



Kostenberechnung Hospizstrukturen

Schlussbericht

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit



**Kostenberechnung Hospizstrukturen
Schlussbericht**

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
Vertragsnummer: 20-011320 / 223.3-18/1

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

28. Oktober 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Das Wichtigste in Kürze	5
2	Einleitung	6
3	Versorgungsstrukturen Palliative Care.....	7
4	Berechnungsmodell	9
4.1	Anzahl potenzielle Hospizpatienten	10
4.2	Dauer Hospizaufenthalt	13
4.3	Kosten Hospizaufenthalt.....	13
4.4	Heutige Kosten eines potenziellen Hospizpatienten.....	15
5	Resultate.....	18
5.1	Kostenwirkung Ausbaus Hospizstruktur	18
5.2	Kostenvergleich stationäre Palliative-Care-Einrichtungen.....	19
6	Fazit	20
7	Literaturverzeichnis.....	22

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHF	Schweizer Franken
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CMI	Case Mix Index; Fallschwereindex im DRG-System
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
ICD	International Classification of Diseases
NSPC	Nationale Strategie Palliative Care
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups; fallpauschalenbasiertes Tarifsystem für stationäre Spitalleistungen

Alle im vorliegenden Dokument verwendeten Personenbezeichnungen gelten sinngemäss für beide Geschlechter.

1 Das Wichtigste in Kürze

Der Bundesrat wurde vom Parlament beauftragt aufzuzeigen, wie Palliative Care in allen Regionen der Schweiz langfristig verankert, allen Menschen zur Verfügung gestellt und finanziert werden kann. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kommt in seiner Analyse zum Schluss, dass für die Erreichung dieses Zieles mehr stationäre Hospizstrukturen¹ nötig sind. Um Massnahmen zur Förderung von zusätzlichen Hospizstrukturen ableiten zu können, hat das BAG Polynomics beauftragt, die Kostenwirkung eines Ausbaus der Hospizstrukturen unter Einbezug verschiedener Finanzierungsvarianten zu berechnen. Im Zentrum steht die Auswirkung auf die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP).

Für die Berechnung der Kostenwirkung werden Informationen zu vier Elementen benötigt: Die Anzahl potenzieller Hospizpatienten, die Dauer ihres Hospizaufenthaltes, die Kosten eines Hospizaufenthaltes sowie die heutigen Kosten potenzieller Hospizpatienten. Ersteres kann lediglich sehr grob abgeschätzt werden, wir stützen uns für unsere Berechnungen daher auf mehrere Methoden, um die mit diesem Schätzwert verbundene Unsicherheit abzubilden. Die Dauer eines Hospizaufenthaltes sowie dessen Kosten bestimmen wir auf Basis einer Umfrage bei drei Hospizen und vier Pflegeheimen mit spezialisierter Palliative-Care-Abteilung. Die heutigen Kosten potenzieller Hospizpatienten können einzig approximativ bestimmt werden. Bei den Patienten, die bereits heute in einem Hospiz betreut werden, führt der Ausbau zu keiner Kostenveränderung. Für die heutigen Kosten von Patienten, die heute (noch) nicht in einem Hospiz behandelt werden, stützen wir uns auf von Wyl et al. (2015), die auf Basis von Krankenversicherungsdaten die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im letzten Lebensjahr untersuchen.

Ein Ausbau der Hospizstrukturen ist je nach verwendeter Schätzmethode für die Anzahl potenzieller Hospizpatienten mit zusätzlichen Kosten von 0 bis 54.8 Mio. CHF pro Jahr verbunden. Die Auswirkung auf die OKP hängt stark vom jeweiligen Finanzierungsregime ab. Bei Beibehaltung des aktuellen Finanzierungsregimes sinken die Kosten der OKP um jährlich 0 bis 11.5 Mio. CHF. Es kommt zu einer Kostenverschiebung von der OKP hin zu den Patienten sowie den Kantonen und ihren Gemeinden. Werden die Kosten eines Hospizaufenthaltes hingegen analog zum heutigen Kostenteiler bei der Spitalfinanzierung finanziert, steigen die Kosten der OKP um 9.8 bis 34 Mio. CHF pro Jahr. Bei den Patienten, die bereits heute in einem Hospiz betreut werden, kommt es dabei zu einer Verschiebung der Kosten von den Patienten zur OKP und den Kantonen.

