palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

Strukturkriterien
zur Zertifizierung für das Label «Qualität in Palliative Care»
Hospize

Version 1.0

Vom Vorstand Dachverband Hospize Schweiz genehmigt am 23.09.2026

Vom Vorstand palliative.ch genehmigt am 28.10.2026

Gültig ab 01.01.2027

palliative.ch | Kochergasse 6 | 3011 Bern

Tel. +41 (0)31 310 02 90 | E-Mail: info@palliative.ch | www.palliative.ch

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3
2. Angebotsstruktur 3
   2.1 Definition 3
   2.2 Zielgruppen 3
   2.3 Auftrag und Ziel 4
3. Kriterien der Strukturqualität 4
   3.1 Berufsgruppen 4
   3.2 Qualifikation der Mitarbeitenden 5
   3.3 Strukturen betreffend Team 6
   3.4 Apparative Infrastruktur 6
   3.5 Räumliche Infrastruktur 7
   3.6 Mindestgrösse 7
   3.7 Qualitätszertifizierung 7
4. Gültigkeitsbereich 7

1. EINLEITUNG

Dieses Dokument orientiert sich an den Definitionen des BAG-Dokuments «Versorgungsstrukturen für Spezialisierte Palliative Care in der Schweiz»[1] und dem «Grundlagendokument für Hospize»[2] des Dachverbandes Hospize Schweiz (DVHS).

2. ANGEBOTSSTRUKTUR

2.1 Definition

Ein **Hospiz** ist eine sozial-medizinische Institution mit dem Auftrag, Leistungen der Spezialisierten Palliative Care (SPC) zu erbringen. Es kann als eigenständige Institution oder als Teil eines Spitals oder einer Pflegeeinrichtung betrieben werden.

Hospize müssen zertifiziert sein (z. B. Träger Qualitätslabels für Hospize von palliative.ch).

Nicht eigenständig geführte Hospize gewährleisten mit einer eigenen Betriebsrechnung, dass ihre Kosten und Leistungen transparent ausgewiesen werden und nachvollziehbar sind. Dies sichert die Nachvollziehbarkeit der Kosten und die klare Abgrenzung zu den **Pflegeheimen mit dem Auftrag der Grundversorgung Palliative Care**.

Ein spezialisiertes, multiprofessionell arbeitendes Palliative-Care-Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patient:innen und deren nahestehende Bezugspersonen. Freiwillige Mitarbeitende sind integraler Bestandteil des Teams.

2.2 Zielgruppen

Hospiz: Patient:innen mit einer fortgeschrittenen, chronischen und unheilbaren Erkrankung mit komplexer Symptomatik, erhöhtem Aufwand an spezialisierter Pflege (medizinisch, pflegerisch, psychosozial und spirituell) und einer absehbaren Lebenserwartung von wenigen Wochen. Dies entspricht den Eintrittskriterien für ein Hospiz mit der Versorgung der Spezialisierten Palliative Care. Eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung sind die Ausschlusskriterien.

Abgrenzung zum Pflegeheim: Pflegeheime bieten die Grundversorgung mit Palliative Care an. Patient:innen mit der Indikation für ein Hospiz und somit einer 24/7 benötigen Versorgung mit Spezialisierter Palliative Care können in einem Pflegeheim nicht ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt werden. Die Pflegeheime haben einen anderen Auftrag.

Abgrenzung zur Palliativstation eines Akutspitals: Patient:innen, deren Lebenserwartung länger als einige Wochen beträgt und Patient:innen, die aufgrund ihrer akuten Situation eine Spitalversorgung benötigen, können für eine zeitlich begrenzte Dauer auf die Palliativstation aufgenommen werden.

---

[1] BAG, palliative.ch und GDK (2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

[2] Dachverband Hospize Schweiz (2019). Grundlagendokument für Hospize und hospizähnliche Strukturen in sozial-medizinischen Institutionen.

2.3 Auftrag und Ziel

Die Spezialisierte Palliative Care umfasst die ganzheitliche Versorgung von komplex erkrankten Menschen, die in ihrer letzten Lebenszeit sind. Eine Versorgung im Hospiz wird notwendig, wenn eine häusliche Pflege oder die Grundversorgung mit Palliative Care im Pflegeheim aufgrund der Komplexität nicht (mehr) möglich ist und eine Behandlung im Akutspital keine Verbesserung der Problematik verspricht oder vom Patienten:in nicht mehr gewünscht und eine Anschlusslösung nötig wird.

Die palliativen Behandlungskonzepte streben die Linderung belastender Symptome, die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen und ein Sterben in Würde an. Sie schliessen die Begleitung der nahestehenden Bezugspersonen mit ein.

