



## Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care Forderungen zur Umsetzung der Motion 20.4264 SGK-SR

### Position

3. November 2023

#### 1 Ausgangslage

Der Bundesrat hat in seinem Bericht zum [Postulat 18.3384 Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende](#) den Handlungsbedarf anerkannt, der heute in Bezug auf Palliative Care in der Schweiz besteht: Bessere Integration der verschiedenen Leistungsangebote der Palliative Care in die Gesundheitsversorgung, besserer Zugang für vulnerable Patientengruppen zu diesen Angeboten, Verbesserung der gesundheitlichen Vorausplanung, etc. Damit diese Ziele auch erreicht werden, müssen die entsprechenden Angebote angemessen vergütet und tarifiert werden.

Folgerichtig hat das Parlament die [Motion 20.4264 Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care](#) an den Bundesrat überwiesen. Die Motion beauftragt den Bundesrat, 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.

Dem Bundesrat stehen bei der Umsetzung der Motion 20.4264 verschiedene Instrumente zur Verfügung.

- a) Er kann und soll erstens aufgrund der ihm übertragenen Kompetenzen die notwendigen Anpassungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Eigenregie und ohne zeitliche Verzögerung durchführen, basierend auf den heutigen gesetzlichen Grundlagen.

- b) Er ist zweitens aufgefordert, die Verankerung palliativmedizinischer Leistungen im KVG zügig voranzutreiben und in einer Botschaft zu Händen des Parlaments darzulegen, dass und warum es für die angemessene Vergütung der Palliative-Care-spezifischen Leistungen eine Anpassung des KVG braucht.
- c) Drittens ist er angehalten, Empfehlungen an die Tarifpartner auszusprechen, welche Massnahmen diese in eigener Kompetenz umsetzen können und sollen. Dabei soll er insbesondere den Prozess aktiv unterstützen, aktuelle Tarifierungen zu überprüfen und mögliche Alternativen zu evaluieren.
- d) Viertens soll er die Kantone an ihre Verantwortung bei der Versorgung und Finanzierung erinnern, die ihnen aufgrund ihrer Schlüsselrolle als Planer, Erteiler von Leistungsaufträgen und Co-Kostenträger zukommt. Insbesondere soll er Empfehlungen an die Kantone hinsichtlich einer sachgerechten Abbildung der Pflegerestkostenfinanzierung aussprechen.

## 2 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

In der Wintersession 2022 hat das Parlament das *Bundesgesetz zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege* verabschiedet (BBI 2022 3205, einschliesslich Änderung KVG, S. 7ff.). Dies als erste Etappe zur Umsetzung der *Volksinitiative für eine starke Pflege* («Pflegeinitiative»), die von Volk und Ständen am 28. November 2021 angenommen worden ist. Die Vorlage beinhaltet auch Anpassungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), darunter Artikel 25a Absatz 3<sup>ter</sup>, der den Bundesrat dazu verpflichtet, bei der Bezeichnung der Pflegeleistungen den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen, zu berücksichtigen. Der Bundesrat kann und soll aufgrund der ihm übertragenen Kompetenz die notwendigen Anpassungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Eigenregie und ohne zeitliche Verzögerung durchführen. Dazu gehören namentlich die folgenden:

1. **Die Beiträge für ambulante Pflege im Allgemeinen (Artikel 7a Absatz 1 KLV) und für ambulante Palliativpflege im Besonderen sind zu erhöhen.** Schon die Beiträge für nichtpalliative Pflegeleistungen sind heute gemessen am tatsächlichen Aufwand klar zu tief angesetzt. Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 wurden die Beiträge nie erhöht, sondern im Gegenteil sogar gesenkt. Dies ist nicht sachgerecht und daher dringend zu korrigieren. Bei der palliativen Pflege kommt noch ein Mehraufwand an Koordinations- und Beratungsleistungen sowie an komplexen Behandlungs- und Grundpflegeleistungen hinzu. Dieser Mehraufwand muss angemessen abgegolten werden. Mit den Beitragserhöhungen für ambulante Pflege wird dem Umstand Rechnung getragen, dass gemäss [Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2009](#) drei Viertel der Bevölkerung zu Hause sterben möchten.
2. **Die Pflegebedarfsstufen (Artikel 7a Absatz 3 KLV) für stationäre Pflege sind zu erweitern**, d.h. die zeitliche Begrenzung der Vergütung von heute maximal 240 Pflegeminuten pro Tag (Pflegestufe 12) ist nach oben anzupassen. Dafür ist die Anzahl Pflegestufen auf 18 zu erhöhen (maximal 360 Pflegeminuten pro Tag). Damit trägt der Bundesrat dem Umstand Rechnung, dass der zeitliche Mehraufwand der Pflege von Patientinnen und Patienten mit palliativen Bedürfnissen und komplexer Problematik deutlich höher ist, als im heutigen System vergütet werden kann.
3. **Der Katalog der Pflegeleistungen und Massnahmen in Artikel 7 Absatz 2 KLV** ist um Palliative Care-spezifische und Demenz-spezifische Leistungen zu erweitern resp. auszudifferenzieren. Damit wird gewährleistet, dass im palliativen Kontext sowie bei

