.....	18
3.3 Angebot und Bedarf	19
3.4 Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen.....	20
3.5 Kostenschätzung der aktuellen Versorgung mit Palliative Care sowie einer bedarfsgerechten Palliative-Care-Versorgung	25
3.6 Spezialfall Pädiatrische Palliative Care	26
4 Handlungsbedarf und Empfehlungen des Bundesrates	28
4.1 Bedarfsgerechtes Angebot	28
4.2 Sachgerechte Vergütung der stationären und ambulanten Leistungen im KVG- Geltungsbereich.....	29
4.3 Vergütung der Pflegeleistungen im KVG-Geltungsbereich.....	30
4.4 Sachgerechte Vergütung der Palliative-Care-Leistungen ausserhalb des KVG- Geltungsbereichs.....	31
4.5 Aus-, Weiter- und Fortbildung Gesundheitspersonal	31
Literaturverzeichnis	32
Anhang	34
Mitglieder der Begleitgruppen zu den Grundlagenarbeiten	34

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101)
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppe
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten)
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung; SR 832.112.31)
NFP 67	Nationales Forschungsprogramm 67 «Lebensende»
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCE	Palliative Care / End of Life
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung

Zusammenfassung

Die Motion 20.4264 «Angemessene Finanzierung der Palliative Care» der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit beauftragt den Bundesrat, eine gesetzliche Regelung vorzuschlagen, die den Zugang zu Palliative Care für alle Menschen in der Schweiz sicherstellt.

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohenden und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Die Behandlung wird vorausschauend geplant unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Ziel ist es, Leiden und Schmerzen zu lindern und den Betroffenen eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden Zunahme der Todesfälle, und angesichts der Verletzlichkeit der Menschen am Lebensende, bleiben die Fragen rund um die ärztliche und pflegerische Betreuung und Behandlung am Lebensende zentral. Auch bei Kindern dürfte aufgrund des aktuell noch sehr geringen Angebots der Bedarf an palliativen Leistungen das aktuelle Angebot übersteigen.

Für den Bundesrat ist Palliative Care ein wichtiges Thema. Zusammen mit den Kantonen fördert der Bund Palliative Care mittlerweile seit über 15 Jahren, um zur Erreichung des Ziels der Motion beizutragen. Im Rahmen einer nationalen Strategie wurden mit den Kantonen und dem nationalen Fachverband Palliative.ch von 2010 bis 2015 wesentliche definitorische und fachspezifische Grundlagen für die Schweiz erarbeitet. Der Bund ermöglicht mit der nationalen Plattform Palliative Care seit 2017 einen kontinuierlichen institutionalisierten Austausch mit den Akteuren. Bund, Kantone und weitere Akteure haben in den vergangenen Jahren zahlreiche Massnahmen zur Förderung der Palliative Care umgesetzt, darunter insbesondere die explizite Berücksichtigung der Koordinationsleistungen von Pflegefachpersonen in komplexen Pflegesituationen als Leistung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Bei den im Zusammenhang mit der Erfüllung der Motion durchgeführten Grundlagenarbeiten wurden die wesentlichen Akteure der Palliative Care einbezogen. Die Grundlagenarbeiten zeigen, dass die Datenlage in diesem Bereich zum Teil mangelhaft ist. Es bestehen gleichzeitig klare Hinweise, dass der Bedarf an Palliative Care in der Schweiz insgesamt nicht gedeckt ist, wobei das Angebot kantonal und regional unterschiedlich ist. Für das teilweise fehlende Angebot gibt es einerseits finanzielle Gründe, wie eine vermutlich nicht immer sachgerechte Vergütung der im Rahmen von Palliative Care erbrachten KVG-Leistungen und eine stark von privaten Mitteln abhängige Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG. Andererseits bestehen nicht-finanzielle Gründe, wie eine ungenügende Berücksichtigung von Palliative Care in der kantonalen Versorgungsplanung, unzureichende Kompetenzen und Kenntnisse von Gesundheitsfachpersonen im Bereich Palliative Care oder zu wenige Fachleute in der spezialisierten Palliative Care. Schliesslich trägt die gesellschaftliche oder kulturelle Tabuisierung des Themas Sterben und Tod dazu bei, dass Palliative Care noch zu wenig im Gesundheitswesen verankert ist.

Der Bereich Palliative Care ist von einer starken Heterogenität geprägt (breites Spektrum an Leistungen, unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungssettings, grosse Unterschiede in den individuellen Situationen der Patientinnen und Patienten, unterschiedliche Finanzierungsquellen und -modalitäten), die sich in erster Linie aus der grundlegenden Ausgestaltung des Schweizer Gesundheitssystems ergibt. Jegliche Finanzierungsregelung hat die in der Bundesverfassung festgelegten Kompetenzen zu berücksichtigen. Die Kompetenz des Bundes beschränkt sich grundsätzlich auf die Regelung der Kranken- und Unfallversicherung; ihr Geltungsbereich umfasst nur einen Teil der Leistungen der Palliative Care. Gleichzeitig sind die Kantone dafür zuständig, die Versorgung ihrer Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen (und damit auch mit Palliative Care) sicherzustellen.

Finanzierung der Palliative Care

Eine wesentliche Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung ist die Sicherstellung der Finanzierung. Die Palliative-Care-Leistungen werden – entlang der verfassungsrechtlichen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen – unterschiedlich vergütet und finanziert, insbesondere abhängig davon, ob sie in den Geltungsbereich des KVG fallen oder nicht. Aus Sicht des Bundesrates sollten deshalb in erster Linie die bestehenden Probleme bei der Finanzierung gezielt und differenziert angegangen werden.

Bei den Palliative-Care-Leistungen, die vom KVG gedeckt sind, gelten aktuell grundsätzlich drei verschiedene Finanzierungsregime (für den stationären Bereich, den ambulanten Bereich und die Pflegeleistungen):

- Im stationären Bereich wird die bestehende Tarifstruktur von der SwissDRG AG regelmässig aktualisiert und anhand der neuesten Daten weiterentwickelt; in diesem Rahmen ist die korrekte Abbildung von Palliativbehandlungen bereits Gegenstand intensiver Prüfungen. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass dieser bewährte Prozess der technischen Weiterentwicklung fortgesetzt werden sollte, um allfällige noch vorhandene Verbesserungspotenziale zu identifizieren und eine bestmögliche Abbildung von Palliativbehandlungen zu erreichen.
- Im ambulanten Bereich dürfte die Einführung der neuen Tarifstruktur TARDOC die Abbildung der ärztlichen palliativmedizinischen Behandlung verbessern. Gleichzeitig sollte im Rahmen der regelmässigen Weiterentwicklung der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Leistungen (inkl. ambulante Pauschalen) sowie im Rahmen der Aktualisierung der Tarifverträge für Leistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie etc.), ein besonderes Augenmerk auf eine sachgerechte Abbildung von Palliative-Care-Leistungen gerichtet werden.
- Bei den Pflegeleistungen gibt es Hinweise für ein grosses Verbesserungspotenzial. Obwohl die Daten in diesem Bereich zum Teil mangelhaft sind, liefern die Grundlagenarbeiten Hinweise, dass insbesondere die KVG-Pflegeleistungen, die im Rahmen der spezialisierten Palliative Care erbracht werden, nicht immer sachgerecht vergütet werden. Bei der Erbringung von Pflegeleistungen im Kontext von Palliative Care können Mehrkosten anfallen, die auch bei wirtschaftlicher Leistungserbringung nicht immer vollständig vergütet werden. Nicht alle kantonalen Restfinanzierungsregelungen tragen diesen möglichen Mehrkosten angemessene Rechnung.

Ausserdem übernimmt grundsätzlich die Invalidenversicherung medizinische Leistungen, die in direktem Konnex zu einem Geburtsgebrechen stehen, bis die Versicherten ihr 20. Altersjahr vollendet haben. Danach werden diese Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung (KVG) übernommen.

In der Volksabstimmung vom 24. November 2024 wurde die Änderung des KVG zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen angenommen. Diese Änderung umfasst die Einführung einer neuen Finanzierungsregelung für Pflegeleistungen ab 2032. Die Pflegeleistungen werden künftig auf der Grundlage von Tarifen vergütet, die zwischen den Tarifpartnern vereinbart werden. Die Vergütung wird von der OKP und den Kantonen gemäss den im KVG festgelegten Anteilen übernommen. Die einheitliche Finanzierung wird die bisherige, nicht einheitlich geregelte Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden ersetzen. Damit schafft sie eine Grundlage für eine sachgerechtere Vergütung der Pflegeleistungen und hat das Potenzial, die Finanzierung der KVG-Leistungen zu verbessern, die im Bereich Palliative Care erbracht werden.

Bis zur Einführung der einheitlichen Finanzierung sind im aktuellen Finanzierungsregime die Kantone gefordert, ihre Restfinanzierungsregelung so auszugestalten, dass die im Rahmen von Palliative Care erbrachten Pflegeleistungen sachgerecht vergütet werden. Parallel dazu und im Sinne einer Übergangsmassnahme bis zur Einführung einheitlich finanzierter Tarife für Pflegeleistungen ab 2032 sollte

Finanzierung der Palliative Care

für Pflegeleistungen, die im Rahmen der spezialisierten Palliative Care erbracht werden, eine Erhöhung des OKP-Beitrags gemäss Artikel 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung vorgesehen werden.

Eine wesentliche Voraussetzung zur Sicherstellung einer sachgerechten Vergütung ist die Transparenz zu Leistungen und deren Kosten. Bis zur Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG müssen deshalb insbesondere die Leistungserbringer, die nicht in der spitalstationären Palliative Care tätig sind, die notwendige Transparenz über die Leistungen und Kosten der Palliative Care herstellen, damit auf dieser Basis die Tarifpartner bei den ambulanten und stationären KVG-Leistungen und die Kantone bei den Pflegeleistungen eine sachgerechtere Vergütung sicherstellen können.

Gemäss dem Grundgedanken des KVG übernimmt die OKP nur die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen sowie die Kosten für Pflegeleistungen bei Krankheit. Eine ganzheitliche Versorgung mit Palliative Care beinhaltet jedoch Leistungen, die ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG liegen. Darunter fallen insbesondere der Aufenthalt und damit verbundene Hotellerieleistungen im Pflegeheim, im Hospiz oder in hospizähnlichen Strukturen. Die Kosten eines Aufenthalts in einer stationären Einrichtung werden von der OKP allerdings nur bei Spitalaufenthalten übernommen, und nur dann, wenn eine Spitalbedürftigkeit vorliegt. Ist dies nicht der Fall, müssen die entsprechenden Kosten für Aufenthalt und Hotellerie mit privaten Mitteln gedeckt oder von den Kantonen oder weiteren Sozialversicherungen getragen werden. Die Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG ist daher relativ stark von privaten Mitteln abhängig.

Im Gegensatz zum Bund, der nur die Finanzierung von Leistungen regeln kann, die im KVG-Leistungsumfang enthalten sind, haben die Kantone grundsätzlich die Möglichkeit, auch ausserhalb des KVG-Leistungsumfangs liegende Palliative-Care-Leistungen zu finanzieren. Der Bundesrat empfiehlt den Kantonen daher, zu prüfen, inwieweit solche Leistungen, die für eine ganzheitliche Palliative Care erforderlich sind, stärker durch die öffentliche Hand finanziert werden sollen. Einige Kantone haben bereits Massnahmen in diese Richtung ergriffen. Kantone, die bisher keine Massnahmen vorsehen, könnten sich daran orientieren.

Die gesamten Kostenfolgen eines Ausbaus des Palliativangebots sind schwierig abzuschätzen. Die vorhandenen Studien deuten grundsätzlich darauf hin, dass ein Ausbau der Palliative Care zu einem Kosteneinsparpotenzial im Gesundheitssystem führen kann, insbesondere, wenn dadurch medizinisch wenig oder nicht angemessene und teure Behandlungen am Lebensende verringert werden können. Notwendige Voraussetzungen zur Realisierung dieses Kosteneinsparpotenzials dürften insbesondere die Sensibilisierung der Bevölkerung und der Gesundheitsfachkräfte sowie systematische Anwendung von integrierten und interdisziplinären Behandlungspfaden sein.

Seit der Annahme der Motion 20.4264 hat sich die Ausgangslage verändert: mehrere Entwicklungen dürften zur Erreichung der Ziele der Motion bzw. zu einer sachgerechteren Vergütung der im Rahmen von Palliative Care erbrachten KVG-Leistungen beitragen, darunter insbesondere die einheitliche Finanzierung der Pflegeleistungen und die Einführung der neuen Tarifstruktur TARDOC. Der Bundesrat stellt gleichzeitig fest, dass Handlungsbedarf bei den Kantonen, den Leistungserbringern und im Rahmen der Tarifpartnerschaft auch bei den Krankenversicherern liegt.

1 Ausgangslage

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden Zunahme der Todesfälle insbesondere von alten, mehrfach erkrankten Menschen,¹ des ungleichen Zugangs der Versicherten zu Gesundheitsleistungen am Lebensende und der noch zu verbessernden Integration von Palliative-Care-Angeboten in die Gesundheitsversorgung hat der Bundesrat einen grundsätzlichen Verbesserungsbedarf bei der Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende festgestellt (vgl. Bundesrat 2020).

In der Folge hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR) am 19. Oktober 2020 die Motion 20.4264 «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care» eingereicht. Sie beauftragt den Bundesrat, die notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, um sicherzustellen, dass Menschen am Lebensende in allen Versorgungsbereichen eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung erhalten.

Eingereichter Text der Motion 20.4264 SGK-SR

Der Bundesrat wird beauftragt, die notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, damit eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung aller Menschen am Lebensende schweizweit gewährleistet ist, unter Berücksichtigung der allgemeinen und spezialisierten Angebote der Palliative Care in allen Versorgungsbereichen, ambulant, stationär sowie an Schnittstellen. Die Kantone sind in geeigneter Weise einzubeziehen.