Ein Hospiz ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patient:innen. Die Indikation für den Eintritt in das Hospiz stellt die Hospizärztin oder der Hospizarzt in Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung unter Einbezug eines anerkannten Instruments. Auch die behandelnde Haus- oder Fachärztin/der behandelnde Haus- oder Facharzt kann die Indikation für einen Eintritt stellen. Die Indikation wird durch die Hospizärztin / den Hospizarzt überprüft. Über die endgültige Aufnahme entscheidet die Hospizärztin / der Hospizarzt.

Die Aufenthaltsdauer bis zum Eintritt des natürlichen Todes ist zeitlich unlimitiert.

3. KRITERIEN DER STRUKTURQUALITÄT

3.1 Berufsgruppen

Mitarbeitende Pflege

Mindestens 1,2 VZÄ-Pflegefachperson pro Bett (1 Vollzeitstelle pro 0,8333 Betten)

- davon mindestens 50% diplomierte Pflegefachpersonen
- davon 30%FaGe (Fachperson Gesundheit)
- davon maximal 30% Pflegeassistenzen

Anzahl der Pflegenden richtet sich nach der Bettenzahl des Hospizes:

	Tagschicht	Spätschicht	Nacht-schicht	Gesamt	**Schlüssel**
	VZE	VZE	VZE	VZE	**VZE/Bett**
1 Bett	1	1	1	4.8	**4.80**
2 Betten	1.5	1	1	5.6	**2.80**
3 Betten	2	1.5	1	7.2	**2.40**
4 Betten	2	1.5	1	7.2	**1.80**
5 Betten	2.5	2	1	8.8	**1.76**
6 Betten	2.5	2	1	8.8	**1.47**
7 Betten	3	2.5	1	10.4	**1.49**
8 Betten	3	2.5	1	10.4	**1.30**
9 Betten	3.5	2.5	1	11.2	**1.24**
10 Betten	4	3	1	12.8	**1.28**
11 Betten	4	3	1.5	13.6	**1.24**
12 Betten	4.5	3	1.5	14.4	**1.20**
13 Betten	4.5	3.5	2	16.0	**1.23**
14 Betten	5	4	2	17.6	**1.26**

..

Diplomierte Pflegefachpersonen sind täglich rund um die Uhr präsent (7/24/365); für jede Schicht trägt mindestens eine diplomierte Pflegefachperson die Verantwortung.

In der Nacht ist mindestens 1 Pflegefachperson (HF/FH) vor Ort und eine weitere Person abrufbar.

Ärztlicher Dienst

Der Hospizarzt/die Hospizärztin übernimmt die Verantwortung für den medizinischen Teil. Dabei kann es sich um eine/n vom Hospiz selbst angestellten Ärztin/Arzt oder um einen oder mehrere fix konsiliarisch beigezogene Ärzte/Ärztinnen handeln.

Der Hospizarzt/die Hospizärztin führt mindestens zweimal pro Woche eine Visite durch und ist tagsüber telefonisch erreichbar. Die medizinische Versorgung ist 24/7/365 gewährleistet.

Spiritual Care/Seelsorge

Beizuziehende Fachpersonen sind definiert und können bei Bedarf zugezogen werden.

Weitere, ausschliesslich bei Bedarf verfügbare Berufsgruppen

- Sozialarbeit/-pädagogik
- Psychologie
- Physiotherapie/Atemtherapie
- Musik- /Kunsttherapie
- Tiertherapie und weitere geeignete Therapieformen

Freiwillige

Freiwillig Mitarbeitende sind integraler Bestandteil des Hospizteams. Sie haben eine Ansprechperson für Freiwilligenarbeit, die auch die Einsätze plant. Die Freiwilligen übernehmen die Betreuung der Hospizpatient:innen. Unter Betreuung fallen: Begleiten der Patientin/des Patienten am Bett oder im Haus ohne pflegerische Handlung (auch nachts), Assistenz beim Essen (ohne Eingabe des Essens bei Schluckstörungen), Spaziergänge, u.a.

3.2 Qualifikation der Mitarbeitenden

Pflegedienstleitung

Die Pflegedienstleitung hat einen Nachweis einer anerkannten Zusatzqualifikation für spezialisierte Palliative Care (B2, CAS/DAS/MAS) sowie mindestens eine zweijährige Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatientinnen / -patienten.

Diplomierte Pflegefachpersonen

Mindestens die Hälfte aller diplomierten Pflegefachpersonen und zwingend pro Schicht mindestens eine diplomierte Pflegefachperson hat mindestens eine einjährige Berufserfahrung und eine Zusatzqualifikation (B2 oder CAS/DAS/MAS) auf dem Gebiet der Spezialisierten Palliative Care.

Es wird empfohlen, dass alle Pflegepersonen über die Fachlichkeit einer Weiterbildung in Spezialisierten Palliative Care verfügen, mindestens Leistungsniveau B2[3].