vorliegender Demenzdiagnose auch pflegenaher Betreuungsleistungen vergütet werden können (z.B. Anleitung zum Einnehmen der Mahlzeit).

Diese Anpassungen der KLV sind im aktuellen Kontext dringend umzusetzen, nicht nur mit Bezug auf die Motion 20.4264, sondern auch angesichts der äusserst angespannten Situation im Pflegebereich generell.<sup>1</sup> Es ist darauf hinzuweisen, dass die oben genannten Änderungen auch Anpassungen der Erhebungsinstrumente wie Leistungsstatistik, Pflegebedarfsinstrumente etc. zur Folge haben werden. Diese Anpassungen müssen koordiniert vollzogen werden. Der Bundesrat ist ausserdem gehalten, zu überprüfen, ob unter Berücksichtigung des Bedarfs von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen, Anpassungen der KLV hinsichtlich Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen (Art. 2, 3-3b, 11b KLV), Vergütung von medizinisch-therapeutischen Leistungen (Art. 5, 6 KLV), Vergütung von Leistungen der Ernährungsberatung (Art. 9b-9c KLV) und/oder Vergütung von Leistungen der Logopädie (Art. 10, 11 KLV) notwendig sind.

### 3 Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Es fehlt heute eine gesetzliche Regelung hinsichtlich dessen, wie die Sterbephase eines Patienten bzw. einer Patientin bedarfsgerecht vergütet werden soll. Eine umfassende bio-psycho-sozial-spirituelle Begleitung der Betroffenen wird bisher nicht als (kassenpflichtige) medizinische Aufgabe angesehen. Hingegen werden intensivmedizinische, interventionelle oder invasive Massnahmen, wie z.B. Koronarstents oder Radiotherapien problemlos von der OKP übernommen, auch wenn diese für Menschen am Lebensende selten einen palliativen Nutzen bringen. Damit kann aber der Anreiz bestehen, solche Massnahmen auch bei denjenigen Patienten noch anzuwenden, die daraus keine Verbesserung der Lebensqualität mehr erfahren können.<sup>2</sup>

Die Palliative Care ist deshalb zwingend im KVG zu verankern. Dies bedeutet, dass notwendige Leistungen der bio-psycho-sozial-spirituellen Begleitung und Betreuung für Menschen am Lebensende als KVG-pflichtige Leistungen anzuerkennen sind. Dazu gehören insbesondere:

- **Psychosoziale Leistungen** (Psychologie, Sozialarbeit/-pädagogik, Kunsttherapie) und spirituelle Leistungen (Seelsorge) an Patient/innen in der letzten Lebensphase;
- Spezialisierte Palliative-Care-Leistungen der **mobilen Palliativdienste** (2. Linie);
- Spezialisierte Palliative-Care-Leistungen **im stationären Bereich** (Palliativstationen, Palliativkliniken, Hospize und hospizähnliche Strukturen in sozialmedizinischen Institutionen)
- **Beratungsleistungen, insbesondere der gesundheitlichen Vorausplanung.** In Bezug auf die gesundheitliche Vorausplanung hat das BAG kürzlich gemeinsam mit der SAMW eine Roadmap mit zwölf Empfehlungen publiziert.<sup>3</sup> Die zur Umsetzung der Roadmap notwendigen Beratungsleistungen müssen angemessen finanziert werden (vgl. [Pa.lv. 22.420 Dobler](#)).
- Evtl. **Supportleistungen** für Angehörige bzw. nahestehende Bezugspersonen (inkl. Trauerarbeit);

---

<sup>1</sup> Siehe z.B. [Medienmitteilung H+ vom 16.09.2022](#), [Medienmitteilung H+ vom 25.01.2023](#).