In seiner Stellungnahme vom 25. November 2020 spricht sich der Bundesrat für eine Annahme der Motion aus und weist insbesondere darauf hin, für die geforderten gesetzlichen Grundlagen seien zusammen mit den relevanten Akteuren Fragen der Definition von Palliative-Care-Leistungen, der Tarifierung, Vergütung und Finanzierung zu klären. Gleichzeitig seien namentlich die im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) festgehaltenen Rollen, Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche der Akteure zu beachten. Deshalb stünden für die gesetzlichen Grundlagen und die Ergreifung der notwendigen Massnahmen nicht nur der Bundesrat, sondern auch die Kantone und die Tarifpartner in der Pflicht. Die Motion wurde am 15. Dezember 2020 vom Ständerat und am 16. Juni 2021 vom Nationalrat überwiesen.

1.1 Bisherige Aktivitäten des Bundes im Bereich Palliative Care

Seit 2008 engagiert sich der Bund für die Förderung der Palliative Care. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2015 und der Nationalen Plattform Palliative Care (seit 2017) gemeinsam mit den Kantonen, Palliative.ch und weiteren Akteuren zahlreiche Massnahmen umgesetzt. Die Versorgungsstrukturen in der Palliative Care sind erst im Laufe der Nationalen Strategie und der Plattform Palliative Care etabliert und ausgebaut worden. Beispielsweise gab es 2011 zwei Hospize und etwa vier Pflegeheime mit spezialisierten Palliative-Care-Abteilungen (wobei es keine national abgestützte Definition dieses Angebots gab). 2023 gab es 28 solche Versorgungsangebote (vgl. Ecoplan 2023). Diese Angebote waren und sind teilweise noch sehr heterogen, was die Grösse, das Behandlungs- und Betreuungsangebot oder die Personalausstattung angeht. Deshalb zielten die Arbeiten im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care in

¹ Die Anzahl der über 80-Jährigen dürfte sich bis 2050 in der Schweiz gegenüber 2020 mehr als verdoppeln und die Anzahl Todesfälle dürfte um knapp 50% zunehmen (vgl. BFS 2020).

Finanzierung der Palliative Care

einem ersten Schritt darauf ab, einheitliche und national konsolidierte Definitionen und Strukturkriterien der spezialisierten Palliative Care zu erarbeiten, auch als Grundlage für die Klärung der Finanzierung.²

Als eine der ersten Massnahmen der Nationalen Strategie Palliative Care hat eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des BAG im Jahr 2011 die Herausforderungen zusammen mit den Leistungserbringern analysiert und festgestellt, dass es bei den Pflegeleistungen eine Lücke bei den Koordinationsleistungen gab. Daraufhin wurde ein Antrag zur Ergänzung von Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) erarbeitet, mit dem neu explizit die Koordinationsleistungen von Pflegefachpersonen in komplexen Pflegesituationen in den Leistungsumfang aufgenommen wurden. Die Änderung wurde per Anfang 2012 in Kraft gesetzt.³ Eine zweite Arbeitsgruppe unter der Leitung von Palliative.ch und dem Verband der Schweizer Spitäler H+ unter Einbezug der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeitete einen Antrag an den Verwaltungsrat der SwissDRG AG bezüglich einer Tarifstruktur für stationäre Leistungen im Bereich der spezialisierten Palliative Care. Daraus resultierten spezifische diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) für die palliativmedizinische Komplexbehandlung.

In den vergangenen zehn Jahren wurden also im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care und der Plattform Palliative Care zahlreiche Massnahmen umgesetzt. Der Fokus lag auf Empfehlungen oder dem Erarbeiten und Bereitstellen von Wissensgrundlagen. In verschiedenen Bereichen konnten damit sichtbare Ergebnisse erzielt werden – so hat etwa die Bekanntheit von Palliative Care nachweislich zugenommen, die Angebote wurden ausgebaut, die Forschung wird stärker gefördert und die Aus-, Weiter- und Fortbildung hat sich verbessert. Es gibt jedoch in einigen Bereichen nach wie vor Lücken, die trotz der bisherigen Anstrengungen nicht geschlossen werden konnten. Grundsätzlich zeigt sich, dass die letzte Lebensphase, das Sterben und der Tod in der Gesundheitsversorgung einen geringen Stellenwert haben. Darüber wird wenig gesprochen und die Gesundheitsversorgung ist in erster Linie darauf ausgelegt, den Tod zu vermeiden oder hinauszuzögern.

1.2 Bericht des Bundesrates zu Palliative Care (Po 18.3384)

2017 erschien der Synthesebericht des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» (NFP 67, Leitungsgruppe NFP 67 2017). Als Haupteckstein aus den 33 Forschungsprojekten wurde festgehalten, dass Palliative Care in der Schweiz stärker zu etablieren ist. Als Folge davon reichte die SGK-SR 2018 das Postulat 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» ein. Es beauftragte den Bundesrat, zusammen mit den Kantonen und den betroffenen Organisationen und Fachpersonen einen Bericht mit Empfehlungen zu erarbeiten, um die Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende zu verbessern. Am 18. September 2020 verabschiedete der Bundesrat den Bericht zum Postulat 18.3384 (Bundesrat 2020).

Aus Sicht des Bundesrates ist es zwingend notwendig, dass Sterben und Tod als Bestandteile des Lebens und der Gesundheitsversorgung anerkannt sind. Dazu sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit sich alle Menschen frühzeitig mit ihrem Lebensende auseinandersetzen können. Patientinnen und Patienten, die sich in der letzten Lebensphase befinden, sollen eine Behandlung und Begleitung erhalten, die medizinisch sinnvoll ist und sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Person ausrichtet mit dem Ziel, die Lebensqualität bis zuletzt zu erhalten oder zu verbessern. Der Zugang zu Palliative Care soll für alle Menschen in der Schweiz ermöglicht werden. Der Bundesrat identifizierte vier Handlungsfelder mit entsprechenden Massnahmen, die von

² Vgl. Website des BAG [Spezialisierte Palliative Care](#)

³ RO 2011 6487. Vgl. Medienmitteilung [Änderungen bei Krankenkassenvergütung \(admin.ch\)](#)

Finanzierung der Palliative Care

Bund, Kantonen und weiteren Akteuren umgesetzt werden. Diese betreffen die verstärkte Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Lebensende – insbesondere auch die Stärkung der gesundheitlichen Vorausplanung im Gesundheitswesen – den verbesserten Zugang zu den Angeboten der Palliative Care, die Qualität der Versorgung und schliesslich die weitere Sicherstellung von Austausch und Vernetzung der relevanten nationalen Akteure über eine nationale Plattform Palliative Care.

1.3 Vorgehen und Einbezug der Akteure

Im Hinblick auf die Umsetzung der Motion 20.4264 SGK-SR hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) – ergänzend zu den bereits vorhandenen Grundlagen – Studien zu den beiden Themenbereichen Angebot und Bedarf sowie Kosten und Finanzierung erarbeiten lassen.

Die Studien mit Fokus auf **Angebot und Bedarf** beinhalten:

- eine Bestandsaufnahme des bestehenden Angebots (Ecoplan 2023);
- eine Abschätzung des aktuellen und zukünftigen Bedarfs an Palliative Care (Interface 2023a). Zusätzliche vertiefte Abklärungen des Palliative-Care-Bedarfs bei Kindern mittels empirischer Grundlagen und Einschätzungen von Expertinnen und Experten⁴ (Interface 2023b);
- einen Synthesebericht zu Angebot und Bedarf (Interface 2025).

Basierend auf diesen Grundlagen wurde eine Studie mit Fokus auf **Kosten und Finanzierung** erstellt (Polynomics 2024). In der Studie wurde analysiert, welche Leistungen in der Palliative Care erbracht werden und wie die Leistungen tarifiert, vergütet und finanziert werden.

Die Erarbeitung der Grundlagen wurde eng von den Akteuren der Palliative Care begleitet, insbesondere um die fachliche Korrektheit sicherzustellen (vgl. Liste der in den Begleitgruppen vertretenen Organisationen in Anhang). Die Ergebnisse der Grundlagenarbeiten wurden mit diesen Akteuren und der GDK diskutiert. Das BAG hat zudem die Stellungnahme der Allianz Palliative Care (vgl. Allianz Finanzierung Palliative Care 2023), die namentlich Forderungen zur Finanzierung beinhaltet, mit den Akteuren der Allianz besprochen.

1.4 Inhalt und Gliederung des Berichts

In Ziffer 2 wird die heutige Landschaft im Bereich Palliative Care dargestellt, darunter die Regulierungskompetenzen von Bund und Kantonen, die Versorgungsstrukturen, die Leistungen und die bestehenden Finanzierungsquellen und -modelle. Die Herausforderungen und Potenziale im Bereich Palliative Care, die sich unter anderem auch aufgrund der Grundlagenarbeiten ergeben, werden in Ziffer 3 aufgezeigt. Ziffer 4 erläutert den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf und die Empfehlungen des Bundesrates. Im Anhang des Berichts sind weiterführende Informationen zu finden.

⁴ Vgl. Liste der konsultierten Expertinnen und Experten im Anhang von Interface (2023b).

2 Heutige Landschaft im Bereich Palliative Care

2.1 Allgemeine Kompetenzverteilung im Gesundheitsbereich

Gemäss dem Subsidiaritätsgedanke ist der Bund nur dann in einem Bereich zuständig, wenn die Bundesverfassung ihm die entsprechenden Kompetenzen zuweist (Art. 3 i. V. m. Art. 42 Abs. 1 Bundesverfassung; BV; SR 101). Aufgaben, die nicht ausdrücklich dem Bund zugewiesen sind, fallen in die Zuständigkeit der Kantone. Grundsätzlich sollen nur diejenigen Aufgaben vom Bund übernommen werden, welche die Kraft der Kantone übersteigen oder einer einheitlichen Regelung durch den Bund bedürfen (vgl. Art. 43a Abs. 1 BV).

Kompetenzen des Bundes

Im Bereich Gesundheit erteilt die Bundesverfassung dem Bund die Kompetenz, Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung zu erlassen (Art. 117 BV). Das KVG regelt die soziale Krankenversicherung, deren Zweck die finanzielle Absicherung der Schweizer Bevölkerung im Krankheitsfall ist. Sie umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und eine freiwillige Taggeldversicherung (Art. 1a Abs. 1 KVG). Zudem regelt das KVG weitere Bereiche des Gesundheitswesens, die in seinen Artikeln explizit genannt werden. Das KVG ist ein Spezialgesetz, das den Bereich regelt, für den es vorgesehen wurde. Es ist kein allgemeines Gesetz für den gesamten Gesundheitsbereich. Es enthält insbesondere Regeln zur Festlegung der KVG-Leistungen – also der Leistungen, die von der OKP übernommen werden –, Grundsätze zur Vergütung und Finanzierung dieser Leistungen sowie die Grundsätze zur Zulassung von Leistungserbringern, die solche Leistungen zulasten der OKP abrechnen dürfen.

- Die KVG-Leistungen umfassen hauptsächlich Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG; allgemeine Leistungen bei Krankheit), sowie Pflegeleistungen bei Krankheit, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden (Art. 25a KVG). Der Bundesrat bezeichnet in diesem Rahmen die Modalitäten der Anordnung von Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a Abs. 3 KVG) und regelt das Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 25a Abs. 3^{quater} KVG). Zudem ist er dafür zuständig, die nicht von Ärztinnen und Ärzten oder von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren erbrachten allgemeinen Leistungen bei Krankheit näher zu bezeichnen (Art. 33 Abs. 2 KVG).⁵
- Die für die Vergütung massgebenden Tarife werden grundsätzlich in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (Tarifvertrag, Art. 43 Abs. 4 KVG). Der Bundesrat ist für die Genehmigung der Tarifverträge zuständig, wenn diese in der ganzen Schweiz gelten sollen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Er kann Anpassungen an den Tarifstrukturen vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweisen und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5^{bis} [ambulanter Bereich] und 49 Abs. 2 KVG [stationärer Bereich]). Für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen, Spitalbehandlungen und – mit der einheitlichen Finanzierung – künftig auch für Pflegeleistungen⁶ sind die Tariforganisationen zuständig (Art. 47a und 49 Abs. 2 KVG). Ferner obliegt es dem Bundesrat, die Beiträge der OKP für Pflegeleistungen bei Krankheit differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken festzusetzen (Art. 25a Abs. 4 KVG).
- Für Kindern mit einem Geburtsgebrechen regelt das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) die Voraussetzungen für die Kostenübernahme.

⁵ Er kann diese Aufgabe an das EDI oder das BAG delegieren, was in der Praxis der Fall ist.

⁶ Vgl. KVG-Änderung vom 22. Dezember 2023 (Einheitliche Finanzierung der Leistungen), [BBl 2024 31](#).

Kompetenzen der Kantone

Die Kantone sind für sämtliche Aufgaben zuständig, welche die Bundesverfassung nicht dem Bund zuweist. Namentlich sind sie für die Organisation des Gesundheitssystems und die Finanzierung der Leistungen ausserhalb des KVG-Geltungsbereichs zuständig.

Das KVG überträgt den Kantonen gewisse spezifische Kompetenzen. Insbesondere regeln sie die Restfinanzierung der Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a Abs. 5 KVG) und entscheiden anhand ihrer Planungen über die Zulassung der Leistungserbringer im stationären Bereich (Art. 39 KVG). Mit dem künftigen Inkrafttreten der einheitlichen Finanzierung werden die Pflegeleistungen bei Krankheit ab 2032 gemäss einem fixen Verteilschlüssel gemeinsam durch die OKP und die Kantone finanziert.

2.2 Definition und Aufgabe von Palliative Care in der Gesundheitsversorgung

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohenden und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Die Behandlung wird vorausschauend geplant unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Ziel ist es, Leiden und Schmerzen zu lindern und den Betroffenen eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode zu gewährleisten. Auch die Angehörigen der Patientinnen und Patienten werden in einem palliativen Verständnis mitunterstützt. Palliative Care umfasst deshalb neben medizinischen Behandlungen, pflegerischen Interventionen auch die psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung. Kurative und palliative Elemente kommen während des gesamten Krankheitsverlaufs ergänzend zum Einsatz (BAG / GDK 2014: 8).