Bei einer Einführung von EFAS unter Einbezug der Pflege erhöhen sich die Kosten der OKP durch einen Ausbau der Hospizstrukturen um jährlich 8.5 bis 12.8 Mio. CHF. Der grösste Teil des Kostenanstieges bei der OKP geht dabei auf die Patienten zurück, die bereits heute in einem Hospiz betreut werden, hier verschieben sich die Kosten von den Patienten und insbesondere den Kantonen zur OKP. Werden zusätzlich zur Einführung von EFAS mit Einbezug der Pflege die gesamten Kosten eines Hospizaufenthaltes nach dem EFAS-Kostenteiler finanziert, steigen die Kosten der OKP jährlich um 17.9 bis 51.8 Mio. CHF. Bei den bereits heute in einem Hospiz betreuten Personen kommt es dabei zu einer Kostenverschiebung von den Patienten zur OKP.

Ein Ausbau der Hospizstrukturen wäre daher maximal mit einer Zunahme der OKP-Kosten um 51.8 Mio. CHF verbunden, das entspricht rund 0.2 Prozent der heutigen OKP-Kosten.

¹ Der Begriff Hospiz bezieht sich auf sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag.

2 Einleitung

Das Parlament hat den Bundesrat mit dem Postulat 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Kantonen sowie den betroffenen Organisationen und Fachpersonen einen Bericht mit Empfehlungen zu erarbeiten, um die Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende zu verbessern. Insbesondere sollte aufgezeigt werden, wie die allgemeine und spezialisierte Palliative Care in allen Regionen der Schweiz langfristig und nachhaltig verankert, allen Menschen zur Verfügung gestellt und finanziert werden kann. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kommt in seiner Analyse zum Schluss, dass für die Erreichung dieses Ziels mehr stationäre Hospizstrukturen nötig wären, in denen Patienten mit einem komplexen Krankheitszustand und hohem Betreuungsaufwand ihre letzten Lebenswochen verbringen können.

Um die Fragen im Postulat abschliessend beantworten und vor allem Massnahmen zur Förderung von zusätzlichen stationären Hospizstrukturen ableiten zu können, braucht es eine valide und detaillierte Berechnung der Kostenwirkungen eines solchen Ausbaus der Hospizstrukturen. Im Zentrum stehen dabei vor allem die Auswirkungen auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) unter Einbezug verschiedener Finanzierungsvarianten. Die Kosten anderer Finanzierer (z. B. Kantone, Patienten) stehen hingegen nicht im Zentrum.

Das BAG hat Polynomics beauftragt, eine Berechnung dieser Kostenwirkung vorzunehmen. Ausgangspunkt bildet eine erste grobe Berechnung des BAG, welche auf Basis der Resultate einer Forschungsarbeit (von Wyl et al., 2015) innerhalb des Nationalen Forschungsprogramms 67 «Lebensende» vorgenommen wurde. Bei der Berechnung des BAG wurde sowohl der potenzielle Bedarf an stationären Hospizstrukturen wie auch die potenziellen Kostenfolgen abgeschätzt. In einem ersten Schritt sollen diese Berechnungen validiert und in einem zweiten Schritt konkretisiert und vertieft werden. Dabei soll vom Ist-Zustand ausgegangen werden, eine allfällige Zunahme des Bedarfs in Folge des demografischen Wandels ist nicht Gegenstand der Studie. Die Studie ist zu diesem Zweck wie folgt aufgebaut: Kapitel 3 gibt einen Überblick über das heutige Angebot an spezialisierter Palliative Care und legt dar, was unter stationären Hospizstrukturen verstanden wird. Kapitel 4 beschreibt detailliert, wie wir für unsere Berechnungen vorgegangen sind. Kapitel 5 enthält die Resultate unsere Berechnungen und Kapitel 6 schliesst mit dem Fazit.