<sup>2</sup> Einzuräumen ist, dass es selbstverständlich Interventionen gibt, die nicht lebensverlängernde Ziele verfolgen und damit im palliativen Sinn nicht in Frage zu stellen sind. Dazu gehören etwa palliative Bestrahlungen oder endoskopische bzw. interventionelle Entlastungen (gastroenterologisch, radiologisch, etc.). Auch eine traumatologisch-chirurgische Intervention kurz vor dem Tod, z.B. eine Fixation bei einer Schenkelhalsfraktur zwecks Schmerzlinderung, kann palliativen Nutzen bringen.

<sup>3</sup> Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz. BAG/SAMW. Bern, März 2023.

Siehe auch:

- [Forderungskatalog der Allianz für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care, 9.12.2020.](#)
- [Gesetz über die Palliative Care Kanton Wallis.](#)

Der Bundesrat ist aufgefordert, im Rahmen der Umsetzung der Motion 20.4264 die Verankerung Palliative-Care-spezifischer Leistungen im KVG zügig voranzutreiben und in einer Botschaft zu Händen des Parlaments darzulegen, dass und warum es für eine angemessene Vergütung dieser Leistungen eine Anpassung des KVG braucht.

## 4 Anpassung der Tarifstrukturen ambulant und stationär

### 4.1 Dringliche tarifarische Massnahmen

Der Bundesrat ist gehalten, Empfehlungen an die Tarifpartner – oder für den Pflegebereich an die Kantone als Restfinanzierer<sup>4</sup> – auszusprechen, welche Massnahmen diese in eigener Kompetenz umsetzen sollen. Die Tarifpartner bzw. Restfinanzierer sind gehalten, dringend auf eine bessere Abbildung von Leistungen hinzuwirken, die für eine optimale Palliative Care-Versorgung notwendig sind. Namentlich zu nennen sind folgende:

- Palliative Care-Leistungen **in Abwesenheit des Patienten / der Patientin** (z.B. Case Management / Koordination und Vernetzung / Rundtischgespräche, Austrittsplanung / Organisation Entlastungsdienst, 24-Stunden-Rufbereitschaft, Hausbesuche bzw. Anfahrtkosten der Haus- und Heimärzte, etc.);
- Sachgerechte Abbildung der Pflegerestkosten in allen Kantonen;
- **Medizinisch-therapeutische** Leistungen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie);
- **Psychotherapeutische** Leistungen;
- Schaffung einer **Beratungs- und Koordinationspauschale** sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich.
- Schaffung und Finanzierung eines **nationalen Registers** für Palliative Care.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere Leistungen in Abwesenheit des Patienten bzw. der Patientin **multiprofessionell** erbracht werden. Die Abgeltung erfolgt mittels bestehender oder neu zu schaffender Tarife bzw. Beiträge, wobei die selbständige Verrechnung neu auch Pflegefachpersonen möglich sein muss auf Basis von Artikel 25 Absatz 2 sowie Artikel 25a Absätze 1 und 3 nKVG in Umsetzung der Pflegeinitiative.

### 4.2 Tarifierung stationäre Palliative Care: Prüfung von Alternativen

Die Erbringung von Leistungen der stationären spezialisierten Palliative Care in den heute geltenden Finanzierungsregimes ist ein Verlustgeschäft. Im Bereich der Palliative Care Akutsomatik, die im Fallpauschalensystem SwissDRG abgebildet wird, resultierten im Jahr 2020 nicht gedeckte Kosten von insgesamt CHF 68 Mio. Dies entspricht einer Deckungslücke von 19 Prozent.<sup>5</sup> Allen bisherigen Bemühungen zum Trotz liegt nach wie vor keine sachgerechte Abbildung der spezialisierten, aber auch der allgemeinen Palliative Care in der Tarifstruktur

---

<sup>4</sup> Gemäss geltendem Recht (Art. 25a Abs. 5 KVG) sind im Bereich der Pflege die Kantone für die Regelung der Restfinanzierung zuständig, nebst den vom Bund festgelegten Beiträgen der OKP und der Patientinnen und Patienten. Dies führt zu kantonal sehr unterschiedlichen Regelungen und in vielen Kantonen zu finanziellen Unterdeckungen bei Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen. Damit eine bedarfsgerechte palliative Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege schweizweit gewährleistet ist, müssen auch in diesem Bereich dringend Massnahmen ergriffen werden.