Die letzte Lebensphase kann, je nach Verlauf einer unheilbaren Krankheit, Jahre oder wenige Monate dauern.⁷ So können ein stabiler Krankheitsverlauf mit kurzer Sterbephase (vor allem bei Krebserkrankungen), ein Krankheitsverlauf mit akuten Phasen der Verschlechterung und nachfolgender Stabilisierung (vor allem bei Lungen- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD⁸), oder ein Krankheitsverlauf mit kontinuierlicher, langsamer Verschlechterung (vor allem bei Demenz und Gebrechlichkeit) erfolgen. Vor allem bei Patientinnen und Patienten mit Krankheitsverläufen der zweiten oder dritten Art ist es schwierig, eine Prognose zum Lebensende zu stellen. Es gibt daher meistens keinen eindeutig feststellbaren Zeitpunkt, wann die letzte Lebensphase beginnt (Bundesrat 2020).

In Anlehnung an internationale Standards wird zwischen allgemeiner und der spezialisierter Palliative Care unterschieden (vgl. Radbruch / Payne 2011):

- Bei der **allgemeinen Palliative Care** stehen Patientinnen und Patienten im Fokus, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. Aufgrund der demografischen Entwicklung handelt es sich dabei heute mehrheitlich um (hoch-)betagte Menschen, die zu Hause oder in einem Pflegeheim leben.
- Die Angebote der **spezialisierten Palliative Care** richten sich an Patientinnen und Patienten, die eine instabile Krankheitssituation aufweisen und eine komplexe Behandlung und/oder die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen oder bei deren Angehörigen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird.

Rund 70 Prozent aller Menschen sterben nicht plötzlich und unerwartet. Den meisten Todesfällen geht eine mehr oder weniger lange Phase der Krankheit oder der zunehmenden Gebrechlichkeit voraus

⁷ Murray et al. (2005): Illness trajectories and palliative care.

⁸ chronic obstructive pulmonary disease, chronisch obstruktive Lungenerkrankung

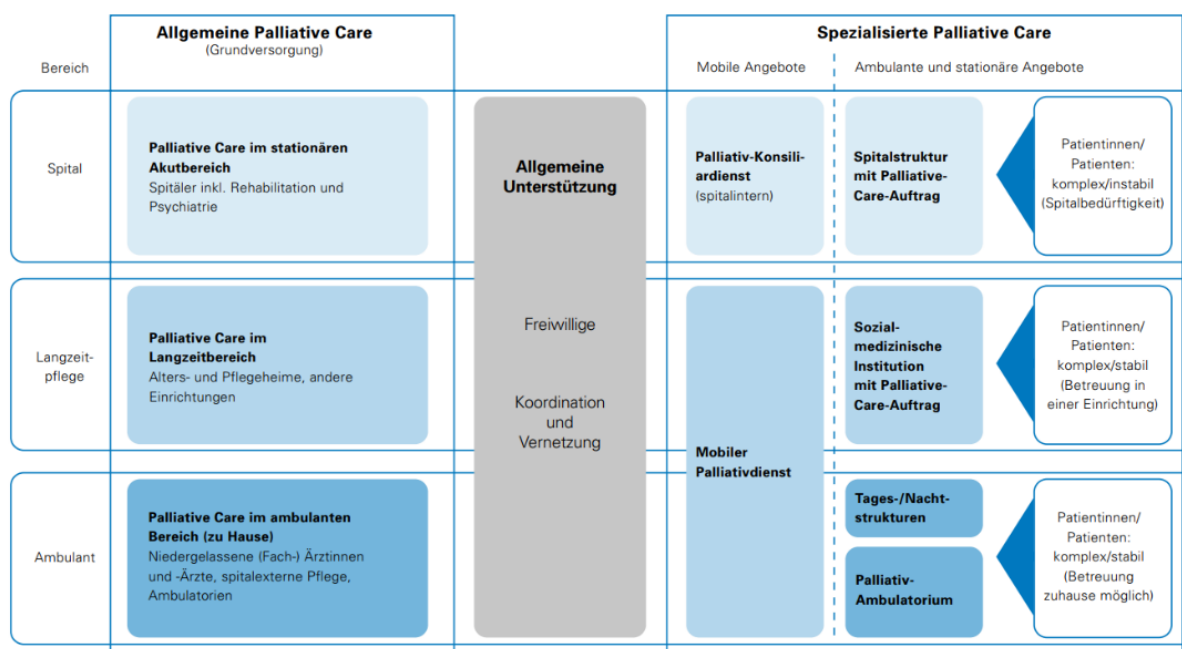
Finanzierung der Palliative Care

(Bosshard et al. 2016; Studie im Rahmen des NFP 67). Das bedeutet, dass viele Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen die Möglichkeit haben, ihre verbleibende Lebenszeit gemäss den persönlichen Vorstellungen zu gestalten, sich auf den Tod vorzubereiten und Abschied zu nehmen. Damit die Betroffenen diese Selbstbestimmung über Leben und Sterben wahrnehmen können, sie als Ausdruck von Freiheit und nicht als Überforderung erleben, kommt den behandelnden Fachpersonen eine wichtige Rolle zu (Rüegger / Kunz 2018). Sie stehen in der Verantwortung, Patientinnen, Patienten und Angehörige zu befähigen, damit sie selbstbestimmte und wohlinformierte Entscheidungen treffen können. Voraussetzung dafür ist eine Haltung, die «die Grenzen der Medizin anzuerkennen und sich dem Sterben des Patienten – und auch dem häufig anklingenden Gefühl der Hilflosigkeit – zu stellen.⁹

2.3 Versorgungsstrukturen der Palliative Care

Die Leistungen der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in verschiedenen Versorgungssettings erbracht.

Abbildung 1: Übersicht Versorgung Palliative Care



Quelle: BAG, GDK und Palliative.ch (2014b): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz

Allgemeine Palliative Care

Leistungen der allgemeinen Palliative Care werden grösstenteils im Rahmen der *Grundversorgung* erbracht, d. h. von Hausärztinnen und Hausärzten, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex), Alters- und Pflegeheimen, Institutionen für Menschen mit Behinderungen und von Spitälern. Um Leistungen der allgemeinen Palliative Care erbringen zu können, müssen die Leistungserbringer auf das Thema Palliative Care sensibilisiert sein und über das nötige Grundlagenwissen verfügen.

⁹ Website der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu [Palliative Care](#)

Spezialisierte Palliative Care

Leistungen der spezialisierten Palliative Care werden von spezialisierten Leistungserbringern erbracht, sowohl in ambulanten wie auch in stationären Versorgungssettings.

- **Mobile Palliativdienste** unterstützen primär die Grundversorger. Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf (instabile Krankheitssituation, komplexe Behandlung) an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort (Akutspital, Pflegeheim, zu Hause etc.) punktuell spezialisierte Palliative Care in Anspruch nehmen können. Mobile Palliativdienste bestehen zumeist aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen mit einer Spezialisierung in Palliative Care. Unterschieden wird insbesondere zwischen Erstlinien-Palliativdiensten, die ärztliche und pflegerische Leistungen erbringen, und Zweitlinien-Palliativdiensten, die mehrheitlich konsiliarisch tätig sind, d. h. die Leistungserbringer der Grundversorgung beraten. Die einzelnen Dienste sind hinsichtlich Grösse, Einzugsgebiet, angebotenen Leistungen, Organisationsform und personeller Zusammensetzung heterogen.

Angebote im stationären Bereich richten sich an Patientinnen und Patienten, welche dauerhaft auf spezialisierte Palliative Care angewiesen sind. Dabei werden zwei Arten von (grundsätzlich komplementären) Institutionen unterschieden:

- **Spitalstrukturen mit spezialisiertem Palliative-Care-Angebot** behandeln Patientinnen und Patienten, die sich in einer instabilen Krankheitssituation befinden und/oder eine komplexe Behandlung benötigen. Ausschlaggebend für die Versorgung im Spital ist die Spitalbedürftigkeit. Ziel ist meistens, dass die Krankheitssituation stabilisiert werden kann und die Patientinnen und Patienten anschliessend entlassen werden können, wobei ein Teil der Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase in einer spezialisierten Palliativabteilung im Spital verbleibt. Innerhalb der Spitalstrukturen sind teilweise **spitalinterne Konsiliardienste** tätig. Dies beraten und unterstützen primär das betreuende ärztliche und pflegerische Personal auf den verschiedenen Spitalabteilungen. Innerhalb oder in Verbund mit Akutspitalern gibt es ausserdem **Palliativambulatorien**, sie werden in der Regel im Kontext einer spezialisierten Palliativstruktur (Palliativstation oder -klinik) angeboten (vgl. Ecoplan 2023: 28).
- **Sozialmedizinische Institutionen mit spezialisiertem Palliative-Care-Angebot (Hospizstrukturen)** behandeln Patientinnen und Patienten mit einer mehrheitlich stabilen Krankheitssituation, die eine komplexe Behandlung benötigen oder deren persönliches Betreuungsnetz an seine Belastungsgrenze stösst. Eine Entlassung wird nicht angestrebt, d. h. die meisten dieser Patientinnen und Patienten sterben in der Institution. Die Leistungen werden von eigenständigen Institutionen (Hospizen) und Pflegeheimen mit einer spezialisierten Palliative-Care-Abteilung erbracht. Bislang gibt keine national einheitlichen Kriterien, weshalb die Hospizstrukturen sehr unterschiedlich ausgestaltet sind.

Die verschiedenen Angebote richten sich somit grundsätzlich an Patientinnen und Patienten mit einem unterschiedlichen Bedarf an Palliative Care. Sie sollten gleichzeitig nicht isoliert betrachtet werden. Die jeweilige Versorgung hängt auch vom bestehenden Angebot ab (vgl. Ziffer 3.3). Ist beispielsweise kein mobiler Palliativdienst verfügbar, sind die Patientinnen und Patienten stärker auf ein stationäres spezialisiertes Angebot angewiesen. Im Krankheitsverlauf können erkrankte Personen sowohl mehrfach Bedarf an gleichen Versorgungsstrukturen als auch Bedarf an mehreren unterschiedlichen Versorgungsstrukturen haben. Dies trifft insbesondere bei Kindern häufig zu (vgl. Interface 2023b).

2.4 Leistungen der Palliative Care

Das Vorgehen in der Palliative Care lässt sich in vier Hauptbereiche gliedern: Symptom-Management, Entscheidungsfindung, Netzwerkorganisation und Support für das Umfeld (vgl. BAG et al. 2014a: 12). Die Leistungen werden von Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialwesens erbracht und können in zehn Bereiche unterteilt werden:

- Pflegeleistungen
- Ärztliche palliativmedizinische Leistungen
- Psychologische und medizinisch-therapeutische Leistungen (Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Logopädie etc.)
- Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände (MiGeL)
- Leistungen der Sozialberatung, Seelsorge für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige
- Case Management (Beratung, Koordination, Vernetzung)
- Konsiliarische Leistungen für Fachpersonen
- Weg- und Transportkosten
- Nachtdienst (24-Stunden-Rufbereitschaft)
- Pensionsleistungen (Hotellerie)

Bei der Versorgung mit Palliative Care ist oft ein hohes Ausmass an Koordination und vorausschauender Planung in multiprofessionellen Teams innerhalb eines Versorgungssettings sowie zwischen verschiedenen Versorgungssettings notwendig. In der Grundversorgung kann die Beratung durch auf Palliative Care spezialisierte Leistungserbringer wichtig sein.

2.5 Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen

Wie in Ziffer 2.4 aufgezeigt, umfasst Palliative Care verschiedene Leistungen. Diese Leistungen werden unterschiedlich finanziert, insbesondere abhängig davon, ob sie in den Geltungsbereich des KVG fallen oder nicht. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Finanzierungsregimes näher umschrieben. Im Anschluss daran liefert Tabelle 1 eine bildliche Darstellung bzw. Zusammenfassung der Finanzierungsregimes der verschiedenen Palliative-Care-Leistungen.

2.5.1 Finanzierung von KVG-Leistungen

Wie in Ziffer 2.1 ausgeführt, übernimmt die OKP die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, und die Kosten für Pflegeleistungen bei Krankheit. Für die Palliative Care handelt es sich vor allem um folgende Leistungen: Pflegeleistungen, ärztliche Leistungen, Leistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie etc.), sowie die Übernahme von weiteren Leistungen (wie insbesondere von gelisteten Mitteln und Gegenständen und Arzneimitteln). Diese Leistungen können ambulant (insb. auch bei Hausbesuchen), in einem Pflegeheim oder stationär im Spital insbesondere von Ärzten oder Ärztinnen oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, durchgeführt werden (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie etc.).

Das KVG sieht keine spezifischen Finanzierungsregeln für die Leistungen der Palliative Care vor. Die Übernahme durch die OKP erfolgt daher nach den im KVG festgelegten allgemeinen Grundsätzen. Wie nachfolgend dargelegt wird, hängen die Finanzierungs- und Vergütungsmodalitäten dieser Leistungen von der Leistungsart und vom Leistungserbringer ab.