3 Versorgungstrukturen Palliative Care

Palliative Care soll gemäss den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» allen Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronischen Krankheiten zur Verfügung stehen. Im Zentrum stehen dabei die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Bezugspersonen. Unterschieden wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care. Allgemeine Palliative Care erfolgt grösstenteils im Rahmen der Grundversorgung, d. h. durch niedergelassene Ärzte, Organisationen zur Pflege zu Hause, Alters- und Pflegeheime sowie Institutionen für Menschen mit Behinderungen und Akutspitäler. Die spezialisierte Palliative Care richtet sich an Patienten, die eine instabile Krankheitssituation mit hoher Komplexität aufweisen, eine anspruchsvolle Behandlung benötigen und/oder das Netzwerk ihrer Bezugspersonen an ihre Belastungsgrenze stösst. Es bestehen sowohl mobile (Palliativ-Konsiliardienste und mobile Palliativdienste) wie auch stationäre Angebote. Bei ersteren steht die Unterstützung der Grundversorger im Zentrum. Die Patienten sollen bei Bedarf (instabile Krankheitssituation, komplexe Behandlung) an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort (Akutspital, Pflegeheim, zu Hause) punktuell spezialisierte Palliative Care in Anspruch nehmen können. Angebote im stationären Bereich richten sich hingegen an Patienten, die permanent auf spezialisierte Palliative Care angewiesen sind. Unterschieden werden zwei Arten von Institutionen (BAG et al., 2014), welche als Komplemente betrachtet werden können:

- *Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag* behandeln Patienten, die sich in einer instabilen Krankheitssituation befinden und/oder eine komplexe Behandlung (Stabilisierung bestehender Symptome) benötigen. Ausschlaggebend ist die Spitalbedürftigkeit der Patienten. Ziel ist eine Stabilisierung der Krankheitssituation und die Entlassung des Patienten. Die Vergütung erfolgt seit Januar 2019 ausnahmslos über SwissDRG,² 45 Prozent der Kosten werden durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), 55 Prozent durch die Kantone getragen.
- *Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag* behandeln Patienten mit einer stabilen Krankheitssituation, die eine komplexe Behandlung benötigen oder das persönliche Betreuungsnetz an seine Belastungsgrenze stösst. Eine Entlassung wird nicht angestrebt. Die Vergütung erfolgt nach den Regeln der Langzeitpflege, d. h. die OKP sowie die Patienten leisten pro Tag einen fixen Beitrag an die Pflegekosten, die Restkosten müssen durch den Kanton (oder ihre Gemeinden) getragen werden. Die Kosten für Betreuung und Hotellerie müssen grundsätzlich durch den Patienten getragen werden, manche Kantone leisten aber über einen Palliative-Care-Zuschlag einen Beitrag an die Betreuungskosten. Ein Teil der Kosten wird zudem oftmals über Spenden finanziert und der freiwilligen Arbeit kommt eine bedeutende Rolle zu.

Diese Studie bezieht sich mit dem Begriff Hospizstrukturen auf die sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag. Es können in diesem Bereich prinzipiell zwei Arten von Einrichtungen unterschieden werden: Hospize sowie Pflegeheime mit einer spezialisierten Palliative-Care-Abteilung.³ Bei ersteren handelt es sich um eigenständige Institutionen, welche tendenziell jüngere Patienten betreuen, die sich in einem Pflegeheim nicht wohlfühlen. In den letzten Jahren wurde das Angebot in diesem Bereich zwar kontinuierlich ausgebaut,⁴ es ist aber weiterhin stark

² https://www.swissdrg.org/application/files/7414/8111/3399/Anwendungsregel_fuer_die__palliativmedizinische_Behandlung__ab_2018.pdf