[3] Die Ausbildungsniveaus A1, B1 und B2 in diesem Dokument beziehen sich auf das Modell Bildungsabschlüsse Palliativpflege Schweiz von palliative.ch.

Anderes Pflegepersonal

Anderes Pflegepersonal hat mindestens eine zweijährige Berufserfahrung. Mindestens die Hälfte des angestellten Pflegepersonals hat das Kompetenzniveau B1.

Es wird empfohlen, dass alle Pflegepersonen über die Fachlichkeit einer Weiterbildung in Spezialisierten Palliative Care verfügen, mindestens Leistungsniveau B1.

Ärztlicher Dienst

Die Hospizärztin/Der Hospizarzt verfügt über folgende Qualifikationen:

Einen IdS-Titel oder mindestens 80 Stunden Theorie in Palliative Care (Basiskurs Palliativmedizin und «das Einmaleins der Pflegeheim-Medizin» oder Basiskurs Palliativmedizin und End of Life Modul) sowie 2 x jährlich durchgeführter Qualitätszirkel mit einer Ärztin/einem Arzt mit IdS.

Spiritual Care / Seelsorge

Fachpersonen der Spiritual Care / Seelsorge verfügen über ein Theologiestudium oder einen Hochschulabschluss mit entsprechender Weiterbildung. Eine auf Gesprächsführung fokussierte Weiterbildung muss vorhanden sein.

Andere Berufsgruppen

Fachpersonen anderer Professionen, die bei Bedarf Teil des multiprofessionellen Settings sind, haben Kompetenzen und Erfahrungen in der palliativen Betreuung von Menschen am Lebensende. Sie verfügen über eine Weiterbildung in Palliative Care, Ausbildungsniveau mindestens A1, oder adäquat dem Berufsbild entsprechend.

Freiwillige Mitarbeitende

Die Freiwilligen haben eine Weiterbildung in Palliative Care (Bildungsniveau mindestens A1) oder den Kurs «Hospizbegleiter:in» absolviert. Die Ausbildung sollte innerhalb der ersten zwei Einsatzjahre abgeschlossen werden.

3.3 Strukturen betreffend Team

Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation des Verlaufs und dem Erfassen des Umfeldes der Patient:innen mittels geeigneter Instrumente oder ähnliche Massnahmen zur Stabilisierung und Selbstreflexion des Teams:

Strukturierte Veranstaltungen wie Supervision, Balint-Gruppe, geleitete Fallbesprechungen, medizinisch-ethische Reflexion, Todesfallnachbesprechungen oder Nachbesprechung für das Team. Angebote für individuelle Unterstützung stehen ebenfalls allen Mitarbeitenden zur Verfügung.

3.4 Apparative Infrastruktur

Folgende apparative Infrastruktur muss vorhanden sein:

- Sauerstoffgeneratoren
- Absauggeräte
- Schmerzpumpen
- Infusomaten und Perfusoren
- Anti-Decubitusmatratzen
- Kinästhetisches Lagerungsmaterial

- Kühlplatten

3.5 Räumliche Infrastruktur

Wohnliche, häusliche Atmosphäre, Patient:innen-Bereiche ausgestattet gemäss den Normen für hindernisfreie Bauten

Ausschliesslich 1-Bett-Zimmer mit eigener rollstuhlgängiger Nasszelle. Dies ist für Neubauten zwingend, für Altbauten im Rahmen von Umbauprojekten so vorzusehen

Übernachtungsmöglichkeiten und Aufenthaltsbereich für nahestehende Angehörige und Bezugspersonen

Multifunktionell nutzbare Räumlichkeiten für Besprechungen therapeutische und soziale Aktivitäten

Rückzugsmöglichkeiten für Angestellte und Angehörige

Adäquate und genügend Arbeitsplätze für das multiprofessionelle Team

Raum der Stille

3.6 Mindestgrösse

Die Mindestgrösse eines Hospizes richtet sich nach den örtlichen und regionalen Bedürfnissen.

3.7 Qualitätszertifizierung

Das Hospiz ist durch eine anerkannte, unabhängige Organisation für das Leistungsangebot der Spezialisierten Palliative Care zertifiziert.

4. GÜLTIGKEITSBEREICH

Die Rechte zur Anpassung dieses Dokumentes liegen beim Vorstand von palliative.ch und dem Vorstand des Dachverbandes Hospize Schweiz. Änderungen bedingen Konsens der beiden Vorstände.

Die vorliegende Version der Strukturkriterien Hospize tritt am 01.01.2027 in Kraft und wurde vom Vorstand der Fachgesellschaft palliative.ch am 28.10.2026 und vom Vorstand des Dachverbandes Hospize Schweiz am 23.09.2026 genehmigt. Sie ist gültig bis auf Widerruf.



Manuela Weichelt
Präsidentin palliative.ch



Sibylle Jean-Petit-Matile
Präsidentin Dachverband Hospize Schweiz