Finanzierung der Palliative Care

Stationäre Spitalleistungen

Bei stationären Spitalbehandlungen werden sämtliche KVG-Leistungen, einschliesslich des Aufenthalts gemäss den Regeln der Spitalfinanzierung finanziert. Die in der Akutsomatik erbrachten Leistungen werden grundsätzlich mit Fallpauschalen vergütet (gemäss Tarifstruktur SwissDRG). Die Vergütung wird von der OKP (zu maximal 45%) und den Kantonen (zu mindestens 55%; vgl. Art. 49a Abs. 2^{ter} KVG) übernommen.¹⁰ Die Abbildung palliativmedizinischer Fälle in der Tarifstruktur, die unter anderem der Fallgruppe DRG A97 «Palliativmedizinische Komplexbehandlung» zugeteilt werden, basiert auf ICD-Diagnosecodes und CHOP-Codes für spezifische Behandlungen.¹¹

Ambulante Leistungen

Leistungen, die von Ärztinnen und Ärzten sowie von Therapeutinnen und Therapeuten¹² auf ärztliche Anordnung ausserhalb einer stationären Spitalbehandlung erbracht werden (d. h. ambulant im Spital, in der Praxis, zu Hause oder im Pflegeheim), werden anhand von Tarifen vergütet und über die OKP finanziert. Die Tarifstruktur TARMED legt Einzelleistungstarife für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen fest, die ambulant in Arztpraxen oder Spitälern erbracht werden. Für ambulante Leistungen, die von anderen Berufsgruppen erbracht werden (z. B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten) gibt es weitere Tarife oder Tarifstrukturen.

Pflegeleistungen

Pflegeleistungen werden von der OKP grundsätzlich nach dem benötigten Zeitaufwand vergütet. Je nachdem, ob die Pflegeleistungen ambulant (durch Pflegefachpersonen oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause [Spitex]) oder in Pflegeheimen (einschliesslich Hospizstrukturen mit Pflegeheimstatus) erbracht werden, ist die Vergütung unterschiedlich:

- **Ambulant erbrachte** Pflegeleistungen (insbesondere zu Hause) werden nach Zeitaufwand vergütet. Die OKP finanziert einen Beitrag pro Stunde, dessen Höhe von der Leistungsart abhängt.¹³
- In **Pflegeheimen** entspricht der Beitrag der OKP einer Tagespauschale. Vorgesehen sind zwölf Stufen. Die anwendbare Stufe wird anhand des ermittelten Pflegebedarfs bestimmt und beträgt derzeit maximal 115.20 Franken (bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag), unabhängig von der Art der Pflegeleistung.¹⁴

Ein Teil der Kosten, die nicht von der OKP übernommen werden, kann auf die Patientinnen und Patienten überwält werden, allerdings in beschränktem Rahmen. Ihr Beitrag ist auf 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags begrenzt (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die Kantone können eine tiefere Patientenbeteiligung vorsehen.

Die OKP leistet nach den Vorgaben von Artikel 25a Absatz 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen. Die Restfinanzierung regeln die Kantone (Art. 25a Abs. 5 KVG). Sie wird von jedem Kanton individuell definiert und von den Kantonen und/oder ihren Gemeinden übernommen. Einige Kantone (oder deren Gemeinden) übernehmen die Restkosten der Pflegeleistungen vollständig oder vergüten einen

¹⁰ Die Versicherten leisten zudem einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital (zurzeit 15 Franken pro Tag, vgl. Art. 64 Abs. 5 KVG sowie Art. 104 Abs. 1 KVV).

¹¹ ICD: International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten); CHOP: Schweizerische Operationsklassifikation

¹² Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Neuropsychologie

¹³ Für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (gem. Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV) vergütet die OKP 76.90 Franken pro Stunde, für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (gem. Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) 63 Franken und für Massnahmen der Grundpflege (gem. Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV) 52.60 Franken (vgl. Art. 7a Abs. 1 KLV).

¹⁴ Art. 7a Abs. 3 KLV

Finanzierung der Palliative Care

Palliative-Care-Zuschlag. Viele Kantone legen die Höhe der Restfinanzierung basierend auf Normkosten oder Höchstgrenzen fest, die häufig auf den durchschnittlichen Pflegekosten aller Leistungserbringer (d. h. aller Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder aller Pflegeheime) basieren (Polynomics 2024: 52, 54).

2.5.2 Finanzierung von Nicht-KVG-Leistungen

Gemäss dem Grundgedanken des KVG übernimmt die OKP die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, sowie die Kosten für Pflegeleistungen bei Krankheit. Eine ganzheitliche Versorgung mit Palliative Care beinhaltet jedoch Leistungen, die ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG liegen. Dies betrifft einerseits Leistungen, die nach einem mehrdimensionalen Pflegeverständnis nicht nur auf körperliche, sondern auch auf psychosoziale, spirituelle und funktionale Bedürfnisse eingehen. Ebenfalls ausserhalb des Zweckbereichs der OKP liegen die Begleitung und Betreuung von Angehörigen, die Beratung und Weiterbildung von grundversorgenden Leistungserbringern durch spezialisierte Fachpersonen oder Teams sowie Vorhalteleistungen (wie eine Verfügbarkeit rund um die Uhr).

Die Frage des Aufenthalts ist in dieser Hinsicht in Anbetracht der damit verbundenen Kosten besonders bedeutsam. Denn der Aufenthalt (d. h. die damit einhergehenden Hotellerieleistungen) fällt unter das KVG, sofern er für die Erbringung von Leistungen notwendig ist, die gemäss Artikel 25 Absatz 1 KVG der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. In Anwendung dieses Grundsatzes hat die Rechtsprechung die Begriffe der «Spitalbedürftigkeit» und der «Pflegebedürftigkeit» entwickelt.¹⁵ Im ersten Fall kann die notwendige medizinische Behandlung nur im Rahmen eines Spitalaufenthalts (stationär) durchgeführt werden; die Hotellerieleistungen fallen dann ausnahmsweise in den Geltungsbereich des KVG. Im zweiten Fall steht nicht mehr die medizinische Behandlung im Vordergrund – eine solche Behandlung könnte durchaus auch ambulant erfolgen –, sondern vielmehr die Versorgung beispielsweise in Zusammenhang mit einer Verschlechterung des allgemeinen Zustands; die damit verbundenen Hotellerieleistungen stehen nicht mit der Diagnose oder der Behandlung der Krankheit im Zusammenhang und fallen daher nicht in den Geltungsbereich des KVG. Einzig der stationäre Spitalaufenthalt fällt somit unter das KVG, ein Aufenthalt im Pflegeheim, in einem Hospiz oder in analogen Strukturen hingegen nicht.

Für Leistungen, die nicht unter das KVG fallen, existieren unterschiedliche Finanzierungsquellen, darunter namentlich die Kantone sowie andere Sozialversicherungen, wie die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) mit den Ergänzungsleistungen, die Invalidenversicherung (IV) oder bei Personen, die keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben, die Sozialhilfe. Leistungen, die nicht

¹⁵ «Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d. h. unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Ziel ist die Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Behandlung, die sonst nicht durchführbar wäre, und zwar auch nicht mit den Mitteln der Krankenpflege zu Hause oder in einem Kurhaus» (Urteil des Bundesgerichts 9C_253/2020 vom 2. Juni 2020, E. 2.3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_413/2012 E. 4.2 m.w.H.).

Das Bundesverwaltungsgericht hat den Unterschied der Spitalbedürftigkeit zur Pflegebedürftigkeit weiter präzisiert: «Eine Akutspitalbedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn eine Gesundheitsstörung plötzlich auftritt, heftig verläuft und meist von kürzerer Dauer ist und die versicherte Person einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen oder pflegerischen Betreuung bedarf. [...] Eine Pflegebedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn die Gesundheitsstörung chronisch, also von langer Dauer und meist langsamer Entwicklung ist. Es handelt sich demgemäss um Dauerleiden, bei denen nicht die medizinische Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Eine allenfalls notwendige ärztliche Behandlung ist ambulant durchführbar, während die Pflege nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung ist, sondern dazu dient, die Folgen der Hilflosigkeit auszugleichen» (Urteil des BVGer C-2105/2022 vom 29. November 2023, E. 5.4.2).

Finanzierung der Palliative Care

durch eine Sozialversicherung oder die öffentliche Hand finanziert werden, müssen von den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen oder über andere private Mittel (z. B. Kirchen oder Hilfswerke) finanziert werden.

Der Anteil der privaten Finanzierung kann je nach Kanton variieren. Diesbezüglich sind im Bereich Palliative Care grössere Unterschiede festzustellen. Die Massnahmen der Kantone reichen von der Umsetzung einfacher Palliative-Care-Konzepte bis zur vollständigen Finanzierung von Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden (siehe Ziff. 3.4.3).

Finanzierung der Palliative Care

Tabelle 1: Finanzierungsregime im Bereich Palliative Care

	Leistungsbereich	zu Hause		Pflegeheim/ Hospizstruktur		Spital stationär
1	Pflegeleistungen					
2	Ärztliche Leistungen					
3	Leistungen mit ärztlicher Anordnung (Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie etc.)					
4	Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände					
5	Sozial-spirituelle Leistungen					
6a	Beratung	Pflege	Übrige LE	Pflege	Übrige LE	
6b	Koordination	Pflege	Übrige LE	Pflege	Übrige LE	
6c	Übertrittsplanung	–		–		
7	Konsiliarische Leistungen*	Ärztinnen und Ärzte*	Übrige LE			
8	Weg- und Transportkosten	Pflege	Übrige LE	–		–
9	Nachtdienst	Ärztinnen und Ärzte**	Übrige LE	Ärztinnen und Ärzte**	Übrige LE	
10	Aufenthalt	–				

Legende

Finanzierung ambulante Leistungen (OKP)	Finanzierung ausserhalb OKP
Spitalfinanzierung	Mehrere Finanzierungsregime
Pflegefinanzierung	LE = Leistungserbringer

Erläuterungen: 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 Invalidenversicherung (IV) finanziert. Quelle: Polynomics (2024: 43).

* Konsiliarische Leistungen von Ärztinnen und Ärzten sind grundsätzlich zeitlich limitiert. Konsiliarische Leistungen von weiteren Gesundheitsfachpersonen, die als Zweitlinienleistung erfolgen (z. B. Beratung von Mitarbeitenden einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause durch Pflegefachperson eines mobilen Palliativdienstes), werden in der Regel von der OKP nicht vergütet.

** Grundsätzlich vergütet die OKP nur effektiv erbrachte Leistungen

3 Herausforderungen und Potenziale

Aus den Studien, die das BAG im Rahmen der Grundlagenarbeiten zu Angebot und Bedarf sowie zu Kosten und Finanzierung von Palliative Care hat erarbeiten lassen (vgl. Ziffer 1.4), werden vorliegend die wesentlichen Herausforderungen und Potenziale im Hinblick auf die Umsetzung der Motion 20.4264 identifiziert.

3.1 Heterogenität

Aus der grundlegenden Ausgestaltung des Schweizer Gesundheitssystems ergibt sich eine grundsätzliche Heterogenität. Dies trifft auch auf den Bereich Palliative Care zu, insbesondere aus den nachfolgend aufgeführten Gründen (vgl. auch Polynomics 2024: 6):

- Grosse Unterschiede in den individuellen Situationen der Patienten und Patientinnen und dem sich daraus ergebenden Bedarf, je nach Art der Erkrankung, Alter, Symptome, Wohnort, Einbettung im sozialen Umfeld;
- Breites Spektrum an unterschiedlichen Leistungen: diese Leistungen lassen sich häufig nicht von anderen (nicht Palliative-Care-bezogenen) Leistungen abgrenzen (vgl. Polynomics 2024: 27);
- Unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungssettings: Palliative Care wird in verschiedenen Settings und von verschiedenen Akteuren angeboten (Spitäler, Hospizstrukturen, Pflegeheime und zu Hause). Die Heterogenität ist in Bezug auf die spezialisierten Palliative-Care-Strukturen in der Langzeitpflege und im ambulanten Bereich (mobile Palliative-Care Dienste) besonders ausgeprägt. Die einzelnen Angebote unterscheiden sich hinsichtlich Grösse, Einzugsgebiet, angebotenen Leistungen, Organisationsform und personeller Zusammensetzung. Für die sozialmedizinischen Institutionen mit spezialisiertem Palliative-Care-Angebot (Hospizstrukturen) gibt es bislang keine national einheitlichen Kriterien, weshalb die Hospizstrukturen sehr unterschiedlich ausgestaltet sind;
- Unterschiedliche Finanzierungsquellen und -modalitäten: das stationäre Spitalsetting ist das einzige, in welchem Palliative-Care-Leistungen überwiegend über ein einziges Finanzierungsregime vergütet werden (vgl. dazu insbesondere Tabelle 1 sowie Polynomics 2024: 42-43).

3.2 Datenverfügbarkeit und -qualität

Die Verfügbarkeit und Qualität der Daten zur Palliative Care variiert stark, zum Teil sind diese unvollständig oder ungenau (vgl. Polynomics 2024: 6). Für gewisse Leistungserbringer und Versorgungsbereiche liegen keine Daten vor. Die Studie von Polynomics erwähnt beispielsweise, dass zu den 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 keine Daten vorliegen und auch von den Expertinnen und Experten keine generellen Aussagen gemacht werden konnten. Auch für die pädiatrische Palliative Care konnten aufgrund fehlender Daten keine Kosten berechnet werden (vgl. Polynomics 2024: 31).

Palliative-Care-Leistungen werden integriert in den Behandlungsverlauf erbracht. Oft geht es eher um die Ausrichtung der Behandlung auf «Lebensverlängerung» (kurativ) oder «Lebensqualität» (palliativ), was eine Abgrenzung sehr schwierig macht. Für die allgemeine Palliative Care im Spital z. B. streuen die Fälle über das ganze System; es ist meist nicht klar, wo die kurative Behandlung aufhört und die palliative Behandlung beginnt (vgl. Polynomics 2024: 27).

Diesbezüglich zeigen die Grundlagenarbeiten, dass – abgesehen vom akutsomatischen Spitalbereich – die Transparenz über die Palliative-Care-Leistungen und deren Kosten noch stark verbesserungswürdig ist.