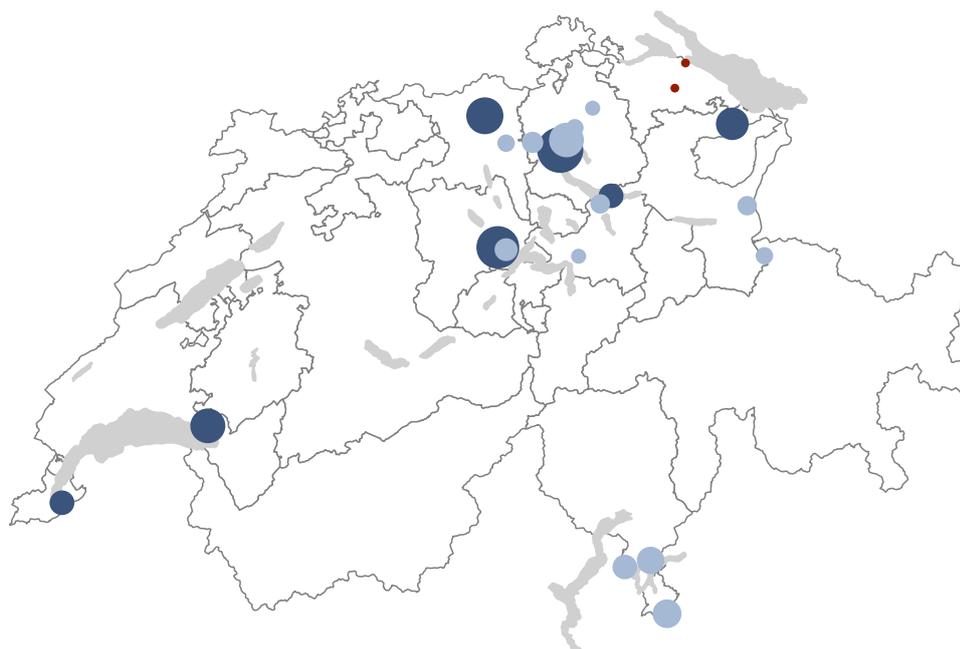
³ Eine Ausnahme bildet die Fondation Rive-Neuve in der Waadt, welche prinzipiell ein auf Palliativ Care spezialisiertes Spital betreibt, inzwischen aber auch acht Betten im Rahmen der Langzeitpflege anbietet.

⁴ Eröffnung des Hospiz St. Gallen 2018, des Hospiz Graubünden per 2019, des Hospiz Zentralschweiz per 2020.

regional konzentriert (vgl. Abbildung 1). Am grössten ist das Angebot mit 82.5 Betten pro 1 Mio. Einwohner im Kanton Tessin, während in der Grossregion Espace Mittelland⁵ keinerlei Betten zur Verfügungen stehen und in der Genferseeregion⁶ nur gerade 2.4 pro 1 Mio. Einwohner. Bei einer 2018 durchgeführten Umfrage waren sodann auch 73 Prozent der Kantone der Auffassung, dass das Angebot nicht ausreichend ist (Liechti & Künzi, 2019).

Abbildung 1 Standorte Institutionen mit Pflegeheimstatus

• Hospiz mit Pflegeheimstatus • Palliative-Care-Abteilung Pflegeheim • Hospizwohnung



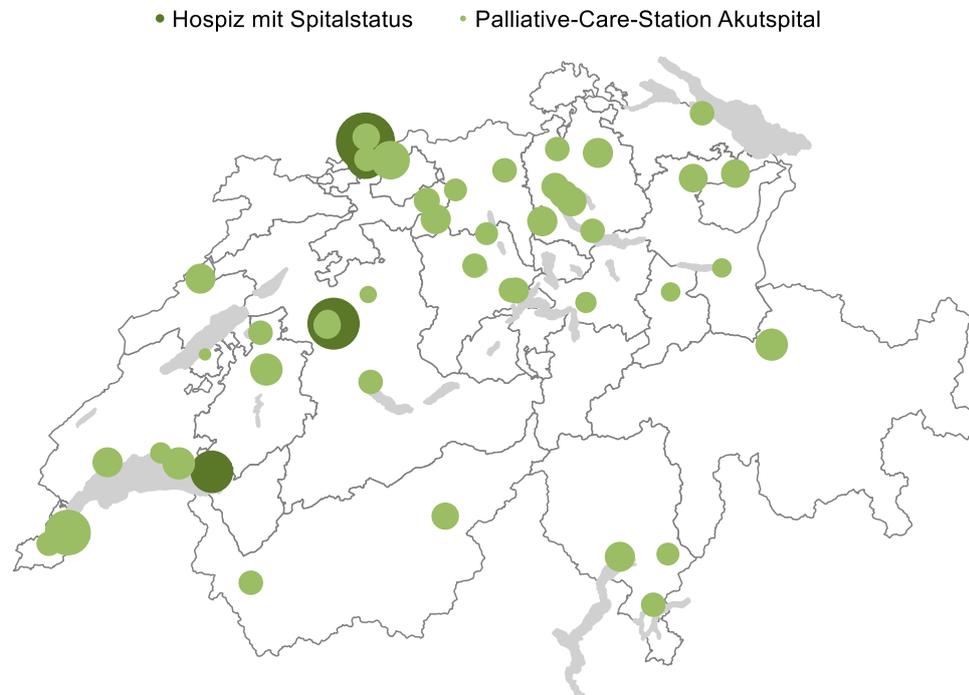
Das Angebot an sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag ist regional stark konzentriert. Das relativ zur Bevölkerung grösste Angebot besteht in den Kantonen Tessin und Zürich. Das geringste Angebot besteht im Mittelland und in der Westschweiz.