<sup>5</sup> Palliativ-Abbildung innerhalb SwissDRG. H+, 27.6.2022

SwissDRG vor. Aufgrund der Kleinheit und Heterogenität der Fallgruppen scheint das Ziel einer hundertprozentigen Abbildungsgenauigkeit auch kaum je erreichbar zu sein.

Im Bereich der stationären spezialisierten Palliative Care in Hospizen und hospizähnlichen Strukturen in sozialmedizinischen Institutionen sieht es nicht besser aus. Hospize, hospizähnliche Strukturen und spezialisierte Abteilungen in Pflegeinstitutionen sind heute klar unterfinanziert. Gemäss Polynomics (2020) ergeben sich nicht gedeckte Kosten von rund einem Drittel.<sup>6</sup> Die komplexkranken und zu Beginn oft instabilen Patient/innen benötigen nebst aufwändiger Pflege weitere Leistungen – ärztliche, therapeutische, psychologische, psychosoziale, etc. – was weder durch die Pflegefinanzierung noch durch die geltenden Tarife annähernd abgedeckt wird. Deshalb wird die stationäre spezialisierte Palliative Care nur von wenigen sozialmedizinischen Institutionen der Schweiz angeboten, was dem tatsächlichen Bedarf in keiner Weise entspricht.

Angesichts dieser Situation sind Alternativen zu den geltenden Finanzierungsregimes ernsthaft und vorbehaltlos zu prüfen, und zwar ganzheitlich. Hierbei lohnt sich ein Blick nach Deutschland, wo gemäss dem Hospiz- und Palliativgesetz<sup>7</sup> Palliativstationen von Spitälern und Hospize als „besondere Einrichtungen“ gelten und ihre Leistungen mit nach Schweregrad abgestuften Tagespauschalen vergüten können.<sup>8</sup> Dies wäre auch in der Schweiz ein gangbarer Weg, um eine nachhaltige und ethisch vertretbare Finanzierung der spezialisierten stationären Palliative Care (Palliativstationen, Palliativkliniken, Hospize und hospizähnliche Strukturen in sozialmedizinischen Institutionen) zu erreichen. Eine auf abgestuften Tagespauschalen beruhende Finanzierung kann im Rahmen eines Pilotprojekts getestet werden. Ein solches System hat auch eine potenziell kostendämpfende Wirkung, weil die weiter oben unter Punkt 3 genannten Fehlanreize bei der Behandlung von Menschen am Lebensende beseitigt werden. Mit dem neuen Artikel 59b KVG verfügt der Bundesrat über die gesetzliche Grundlage, um Pilotprojekte zu fördern, die für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft eine kostendämpfende Wirkung entfalten.<sup>9</sup> Er ist daher aufgefordert, der SwissDRG AG ein Mandat zur Durchführung des o.g. Pilotprojekts zu erteilen.

Parallel dazu sind bei der Vergütung spezialisierter und allgemeiner stationärer Palliative Care, Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie, insbesondere Alterspsychiatrie, und Rehabilitation Verbesserungen weiterhin in den jährlichen Systemrevisionen anzustreben.

---

<sup>6</sup> Kostenberechnungen Hospizstrukturen. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Polynomics. Olten, 28.10.2020.

<sup>7</sup> [Bundesgesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland \(Hospiz- und Palliativgesetz\) vom 01.12.2015.](#)

<sup>8</sup> Ein ähnliches System wird in Australien schon lange mit Erfolg praktiziert. Siehe: [Gordon R, Eagar K, Currow D, Green J. Current funding and financing issues in the Australian hospice and palliative care sector. J Pain Symptom Manage 2009; 38: 68-74.](#)

<sup>9</sup> Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1a, Änderung KVG vom 18. Juni 2021 (BBl 2021 1496)

**Folgende Organisationen tragen dieses Positionspapier mit (in alphabetischer Reihenfolge):**

Alzheimer Schweiz

ARTISET Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf /  
CURAVIVA Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter

ASPS Association Spitex privée Suisse

DVHS Dachverband Hospize Schweiz

H+ Die Spitäler der Schweiz

Krebsliga Schweiz

mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz

palliative.ch – Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung

senesuisse – Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz

Senevita Gruppe

SGAP Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie

Spitex Schweiz / Aide et soins à domicile Suisse

SSR Schweizerischer Seniorenrat