3.3 Angebot und Bedarf

Ein gesamtschweizerischer Vergleich des aktuellen Bedarfs mit dem bestehenden Angebot zeigt, dass die bestehenden Angebote den Bedarf an Palliative Care nicht vollständig abdecken können. In der allgemeinen Palliative Care ist die Unterversorgung am ausgeprägtesten bei der Versorgung zu Hause und im Pflegeheim. In der spezialisierten Palliative Care weist insbesondere die spezialisierte mobile Palliative Care und die stationäre spezialisierte palliative Langzeitpflege (Hospizstrukturen) einen Bedarf auf, der über dem Angebot liegt. Der Bedarf und das Angebot an Palliative Care sind in der Schweiz regional unterschiedlich. Entsprechend sind die Versorgungslücken bei den spezifischen Angeboten auf gesamtschweizerischer Ebene regional unterschiedlich ausgeprägt (Interface 2025; Polynomics 2024: 39, 54; Ecoplan 2023).

Im Spital hingegen dürfte die Versorgung mit spezialisierter Palliative Care bereits näher am Bedarf liegen.¹⁶ Wegen dem fehlenden Angebot in den weiteren Settings werden aber möglicherweise Fälle im Spital behandelt und folglich dazu gezahlt, die durch eine gute mobile Versorgung hätten vermieden oder in einer Hospizstruktur besser hätten behandelt werden können (Polynomics 2024: 38).

Das fehlende Angebot von Palliative Care in den Versorgungssettings zu Hause, Hospizstrukturen und Pflegeheim lässt sich teilweise durch Finanzierungsschwierigkeiten erklären (vgl. hierzu nachfolgende Ziffer 3.4). Daneben dürften insbesondere folgende Gründe dazu beitragen, dass das vorhandene Angebot den aktuellen Bedarf an Palliative Care nicht decken kann (vgl. Polynomics 2024: 56):

- *Mangel an Fachpersonal:* Es besteht ein Mangel an spezifisch in Palliative Care ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und anderen Leistungserbringern, was insbesondere in ländlichen Gebieten die Versorgungskapazitäten beschränkt.
- *Unzureichende Ausbildung:* Viele Gesundheitsfachpersonen erhalten in ihrer Grundausbildung nur begrenzte Schulung zu Palliative Care, weshalb nicht alle Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen in der Lage sind, den Bedarf rechtzeitig zu erkennen und eine adäquate palliative Versorgung sicherzustellen.
- *Kulturelle und gesellschaftliche Barrieren:* Eine gewisse Tabuisierung des Todes kann dazu führen, dass Patientinnen, Patienten und Angehörige zögern, eine palliative Betreuung in Anspruch zu nehmen. Falls sie palliative Betreuung in Betracht ziehen, so sind auch Fachpersonen häufig nicht in der Lage, im Hinblick auf das nahende Lebensende kurative Therapien zu reduzieren, ihre Patientinnen und Patienten über palliative Betreuungsmöglichkeiten zu informieren und diese zu initiieren.
- *Zugangsbarrieren:* Nicht alle Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen kennen die Möglichkeit einer palliativen Versorgung oder werden darüber nicht informiert. Komplexe bürokratische Prozesse können ebenfalls Hürden darstellen.

Ein Abbau dieser Hindernisse, insbesondere eine Stärkung der Kenntnisse der in der Grundversorgung tätigen Gesundheitsfachpersonen, dürfte die Versorgungssituation mit Palliative Care verbessern.

¹⁶ Inwieweit das Angebot den Bedarf effektiv deckt, ist nicht abschliessend klar. Aus Sicht der Kantone ist der Bedarf weitgehend gedeckt, gleichzeitig schätzt nur eine Minderheit der kantonalen Sektionen von Palliative.ch den Bedarf als gedeckt ein (Interface 2025: 10).

Finanzierung der Palliative Care

Gemäss Schätzungen wird bis im Jahr 2050 der Palliative-Care-Bedarf um 25 bis 30 Prozent zunehmen, dies aufgrund der wachsenden Bevölkerung und dem steigenden Anteil älterer Menschen (Interface 2023a: 22f., 27). Dadurch dürfte sich ohne Abbau der oben genannten Hindernisse das Problem noch verschärfen.

3.4 Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen

Angesichts der bereits erwähnten mangelnden Transparenz bei den Daten der Leistungserbringer (siehe Ziff. 3.2), insbesondere ausserhalb des stationären Spitalsettings, war es häufig nicht möglich, die verschiedenen Ursachen allfälliger Unterschiede zwischen den Kosten der erbrachten Palliative-Care-Leistungen und deren Vergütung näher zu identifizieren beziehungsweise festzustellen, inwiefern diese Unterschiede auf nicht sachgerechte Tarife, eine unzureichende Restfinanzierung durch die Kantone oder die Erbringung von Leistungen, die nicht in den Geltungsbereich des KVG fallen, zurückzuführen sind.

3.4.1 Vergütung im Rahmen des KVG

Im Vergleich zur Erbringung von Leistungen in weniger komplexen Pflegesituationen dürften bei der Erbringung von Palliative-Care-Leistungen teilweise höhere Kosten anfallen, insbesondere wenn sie von spezialisierten Leistungserbringern erbracht werden. Die höheren Kosten von Palliative-Care-Leistungen dürften auf höhere Ausbildungsanforderungen mit entsprechend höheren Löhnen, den hohen Koordinationsbedarf – Palliative Care wird oft von einem multidisziplinären Team erbracht – sowie im ambulanten Bereich, insbesondere bei mobilen Palliativdiensten, auf teilweise höhere Wegkosten zurückzuführen sein. Die Tarifierung – bzw. bei den Pflegeleistungen die Restfinanzierung der Kantone – ist in den meisten Fällen nicht auf Palliative-Care-Fälle ausgerichtet (vgl. Polynomics 2024: 44). Entsprechend gibt es Hinweise, dass die höheren Kosten in der Tarifierung teilweise nur ungenügend abgebildet werden und die Vergütung der KVG-Leistungen im Bereich Palliative Care folglich nicht immer sachgerecht sein dürfte.

Stationäre Spitalleistungen

Grundsätzlich sind die Tarifpartner, innerhalb der eigens dafür eingesetzten Tariforganisation, für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen zuständig, welche die Vergütung stationärer Behandlungen im Spital festlegen. Der Bundesrat ist lediglich subsidiär zuständig, diese Strukturen festzulegen, falls sich die Tarifpartner nicht einigen können (Art. 49 Abs. 2 KVG).

Auf dieser Grundlage wird die Tarifstruktur SwissDRG regelmässig weiterentwickelt und jährlich angepasst, um eine möglichst korrekte Abbildung der Fälle sicherzustellen. Die Definition der Fallgruppen und die Höhe der Kostengewichte werden somit regelmässig basierend auf aktuellen Daten angepasst. So können Ungenauigkeiten, Mängel in der Abbildung gewisser Behandlungen oder Fehlanreize des Tarifsystems korrigiert werden, was dessen kontinuierliche Verbesserung ermöglicht. Die SwissDRG AG erstattet an Reporting-Sitzungen unter der Leitung des BAG regelmässig Bericht über die Ergebnisse ihrer Auswertungen und die Massnahmen, die sie getroffen hat, um die Palliative-Care-Fälle besser abzubilden.

Einigen Akteuren, insbesondere den Leistungserbringern, zufolge ist mit der heutigen Tarifstruktur im Bereich Palliative Care keine sachgerechte Vergütung möglich; es bräuchte daher gewisse Anpassungen. Gemäss einer Auswertung der Daten des Vereins Spitalbenchmark liegen die durchschnittlichen Kosten stationärer Fälle von Patientinnen und Patienten, die im Spital spezialisierte palliativmedizinische KVG-Leistungen erhalten, 15 Prozent über der entsprechenden KVG-Vergütung. Diese Differenz

Finanzierung der Palliative Care

ist jedoch teilweise auch auf die Höhe der zwischen den Tarifpartnern ausgehandelten Basispreise (*baserates*) zurückzuführen, die für alle stationären Fälle und folglich nicht ausschliesslich für Palliative-Care-Fälle gelten. Gemäss einer Auswertung des Verbands der Schweizer Spitäler H+ basierend auf den Daten für die Jahre 2019–2022 wird zudem nur ein Teil der Palliative-Care-Fälle in die DRG A97 eingeteilt. Die übrigen Palliative-Care-Fälle (rund 45 Prozent oder 5625 von 11 400 Fällen im Jahr 2020) fallen in 483 unterschiedliche DRG, wobei diese Fälle eine höhere Unterdeckung aufweisen als Fälle in der DRG A97. Eine Untervergütung könne bei gewissen längeren Aufenthalten («Langliegern») zudem selbst bei einer Einteilung in die DRG A97 entstehen. Diese Situation betreffe namentlich Patientinnen und Patienten, deren Aufenthalt im Spital sich verlängere, weil Anschlusslösung in anderen, besser geeigneten Versorgungsstrukturen fehlten. Zudem würden auch die Kosten für gewisse kürzere Aufenthalte vom System nicht ausreichend berücksichtigt, da die DRG A97 erst Fälle ab sieben Behandlungstagen abdeckt (vgl. Polynomics 2024: 48).

Die SwissDRG AG hat die Abbildung der Patientinnen und Patienten mit einer «palliativmedizinischen Komplexbehandlung» anhand der Daten wiederholt analysiert und weiter differenziert. Sie kommt in diesem Rahmen zum Schluss, dass Fälle mit einer palliativmedizinischen oder spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung in der aktuellen Version 14.0 der Tarifstruktur mehrheitlich sachgerecht abgebildet werden. Herausfordernd bleibt die Abbildung der universitären palliativmedizinischen Behandlungsfälle.¹⁷ Simulationen der SwissDRG AG, die sie in der aktuellen Systemweiterentwicklung zur Version 15.0 der Tarifstruktur SwissDRG vorgenommen hat (auf Basis der Daten für das Jahr 2023, inklusive Etablierung eines Zusatzentgeltes für Fälle mit einer palliativmedizinischen oder spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung) haben gezeigt, dass sich die Abbildung der universitären palliativmedizinischen Behandlungsfälle dadurch nicht wesentlich verbessert lässt. Die SwissDRG AG ist bestrebt, diesen Punkt weiter zu verfolgen.¹⁸

Ambulante Leistungen

Im ambulanten Bereich sind die Tarifpartner für die Vereinbarung der gesamtschweizerisch geltenden Einzelleistungs- und Pauschaltarife zuständig. Der Bundesrat ist nur subsidiär für die Festlegung einer Tarifstruktur und/oder deren Anpassung zuständig, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können (Art. 43 Abs. 5 und 5^{bis} KVG).

Ärztliche Leistungen werden zurzeit auf der Grundlage von TARMED vergütet. Diese Tarifstruktur begrenzt den Umfang abrechenbarer Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten grundsätzlich auf 30 Minuten pro drei Monate. Die Limitation liegt höher bei Kindern unter 6 Jahren, Personen über 75 Jahren sowie Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Behandlungsbedarf (eine Stunde pro drei Monate).¹⁹ Diese Limitation sei für Palliativpatientinnen und Palliativpatienten unzureichend. Ihr Bedarf an solchen hausärztlichen Leistungen wird auf vier Stunden pro sechs Monate geschätzt (Polynomics 2024: 30, 50).

Bei den Leistungen, die von Therapeutinnen und Therapeuten auf ärztliche Anordnung erbracht werden, würden die anwendbaren Tarife häufig auf Durchschnittswerten basieren, die dem höheren Koordinationsbedarf, der bei Palliativpatientinnen und -patienten notwendig sei, nicht Rechnung trügen; die KVG-Vergütung für diese Leistungen sei infolgedessen nicht kostendeckend (Polynomics 2024: 7).

Die Tarifstruktur TARMED wird allerdings per 1. Januar 2026 durch die neue Einzelleistungstarifstruktur TARDOC sowie durch eine Tarifstruktur mit Pauschalen für bestimmte ambulante ärztliche Leistungen abgelöst. TARDOC enthält als Neuerung ein spezifisches Unterkapitel zu hausärztlicher Palliative

¹⁷ SwissDRG AG, Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte Version 14.0, 23. April 2024

¹⁸ Schriftliche Auskunft der SwissDRG AG zuhanden des BAG vom 21. Februar 2025

¹⁹ Leistungsgruppen LG-04, LG-10 und LG-11.

Finanzierung der Palliative Care

Care (Unterkapitel CA.15). Die darin enthaltenen Tarifpositionen betreffen namentlich Leistungen in Anwesenheit der Patientin oder des Patienten, die keiner Limitation unterliegen (z. B. Konsultation; Besuch; telemedizinische zeitgleiche Konsultation), sowie Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten, wobei für administrative Arbeiten (z. B. Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen; Überweisungen) eine Limitation von 60 Minuten pro 90 Tage gilt und für vernetzende Tätigkeiten eine Limitation von 60 Minuten pro Tag (z. B. Informationsaustausch mit Dritten oder Angehörigen; Besprechungen mit anderen an der Behandlung Beteiligten).²⁰

TARDOC soll eine genauere Abrechnung der Konsultationsdauer ermöglichen und den Besonderheiten und Bedürfnissen der Hausarztmedizin besser Rechnung tragen. Die mit TARDOC neu eingeführten Positionen dürften die zugunsten von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten (in deren An- oder Abwesenheit) erbrachten hausärztlichen Leistungen in der Tarifstruktur künftig besser abbilden.

Pflegeleistungen

Mehrkosten der Pflegeleistungen in der Palliative Care

Bei den Pflegeleistungen der allgemeinen Palliative Care, die von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe **zu Hause** erbracht wird, bestehen Hinweise, dass insbesondere mehr Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination von Pflegefachpersonen nötig sind, die jedoch in der Praxis teilweise nicht vollständig abgerechnet werden (vgl. ZHAW 2024). Bei den mobilen Palliativdiensten vergütet die OKP zudem nur patientenbezogene Leistungen, Zweitlinien-Leistungen (insb. Beratung von Pflegefachpersonen) hingegen nicht. Mobile Palliativdienste weisen häufig ein grösseres Einzugsgebiet auf als normale Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die Einsätze bei Patientinnen und Patienten in komplexen Pflegesituationen sind weniger gut planbar, weshalb insgesamt höhere Wegzeiten anfallen. Mehrkosten verursacht auch ein höheres Ausbildungsniveau der Pflegefachpersonen (Polynomics 2024: 52).

Bartelt et al. (2018) haben den Aufwand im **Pflegeheim** bei Pflegebedürftigen in einer Palliative-Care- bzw. *End-of-Life*-Situation (PCE) untersucht. Die Resultate dieser Studie zeigen, dass sich die Zeitaufwände in PCE-Situationen und Normalsituationen deutlich unterscheiden. Insgesamt wird in PCE-Situationen für KLV-Leistungen 84.7 Prozent mehr Zeit aufgewendet, für Leistungen der Abklärung /Pflegeplanung, Beratung und Koordination beträgt der Mehraufwand sogar 145.1 Prozent.

Es bestehen Hinweise, dass die Instrumente zur Ermittlung des Pflegebedarfs und die Einteilung in die 12 Pflegestufen nach Artikel 7a KLV diesen zusätzlichen Ressourcenbedarf nicht ausreichend berücksichtigen (Polynomics 2024: 49). Der durchschnittliche Pflegebedarf von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten liege bei 240 Minuten pro Tag und somit über den in Artikel 7a KLV maximal vorgesehenen 220 Minuten. Auf allen Pflegestufen betrage der Zeitaufwand im Schnitt 90 Minuten mehr als die jeweilige aufgeführte Zeit. Insbesondere der höhere Bedarf an Koordinationsleistungen sei ungenügend abgebildet. Zudem seien die Instrumente zu wenig flexibel, um auf den häufig instabilen Gesundheitszustand von Palliativpatientinnen und -patienten reagieren zu können. Im Übrigen sei im Bereich Palliative Care auch der Anteil an Personal mit einer tertiären Ausbildung höher, was Kosten verursache, welche die Instrumente nicht ausreichend erfassten.

Die Pflegeleistungen in **Hospizstrukturen** mit Pflegeheimstatus werden gleich wie bei den Pflegeheimen vergütet und die Problematik der vermutlich nicht immer sachgerechten Vergütung, insbesondere der Pflegeleistungen, dürfte ähnlich wie bei den Pflegeheimen sein. Gemäss Polynomics (2024: 50) bilden die Instrumente für die Ermittlung des Pflegebedarfs wie in den Pflegeheimen den Aufwand von spezialisierter Palliative Care nicht genügend ab, insbesondere weil die Instrumente auf die körperli-

²⁰ Positionen CA.15.0010, 15.0020, 15.0030, 15.0040, 15.0050, 15.0060; Leistungsgruppen LG-051 und LG-052.

Finanzierung der Palliative Care

che Pflege fokussiert seien und einem allfälligen sozialen und spirituellen Bedarf nicht Rechnung tragen würden. Eine wichtige Rolle in der Palliative Care in Hospizen spiele auch die Angehörigenbetreuung, die – wie spirituelle und soziale Leistungen – allerdings ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG liegt und anderweitig finanziert werden muss (vgl. Ziffer 2.5.2).

Ungenügende Restfinanzierung

Die aktuell im Rahmen der Pflegefinanzierung geltende OKP-Beitragssystem trägt bei den Pflegeleistungen im Pflegeheim zwar dem zeitlichen Aspekt Rechnung (im Pflegeheim steigender Beitrag pro Stufe à 20 Minuten bis zu einem täglichen Pflegebedarf von 220 Minuten, im ambulanten Bereich erfolgt die Vergütung aufgrund der benötigten Zeit für die Erbringung der Pflegeleistung), eine Differenzierung aufgrund von höheren Kosten für die Leistungserbringung ist jedoch nicht vorgesehen. Diese muss im aktuellen Finanzierungsregime über die kantonale Restfinanzierung erfolgen.

Die kantonalen Restfinanzierungsmodelle sind unterschiedlich (vgl. Ziffer 2.5.1). Einige Kantone (oder deren Gemeinden) übernehmen die Restkosten der Pflegeleistungen vollständig oder vergüten einen Palliative-Care-Zuschlag. Viele Kantone legen die Höhe der Restfinanzierung jedoch basierend auf Normkosten oder Höchstgrenzen fest, die häufig auf den durchschnittlichen Pflegekosten aller Leistungserbringer (d. h. aller Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder aller Pflegeheime) basieren (Polynomics 2024: 52, 54). Den allenfalls höheren Kosten der Leistungserbringung in komplexen Pflegesituationen können solche Modelle nur sehr bedingt Rechnung tragen, womit die Pflegeleistungen in palliativen Situationen nicht in allen Kantonen sachgerecht vergütet werden dürften.²¹ Das Problem der nicht immer sachgerechten Vergütung, auf das die Grundlagenarbeiten hindeuten (vgl. Polynomics 2024: 52), dürfte sich insbesondere bei den Pflegeleistungen von spezialisierten Leistungserbringern der Palliative Care (mobile Dienste sowie eigenständige oder einem Pflegeheim angegliederte Hospizstrukturen) verschärfen.

3.4.2 Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung

Mit der einheitlichen Finanzierung der KVG-Leistungen sollen die drei verschiedenen bestehenden Finanzierungsregimes – für ambulante Leistungen, stationäre Spitalleistungen beziehungsweise Pflegeleistungen – geändert werden (ambulante und stationäre Leistungen ab 2028, Pflegeleistungen ab 2032). Im künftigen Regime wird die Vergütung aller von diesen drei Regimes betroffenen Leistungen auf von den Tarifpartnern ausgehandelten Tarifen basieren.²² Die Vergütung wird durch die Kantone und die OKP gemäss den im KVG festgelegten Anteilen von mindestens 26,9 Prozent beziehungsweise maximal 73,1 Prozent finanziert.

Mit der einheitlichen Finanzierung werden die heutige Restfinanzierung der Pflegeleistungen sowie die Beiträge der OKP ersetzt durch Tarife für Pflegeleistungen. Für die Vergütung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen und zu Hause erarbeiteten Leistungserbringer, Versicherer und Kantone zusammen eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur. Die Verantwortung für eine sachgerechte Vergütung aller Pflegeleistungen, inklusive Pflegeleistungen im Rahmen von Palliative Care, geht zu diesem Zeitpunkt von den Kantonen auf die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) über, mit den Kantonen und dem Bundesrat als für die Genehmigung oder Festsetzung der Tarife verantwortlichen Behörden.

²¹ Gemäss Berechnungen von Polynomics (2024: 50) sind in den Pflegeheimen bis zu 16 Prozent der Kosten für die Erbringung von Pflegeleistungen nicht gedeckt und müssen anderweitig finanziert werden. Falls ungedeckte Kosten (indirekt, bspw. über die Pensions- oder Betreuungskosten) an die Pflegebedürftigen weiterverrechnet werden, liegt eine unerwünschte Ungleichbehandlung der Versicherten vor, vgl. dazu auch BAG (2024: 19).

²² Ausgenommen davon sind Leistungen bzw. Produkte, bei denen die Tarife amtlich festgelegt werden, wie insbesondere Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände.

Finanzierung der Palliative Care

Zu diesem Zweck können die Tarifpartner ausserdem grundsätzlich die Art des anwendbaren Tarifs festlegen (insbesondere Pauschal- oder Zeittarif).

Die Pflege im Pflegeheim und zu Hause soll dadurch eine stabile und zuverlässige Finanzierung erhalten. Die Tarife für Pflegeleistungen ersetzen das bisherige Modell mit der teilweise unzureichenden Restfinanzierung durch die Kantone. Damit verbessern sich die Rahmenbedingungen für die Pflegeeinrichtungen und das Personal.

Zum heutigen Zeitpunkt sind Aussagen über die konkrete Ausgestaltung der Tarifstruktur für Pflegeleistungen und darunter auch die Pflegeleistungen für Palliative Care noch verfrüht. Die Tarifpartner werden diese grundlegenden Arbeiten in den kommenden Jahren aufnehmen. Eine notwendige Voraussetzung für eine zukünftig stabile und zuverlässige Finanzierung ist, dass die Leistungserbringer Transparenz zu den Palliative-Care-Leistungen und deren Kosten herstellen. Bereits dazu laufende Arbeiten, wie zurzeit insbesondere die Weiterentwicklung der Instrumente der Pflegebedarfsermittlung, sind deshalb prioritär weiterzuverfolgen. In diesem Rahmen könnte es auch angezeigt sein, zu prüfen, ob vorhandene Instrumente zur Identifikation eines Bedarfs an Palliative Care in die bestehenden Instrumente integriert werden könnten oder ob eine separate, systematische Anwendung dieser Instrumente sinnvoll sein könnte.

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass Artikel 8b KLV per 1. Januar 2020 Mindestanforderungen für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen eingeführt hat. Die Akteure haben die Arbeiten zur Umsetzung dieser Minimalanforderungen sistiert und mit der Ausarbeitung eines einheitlichen Instruments begonnen. Damit diese Arbeiten realisiert werden können, hat das EDI die Frist für die Umsetzung der Mindestanforderungen um zwei Jahre verlängert (bis zum 31. Dezember 2025). Die Akteure (Pflegeheime, Versicherer und Kantone) haben unter der Leitung von Artiset / Curaviva ein Projekt lanciert, mit dem Ziel, dem Bundesrat ein national einheitliches Pflegebedarfsermittlungsinstrument vorzuschlagen. Das BAG ist in regelmässigem Austausch mit der Steuerungsgruppe des Projektes und wird jeweils über den Stand der Arbeiten informiert. Die Frage, ob komplexe Pflegesituationen (namentlich Demenz und Palliative Care) mit den bestehenden Instrumenten angemessen erfasst und abgebildet werden, wird im Rahmen des Projekts geprüft.

3.4.3 Vergütung ausserhalb des KVG

Wie in Ziffer 2.5.2 erwähnt, kann die Finanzierung von Leistungen, die nicht unter das KVG fallen, über verschiedene öffentliche (darunter namentlich die Kantone und andere Sozialversicherungen) oder private Quellen erfolgen. Unter Berücksichtigung der Kosten für KVG-Leistungen, die nicht vollständig durch die geltenden Tarife oder die Restfinanzierung der Kantone vergütet werden, beträgt der Anteil der privaten Finanzierung gemäss Polynomics (2024: 47) beispielsweise 59 Prozent für Leistungen von Hospizstrukturen und bis zu 70 Prozent für Leistungen mobiler Palliative-Care-Dienste.

Der Anteil der privaten Finanzierung kann je nach Kanton variieren. Diesbezüglich sind im Bereich Palliative Care tatsächlich grosse Unterschiede zu beobachten. Die Massnahmen der Kantone reichen von der Umsetzung einfacher Palliative-Care-Konzepte bis zur vollständigen Finanzierung der Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden.

Einige bewährte Verfahren sollen hier erwähnt werden, da sie Kantonen, die bei der Entwicklung ihres Palliative-Care-Angebots ein Verbesserungspotenzial aufweisen, als Beispiele dienen können. Gewisse Kantone sehen eine Finanzierung für die Umsetzung ihres Konzepts vor, das in manchen Fällen die Erbringung von Nicht-KVG-Leistungen einschliesst (z. B. spirituelle Begleitung, mobiler Dienst in Pflegeheimen). Der Kanton Schaffhausen verfügt zu diesem Zweck beispielsweise über einen wieder-

Finanzierung der Palliative Care

kehrenden jährlichen Kredit von 960 000 Franken, der Kanton Aargau über einen Kredit von 1,74 Millionen Franken für den Zeitraum 2024–2027. Darüber hinaus wird in einigen Kantonen manchen Pflegeheimen ein Sonderstatus zuerkannt, mit dem sie Anspruch auf eine Zusatzfinanzierung für Palliativpatientinnen und -patienten erhalten. Dies kann in Form einer höheren Restfinanzierung für KVG-Pflegeleistungen (Aargau und St. Gallen) oder eines Beitrags für Nicht-KVG-Leistungen (St. Gallen) sein, der in manchen Fällen den Aufenthalt vergütet (Hotellerieleistungen, Kanton Wallis).²³

3.5 Kostenschätzung der aktuellen Versorgung mit Palliative Care sowie einer bedarfsgerechten Palliative-Care-Versorgung

Eine Versorgung, die am Lebensende den Bedarf an Palliative Care deckt und grundsätzlich alle Leistungen der Palliative Care beinhaltet (sowohl KVG- als auch Nicht-KVG-Leistungen), dürfte gemäss einer groben Schätzung von Polynomics (2024) insgesamt mindestens 2,2 Milliarden Franken kosten, bei heutigen Kosten für die Palliativversorgung von gut 0,9 Milliarden Franken (Polynomics 2024: 31f., 36f.). Die Schätzung beschränkt sich auf die Leistungen, deren Kosten geschätzt werden konnten.²⁴

Im gesamten Gesundheitssystem dürfte ein Ausbau der Palliativversorgung nicht notwendigerweise dazu führen, dass die Mehrkosten (gemäss obiger Schätzung im Umfang von etwa 1,3 Milliarden Franken) vollumfänglich anfallen: Heute ist es beispielsweise möglich, dass insbesondere Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an spezialisierter Palliative Care im Spital behandelt werden müssen, weil es keine oder zu wenige Hospizstrukturen und/oder mobile Palliativdienste gibt. Bei einer ausgebauten Palliativversorgung könnte ein Teil der Spitalaufenthalte möglicherweise vermieden werden (vgl. Polynomics 2024: 38). Die Versorgung ausserhalb des Spitals dürfte in der Regel günstiger sein (vgl. Polynomics 2024: 27ff.). Vor diesem Hintergrund ist es nicht möglich, abschliessend abzuschätzen, welche Mehrkosten ein Ausbau der Palliativversorgung im gesamten Gesundheitssystem verursachen würde.

Gleichzeitig hat der Bundesrat in seinem Bericht zum Postulat 18.3384 (Bundesrat 2020) festgestellt, dass die Förderung von Angeboten der Palliative Care ein gewisses Kostendämpfungspotenzial hat. Dies aus den folgenden Gründen:

- Die Höhe der Kosten am Lebensende hängt vom letzten Behandlungsort ab (von Wyl et al. 2018, Studie im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» NFP 67). Die Gesundheitsausgaben von Personen, die im Spital versterben, sind etwa doppelt so hoch wie für Menschen, die zu Hause sterben (Reich et al 2013; Studie zu Kosten in den letzten sechs Lebensmonaten; siehe auch Maessen et al. (2018) zum Einsparpotenzial bei den Spitalkosten infolge der Entwicklung eines Angebots von mobilen Palliativdiensten);
- Eine genauere Analyse der Kosten zeigt, dass hauptsächlich die Todesursache die Gesundheitsausgaben am Lebensende mitbestimmt: Die höchsten Kosten fallen in allen Altersgruppen bei Personen mit Tumorerkrankungen an, bei denen sich eine kontinuierliche Intensivierung der Behandlung bis kurz vor dem Tod feststellen lässt. Je älter jemand stirbt, umso geringer fallen die

²³ In den Kantonen Aargau und St. Gallen wird die Restfinanzierung für Pflegeleistungen in bestimmten Pflegeheimen um 79 beziehungsweise 110 Franken erhöht. Der Kanton St. Gallen gewährt für dieselben Patientinnen und Patienten darüber hinaus einen zusätzlichen Betrag von 200 Franken pro Tag für nicht unter das KVG fallende Betreuungs- und Vorhalteleistungen. Der Kanton Wallis finanziert für gewisse Pflegeheime eine Tagespauschale in Höhe von 655 Franken pro Patientin oder Patient.

²⁴ In der Schätzung fehlen die Kosten für allgemeine Palliative Care im Spital, in Spitalambulatorien, für Leistungen von ambulant tätigen Therapeutinnen und Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung, Musik- und Kunsttherapie etc.), von Sozialarbeitenden und von Seelsorgenden, da für diese keine Daten vorliegen. Die Schätzung basiert insbesondere auf den Anzahl Palliativ-Care-Situationen am Lebensende (vgl. hierzu Interface 2023a), hier wurde davon ausgegangen, dass pro Situation alle notwendigen Leistungen erbracht werden (vgl. Polynomics 2024: 31f., 36f.). Die Schätzung beschränkt sich zudem auf das Lebensende (maximal das letzte Lebensjahr). Dementsprechend sind in der Schätzung die Kosten nicht berücksichtigt, die vor dem Lebensende bzw. während des gesamten Krankheitsverlaufs anfallen (vgl. Polynomics 2024: 54).

Finanzierung der Palliative Care

Kosten am Lebensende in der Regel aus. Oft werden bis kurz vor dem Tod intensive Behandlungen und zahlreiche Therapien durchgeführt – und damit hohe Kosten generiert (von Wyl et al. 2018);

- Die durchschnittlichen täglichen Kosten von Patientinnen und Patienten, die auf einer Palliativstation im Spital starben, waren gemäss einer Studie von Hagemann et al. (2020) signifikant tiefer als bei Patientinnen und Patienten, die in einer anderen Spitalabteilung starben;
- In der letzten Lebensphase kommt es häufig zu ungeplanten Verlegungen zwischen zu Hause, dem Spital und dem Pflegeheim (Bähler et al. 2016).

Auch in weiteren Beiträgen der internationalen Literatur ist gut belegt, dass Palliative Care zu Einsparungen im Gesundheitswesen führen kann (Polynomics 2024: 58, mit Verweis auf Luta et al. 2021, Smith et al. 2014, Yadav et al. 2020).

Eine ausgebaut ambulante Palliativversorgung und genügend Hospizstrukturen, gepaart mit systematischer gesundheitlicher Vorausplanung (frühzeitige Auseinandersetzung mit Wünschen und Bedürfnissen am Lebensende und darauf basierender Therapieziel- und Behandlungsplanung) und einem bereichsübergreifender Behandlungspfad, damit unerwünschte Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungssettings (Spital, Pflegeheim, Hospiz, zu Hause) reduziert werden können, könnte dazu beitragen, dieses Kostendämpfungspotenzial auszuschöpfen. In Kombination mit einer angemessenen Information der Bevölkerung und einer zweckmässigen Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals könnte ein ausreichendes Palliative-Care-Angebot dazu führen, dass kostspielige und medizinisch nicht-indizierte Behandlungen am Lebensende vermieden werden können. Gleichzeitig dürfte eine gute Palliativversorgung auch die Kontinuität der Betreuung und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten verbessern, weil weniger (unerwünschte) Wechsel zwischen den Versorgungssettings nötig sein dürften. Eine optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten könnte zudem die Belastung der Angehörigen reduzieren, was langfristig die Kosten für medizinische und soziale Unterstützung der Angehörigen senken könnte (Polynomics 2024: 58).

3.6 Spezialfall Pädiatrische Palliative Care

Die oben genannten Herausforderungen und Potenziale gelten auch für die pädiatrische Palliative Care. Zudem gibt es in diesem Bereich noch weitere Besonderheiten:

- 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 (Polynomics 2024: 6).
- Heute haben schätzungsweise etwa 10 000 Kinder mit lebenslimitierenden Erkrankungen Bedarf an Palliative Care. Bis zum Jahr 2030 dürfte der Bedarf um etwa 43 Prozent zunehmen (Interface 2023b: 12). Im Gegensatz zu Erwachsenen haben Kinder im Verlauf ihrer Erkrankung nicht nur mehrfach Bedarf an der gleichen Versorgungsstruktur, sondern auch Bedarf an mehreren unterschiedlichen Versorgungsstrukturen. Aufgrund der schlechten Datenlage ist es nicht möglich, zu berechnen, ob die Angebote den heutigen und zukünftigen Bedarf an Palliative Care entsprechen. Der Bedarf an spezifischen familienzentrierten Angeboten wird gemäss Expertinnen und Experten auf jeden Fall zunehmen (Interface 2023b: 15).
- Grundsätzlich übernimmt die IV medizinische Leistungen, die in direktem Konnex zu einem Geburtsgebrechen stehen, bis die Versicherten ihr 20. Altersjahr vollendet haben. Danach werden

Finanzierung der Palliative Care

diese Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung (KVG) übernommen. Bei der pädiatrischen Palliative Care kann deshalb auch die IV im Rahmen von ambulanten Pflegeleistungen zum Zug kommen.²⁵

- Hauptproblem ist das nicht vorhandene Angebot resp. fehlende Ressourcen und Finanzierung bei bestehenden Angeboten, wobei die regionale Abdeckung in der Schweiz sehr unterschiedlich ausfällt (Polynomics 2024: 39). Am 13. August 2024 wurde das Allani-Kinderhospiz als erstes Kinderhospiz der Schweiz in Bern eröffnet.²⁶ Ein zweites Angebot ist im Raum Zürich in Planung.
- 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; zum anderen liegen praktisch keine Kostendaten vor (Polynomics 2024: 31).
- Es sollte darauf geachtet werden, dass Bund und Kantone bei der Ergreifung sämtlicher Massnahmen auch die spezifischen Anforderungen der pädiatrischen Palliative Care berücksichtigen, die insbesondere auch die Entlastung der Familie inklusive Betreuung weiterer Kinder umfasst.

²⁵ Vgl. Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME, gültig ab 1.1.2025), S. 25; verfügbar unter <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6419/download>

²⁶ Das Allani-Kinderhospiz bietet Platz für maximal acht Kinder und ihre Familien. Es richtet sich an Kinder und Jugendliche mit potenziell lebensverkürzenden Erkrankungen. Das Angebot beinhaltet die Übergangspflege nach Spitalaufenthalt, die Kurzzeitpflege als Krisenintervention in instabilen Phasen, Entlastungsangebote für die Familien und eine spezialisierte Versorgung in der letzten Lebensphase. Die medizinische Versorgungssicherheit ist rund um die Uhr garantiert. Der Betrieb ist grösstenteils spendenfinanziert (Quelle: <https://www.allani.ch/de/>).

4 Handlungsbedarf und Empfehlungen des Bundesrates

Aufgrund der Ergebnisse der Grundlagenarbeiten (vgl. Ziffer 3) zieht der Bundesrat nachfolgend seine Schlussfolgerungen und formuliert Empfehlungen zuhanden der zuständigen Akteure.

Für die Erreichung der mit der Motion verfolgten Ziele bestehen insbesondere folgenden Rahmenbedingungen:

- Gemäss der verfassungsmässigen Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen sind primär die Kantone für die Gesundheitsversorgung zuständig. Der Bund ist für die Regelung der Krankenversicherung zuständig. Leistungen, die nicht in diesen Rahmen fallen, fallen hauptsächlich in die Zuständigkeit der Kantone (vgl. Ziffer 2.5.2). Diese Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen ist auch im Bereich Palliative Care zu beachten.
- Der Bereich Palliative Care und insbesondere dessen Finanzierung ist von einer starken Heterogenität geprägt, die sich in erster Linie aus der grundlegenden Ausgestaltung des Schweizer Gesundheitssystems ergibt (vgl. Ziffer 3.1). Die Palliative-Care-Leistungen werden – entlang der verfassungsrechtlichen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen – unterschiedlich vergütet und finanziert, insbesondere abhängig davon, ob sie in den Geltungsbereich des KVG fallen oder nicht.
- Eine ganzheitliche Versorgung mit Palliative Care beinhaltet auch Leistungen, die ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG liegen – und somit grundsätzlich auch ausserhalb des Kompetenzbereichs des Bundes (vgl. Ziffer 3.4.3).
- Ein Systemwechsel bei der Definition der KVG-Leistungen, beispielweise durch eine entsprechende Ausweitung des KVG-Leistungsumfangs, die über die Krankheitsbehandlung hinausgeht, würde dazu führen, dass die OKP die Kosten von Leistungen übernimmt, bei denen ein Bedarf auch unabhängig von einer Krankheit bestehen kann. Eine solche Ausweitung des Leistungsumfangs könnte zu einer beträchtlichen Verschiebung der Finanzierung zulasten der OKP führen und damit zu einer erheblichen Mehrbelastung der Prämien-, aber in geringerem Umfang auch der Steuerzahler. Vor dem Hintergrund der bereits starken finanziellen Belastung der Haushalte mit Krankenversicherungsprämien wäre eine derartige Ausweitung des Leistungsumfangs des KVG aus Sicht des Bundesrates eine aus sozialpolitischer Sicht abzulehnende Lösung.

Die Ausgangslage hat sich seit der Annahme der Motion 20.4264 verändert und mehrere Entwicklungen dürften zur Erreichung der Ziele der Motion bzw. zu einer sachgerechteren Vergütung der im Rahmen von Palliative Care erbrachten KVG-Leistungen beitragen, darunter insbesondere die einheitliche Finanzierung der Pflegeleistungen und die Einführung der neuen Tarifstruktur TARDOC. Bei einer sachgerechteren Vergütung der Palliative-Care-Leistungen ist grundsätzlich eine gewisse Kostenerhöhung zu erwarten, ausser intensivmedizinischen, von den Versicherten nicht unbedingt gewünschte Behandlungen würden aufgrund einer ausgebauteren Palliative Care wegfallen.

Der Bundesrat stellt gleichzeitig fest, dass nach wie vor Handlungsbedarf bei den Kantonen, den Leistungserbringern und im Rahmen der Tarifpartnerschaft auch bei den Krankenversicherern liegt und formuliert deshalb nachfolgende Empfehlungen. Das BAG erarbeitet gemeinsam mit den Akteuren die notwendigen Grundlagen und begleitet die Umsetzung dieser Empfehlungen. Zudem stellt das BAG die Plattform Palliative Care weiterhin als Austauschgefäss zur Verfügung.

4.1 Bedarfsgerechtes Angebot

Das vorhandene Versorgungsangebot im Bereich Palliative Care ist heute kantonal und regional unterschiedlich. Die Kantone sind gemäss Bundesverfassung zuständig, die Versorgung ihrer Bevölke-

Finanzierung der Palliative Care

rung mit Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Sie sind zudem für die Mitfinanzierung dieser Leistungen verantwortlich. Der Bundesrat stellt fest, dass mehrere Kantone dazu Massnahmen ergriffen und eine spezifische Finanzierung für Palliative-Care-Leistungen vorgesehen haben. Der Bundesrat empfiehlt den Kantonen, im Bereich Palliative Care, insbesondere für die Versorgung mit spezialisierter Palliative Care und unter Berücksichtigung bereits vorhandener Kapazitäten in anderen Kantonen, ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot sicherzustellen und für dieses eine angemessene Finanzierung vorzusehen.

Empfehlung an die Kantone, insbesondere das Angebot an Versorgungsstrukturen der spezialisierten Palliative Care auszubauen (namentlich mobile Palliativdienste, pädiatrische Palliative Care, Hospize und analoge Strukturen), einen integrierten und interdisziplinären Versorgungspfad sicherzustellen (um namentlich unerwünschte Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungssettings zu vermeiden) und die Patientinnen und Patienten über das Angebot zu informieren.

4.2 Sachgerechte Vergütung der stationären und ambulanten Leistungen im KVG-Geltungsbereich

Wie oben ausgeführt, ergeben sich schon im bestehenden rechtlichen Rahmen sinnvolle Möglichkeiten und Potenziale, um die Vergütung von Palliative-Care-Leistungen im stationären und ambulanten Bereich sachgerechter auszugestalten.

Nach Ansicht des Bundesrates sollte im **stationären Bereich** der gut etablierte Prozess zur Weiterentwicklung der anwendbaren Tarifstrukturen weitergeführt werden. Dieses Potenzial ist noch nicht ausgeschöpft. Aus Sicht des Bundesrates ist es deshalb derzeit nicht gerechtfertigt, Alternativen zum geltenden Vergütungsregime vorzusehen.

Bei den **ambulanten** ärztlichen Leistungen dürfte die Einführung der neuen Tarifstruktur TARDOC auf Anfang 2026 zu einer Verbesserung führen. Es bleibt aber Sache der Tarifpartner, zu gewährleisten, dass die Leistungen sachgerecht in TARDOC abgebildet werden. Dasselbe gilt allgemein für die medizinisch-therapeutischen Leistungen, die auf ärztliche Anordnung erbracht werden, und für die entsprechenden Tarifverträge.

Empfehlung: Die Tarifpartner sind eingeladen, mit der Beteiligung der Kantone:

- a. den bestehenden Prozess zur Verbesserung der Abbildung der Palliative-Care-Fälle in den SwissDRG-Tarifstrukturen fortzuführen und, falls angezeigt, für eine bessere Abbildung der Palliative-Care-Fälle in den Tarifstrukturen Tarpsy und ST Reha zu sorgen;
- b. im Rahmen der Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Leistungen sowie in Rahmen der Aktualisierung der Tarifverträge für Leistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie etc.) insbesondere bei den Palliative-Care-Leistungen eine sachgerechte Abbildung sicherzustellen;
- c. dem BAG beziehungsweise dem Bundesrat regelmässig über ihre Analysen zur Abbildung der Palliativfälle in den verschiedenen Tarifstrukturen Bericht erstatten, beispielsweise in den bereits bestehenden Informationsaustauschgefässen (Reporting-Sitzungen zu SwissDRG und zu OAA) sowie im Rahmen der dem Bundesrat vorgelegten Genehmigungsgesuche.

4.3 Vergütung der Pflegeleistungen im KVG-Geltungsbereich

Bei den **Pflegeleistungen** deuten die Ergebnisse der Grundlagenarbeiten aus Sicht des Bundesrates auf ein beträchtliches Verbesserungspotenzial hin. Wie oben ausgeführt, bietet die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung der Leistungen die Gelegenheit, die Vergütung von Palliative-Care-Pflegeleistungen sachgerechter auszugestalten. Allfällige Probleme der Mehrkosten von Palliative Care, die auch bei wirtschaftlicher Leistungserbringung im heutigen Pflegefinanzierungssystem möglicherweise nicht immer vollständig vergütet werden, dürften sich insbesondere ab 2032 mit der Umsetzung der einheitlichen Finanzierung entschärfen. Die Tarife müssen die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, also unter anderem sachgerecht sein und dürfen höchstens die Kosten einer effizienten Leistungserbringung decken. Der Bundesrat wird bei der Prüfung und Genehmigung der Tarifstrukturen darauf achten, dass die gerechtfertigten Kostenunterschiede bei effizienter Leistungserbringung zwischen verschiedenen Behandlungsarten (beispielsweise Palliative-Care-Leistungen und andere Leistungen) von den Tarifen angemessen abgebildet werden. Eine notwendige Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungserbringer Transparenz zu den Palliative-Care-Leistungen und deren Kosten herstellen. Bereits dazu laufende Arbeiten sind deshalb prioritär weiterzuverfolgen.

Aus Sicht des Bundesrates sind im aktuellen Finanzierungsregime bis zur für das Jahr 2032 vorgesehenen Einführung der einheitlichen Finanzierung in erster Linie die Kantone gefordert, ihre Restfinanzierungsregelung und/oder einen allfälligen Palliative-Care-Zuschlag so auszugestalten, dass die im Rahmen von Palliative Care erbrachten Pflegeleistungen, insbesondere bei spezialisierter Palliative Care, sachgerechter vergütet werden. Der Bundesrat stellt fest, dass mehrere Kantone bereits Massnahmen in diesem Sinne ergriffen haben, und fordert die übrigen Kantone auf, ihre Restfinanzierung entsprechend anzupassen.

Gleichzeitig ist es aus Sicht des Bundesrates – als Übergangsmassnahme bis zur Einführung von einheitlich finanzierten Tarifen für Pflegeleistungen ab 2032 – angezeigt, eine Erhöhung des OKP-Beitrags nach Artikel 7a KLV spezifisch für Pflegeleistungen, die im Rahmen der spezialisierten Palliative Care erbracht werden, vorzusehen. Die Erhöhung des OKP-Beitrags entbindet die Kantone gleichzeitig nicht von ihrer Pflicht, eine sachgerechte Restfinanzierung vorzusehen. Die Erhöhung darf deshalb grundsätzlich nicht dazu führen, dass sich der prämienfinanzierte Anteil an der Vergütung der Pflegeleistungen der spezialisierten Palliative Care stark erhöht, dies insbesondere in Kantonen, die bisher keine sachgerechte Restfinanzierung für diese Leistungen vorgesehen haben.

Empfehlung an die Leistungserbringer, Transparenz zu den Leistungen und deren Kosten herzustellen, und an die Kantone, die notwendige Transparenz bei den Leistungserbringern einzufordern, insbesondere im Hinblick auf die Tarifierung der Pflegeleistungen im Rahmen der einheitlichen Finanzierung.

Empfehlung an die im Rahmen der einheitlichen Finanzierung für die Tarifierung der Pflegeleistungen zuständigen Akteure (Leistungserbringer, Versicherer, Kantone, IV-Stellen), namentlich

- a. ihre Arbeiten zur Schaffung eines Instruments zur Pflegebedarfsermittlung fortzusetzen, das dem Pflegebedarf in komplexen Versorgungssituationen generell und bei Palliativpatientinnen und -patienten im Besonderen Rechnung trägt, namentlich bei Koordinationsleistungen;*
- b. die systematische Anwendung von Instrumenten zu prüfen, mit denen ein Bedarf an Palliative Care identifiziert werden kann, und diese gegebenenfalls im Rahmen der Pflegebedarfsermittlung angemessen zu berücksichtigen.*

Finanzierung der Palliative Care

Empfehlung an die Kantone, für die Zeit bis zur Einführung der einheitlichen Finanzierung eine angemessene Restfinanzierung sicherzustellen, die ihren rechtlichen Verpflichtungen entspricht und den Zugang ihrer Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung gewährleistet. Die Kantone werden somit aufgefordert, die allfälligen mit Palliative-Care-Leistungen verbundenen Mehrkosten angemessen zu berücksichtigen, nach dem Vorbild der bewährten Praktiken bestimmter Kantone.

Auftrag an das Eidgenössische Departement des Innern, eine Erhöhung des OKP-Beitrages nach Artikel 7a KLV spezifisch für Pflegeleistungen, die im Rahmen der spezialisierten Palliative Care erbracht werden, umzusetzen.

4.4 Sachgerechte Vergütung der Palliative-Care-Leistungen ausserhalb des KVG-Geltungsbereichs

Eine ganzheitliche Versorgung mit Palliative Care beinhaltet auch Leistungen, die ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG liegen. Die Kantone haben hier grundsätzlich die Möglichkeit, Leistungen, die aus ihrer Sicht versorgungsnotwendig sind, mit Steuermitteln zu finanzieren. Der Bundesrat empfiehlt den Kantonen daher, zu prüfen, inwieweit solche Leistungen, die für eine ganzheitliche Palliative Care erforderlich sind, stärker durch die öffentliche Hand finanziert werden sollen.

Empfehlung an die Kantone, die Möglichkeit der Finanzierung notwendiger Palliative-Care-Leistungen, die ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG liegen (namentlich Aufenthalte in Hospizen und mobile Zweitlinien-Palliativdienste), zu prüfen, nach dem Vorbild der bewährten Praktiken bestimmter Kantone.

4.5 Aus-, Weiter- und Fortbildung Gesundheitspersonal

Um den Zugang zu Palliative Care für alle Versicherten, die eine palliative Behandlung in Anspruch nehmen möchten, sicherzustellen, ist gleichzeitig die Aus-, Weiter- und Fortbildung des Gesundheitspersonals zu Palliative Care zu fördern, damit sie palliative Situationen rechtzeitig erkennen und die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über die Möglichkeit einer palliativen Behandlung angemessen informieren können. Das hierfür notwendige Wissen ist nicht flächendeckend und nicht bei allen Leistungserbringern vorhanden (vgl. Polynomics 2021: 21). Aus Sicht des Bundesrates liegt es in der Verantwortung aller medizinischen Fachpersonen und Institutionen des Gesundheitswesens, das Sterben und den Tod als Bestandteil jeder medizinischen Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohenden und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten bzw. zunehmender Gebrechlichkeit anzuerkennen und die gesundheitliche Vorausplanung umzusetzen, d.h. mit den betroffenen Patientinnen und Patienten Gespräche über Bedürfnisse, Lebensziele und daraus abgeleitete sinnvolle Behandlungsziele zu führen.

Empfehlung an die betroffenen Akteure (namentlich medizinische Fachgesellschaften, SIWF und Weiterbildungsstätten, Pflegeverbände, Hochschulen und Kantone sowie Institutionen des Gesundheitswesens), der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu Palliative Care und gesundheitlicher Vorausplanung angemessen Rechnung zu tragen.

Literaturverzeichnis

- Allianz Finanzierung Palliative Care (2023): Für ein angemessene Finanzierung der Palliative Care. Forderungen zur Umsetzung der Motion 20.4264 SGK-SR. Positionspapier vom 3. November 2023.
- BAG / GDK / Palliative.ch (2014a): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Palliative.ch.
- BAG / GDK / Palliative.ch (2014b): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Palliative.ch.
- BAG / GDK (2014): Nationale Leitlinien Palliative Care. Aktualisierte Version 2014. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- BAG (2024): Umsetzungsstand der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht des Bundesamtes für Gesundheit an den Bundesrat. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bähler, Caroline / Signorell, Andri / Reich, Oliver (2016): Health Care Utilisation and Transitions between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland. In: PloS one 11 (9).
- Bartelt, Guido et al. (2018): Palliative Care / End of Life in der stationären Langzeitpflege. Ermittlung des Zusatzaufwandes. Auswertungsbericht. Bern: Q-Sys AG und BESA Care AG.
- BFS (2020): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020-2050. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bosshard, Georg et al. (2016): Medical End-of-Life Practices in Switzerland: A Comparison of 2001 and 2013. In: JAMA internal medicine 176 (4), 555–556.
- Bundesrat (2020): Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht in Erfüllung des Postulats 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018.
- Ecoplan (2023): Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Ergebnisse der Befragung der Kantone und regionalen Sektionen von palliative.ch. Bern: Ecoplan.
- Hagemann, Monika et al. (2020): Which Cost Components Influence the Cost of Palliative Care in the Last Hospitalization? A Retrospective Analysis of Palliative Care Versus Usual Care at a Swiss University Hospital. In: J Pain Symptom Management. 2020 Jan, 59 (1), 20-29.
- Interface (2023a): Bedarfsschätzung Palliative Care. Luzern: Interface.
- Interface (2023b): Vertiefte Abklärungen zum Pädiatrischen Palliative-Care-Bedarf in der Schweiz. Luzern: Interface.
- Interface (2025): Analysen zum Palliative-Care-Bedarf und -Angebot. Synthesebericht. Luzern und Lausanne: Interface.
- Leitungsgruppe NFP 67 (2017): Synthesebericht NFP 67 Lebensende. Bern: Schweizerischer Nationalfonds.
- Luta, Xhylyjeta et al. (2021): Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. In: BMC Palliat Care. 2021 Jun 23, 20(1): 89.
- Maessen, Maud et al. (2018): Potential economic impact of mobile specialist palliative care teams in Switzerland. Bern: Universität Bern und Inselspital.
- Polynomics / HSLU (2020): Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung. Olten, Luzern: Polynomics, Hochschule Luzern.
- Polynomics (2024): Kosten und Finanzierung von Palliative Care. Olten: Polynomics.

Finanzierung der Palliative Care

- Radbruch, Lukas / Payne, Sheila (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. Weissbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). In: Palliativmed 12: 260-270.
- Reich, Oliver / Signorell, Andri / Busato, André (2013): Place of death and health care utilization for people in the last 6 months of life in Switzerland: a retrospective analysis using administrative data. In: BMC health services research 13 (1): 116.
- Rüegger, Heinz / Kunz, Roland (2018): Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin. In: Schweizerische Ärztezeitung 99 (2018) 4, 156-158.
- Smith, Samantha / Brick, Aoife / O'Hara, Sinéad / Normand, Charles (2014): Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. In: Palliat Med. 2014 Feb, 28 (2): 130-50.
- von Wyl, Viktor et al. (2018): Cost trajectories from the final life year reveal intensity of end-of-life care and can help to guide palliative care interventions. In: BMJ supportive & palliative care 8 (3): 325–334.
- Yadav, Sandhya et al. (2020): The health care cost of palliative care for cancer patients: a systematic review. In: Support Care Cancer, 2020 Oct, 28(10): 4561-4573.
- ZHAW (2024): Leistungsintensität von Spitex-Klientinnen und -Klienten und ihre Abbildung im Vergütungssystem. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften / Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.

Anhang

Mitglieder der Begleitgruppen zu den Grundlagenarbeiten

Tabelle 2: Mitgliedsorganisationen der Begleitgruppen zu den Grundlagenarbeiten zu Angebot und Bedarf sowie zu Kosten und Finanzierung

Organisation	Begleitgruppe Angebot und Bedarf	Begleitgruppe Kosten und Finanzierung
Artiset / Curaviva Schweiz	X	X
ADSP BEJUNE – Association pour le développement des soins palliatifs	X	
ASPS – Association Spitex privée Suisse		X
Curafutura		X
Dachverband Hospize Schweiz	X	X
Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie	X	
FMH		
H+ - Die Spitäler der Schweiz	X	X
Inselspital Bern		X
Inselspital/Kinderklinik Bern und Alani	X	
Kanton Aargau	X	
Kanton Bern	X	X
Krebsliga	X	X
Mobile Palliativdienste Kanton Bern		X
Palliative.ch	X	X
Palliativzentrum Hildegard	X	X
Palliaviva	X	
Santésuisse	X	X
SBK - ASI – Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner		X
Senesuisse	X	X
SGAP – Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie		X
SPaC – Verband spezialisierter Palliative Care Leistungserbringer, Zürich		X
Spitex Schweiz	X	X
SSR – Schweizerischer Seniorenrat	X	X
Viva Eichhof, Luzern	X	