Quelle: Liechti & Künzi (2019) und eigene Recherchen Polynomics.

Teilweise verfügen Region mit einem geringen Angebot an Betten in sozialmedizinischen Einrichtungen über ein grösseres Angebot an Betten in Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag (vgl. Abbildung 2). Die meisten Kantone haben zudem zumindest in gewissen Regionen ein Angebot an mobilen Palliative-Care-Diensten (Liechti & Künzi, 2019). Die verschiedenen Angebote richten sich zwar prinzipiell an unterschiedliche Arten von Patienten, ihre Inanspruchnahme kann aber nicht isoliert betrachtet werden. Besteht beispielweise kein genügendes Angebot an mobilen Palliative-Care-Diensten, sind die Patienten stärker auf stationäre Angebote angewiesen. Der Umfang des notwendigen Angebotes an Hospizstrukturen hängt damit immer auch vom übrigen Angebot spezialisierter Palliative Care ab.

⁵ Die Grossregion Espace Mittelland umfasst die Kantone Bern, Fribourg, Jura, Neuchâtel und Solothurn.

⁶ Die Genferseeregion beinhaltet die Kantone Genf, Waadt und Valais.

Abbildung 2 Standorte Institutionen mit Spitalstatus

Das Angebot an Spitälern mit Palliative-Care-Auftrag ist regional gleichmässiger verteilt als bei den sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag. Relativ zur Bevölkerung ist das Angebot in der Grossregion Nordwestschweiz am besten ausgebaut, am geringsten ist das Angebot in der Grossregion Zentralschweiz.

Quelle: Liechti & Künzi (2019).

4 Berechnungsmodell

Für eine Berechnung der Kosten eines Ausbaus der Hospizstrukturen werden Informationen zu vier Elementen benötigt:

- die Anzahl Personen, für die eine Behandlung in einem Hospiz in Frage kommt
- die Zeit, welche diese Personen in einem Hospiz verbringen
- die Kosten für die Behandlung im Hospiz
- die Kosten, welche diese Patienten beim heute bestehenden Angebot an Hospizplätzen verursachen.

Nachfolgend legen wir in einem ersten Schritt für jedes der vier Elemente dar, welche Informationen idealerweise zur Verfügung stehen würden. Anschliessend diskutieren wir die zur Verfügung stehenden Berechnungsmöglichkeiten und legen dar, wie die Berechnung des entsprechenden Elements vorgenommen wird.

4.1 Anzahl potenzielle Hospizpatienten

In den Jahren 2017 bis 2019 gab es in der Schweiz jährlich rund 67'000 Todesfälle. Für die Berechnung der Anzahl potenzieller Hospizpatienten benötigen wir die Anzahl verstorbener Personen, für welche eine Behandlung in einem Hospiz in Frage gekommen wäre.

Berechnungsmöglichkeiten

In der Literatur bestehen verschiedene Ansätze zur Bestimmung der Anzahl Todesfälle, welche von Palliative Care hätten profitieren können. Der am stärksten verbreitete Ansatz ermittelt den Bedarf an Palliative Care ausgehend von der Todesursache (Gómez-Batiste et al., 2012; Murtagh et al., 2014; Rosenwax et al., 2005). Es wird davon ausgegangen, dass Palliative Care insbesondere von Patienten mit bestimmten Krankheitsdiagnosen benötigt wird. Während in frühen entsprechenden Studien der Fokus auf Krebserkrankungen lag, berücksichtigen neuere Studien auch gewisse Herz-, Leber-, Lungen- und Nierenerkrankungen, neurologische Krankheiten, Demenz sowie HIV/AIDS (Murtagh et al., 2014).

Ein zweiter Ansatz identifiziert potenzielle Palliative-Care-Patienten auf Basis ihres Konsums an Gesundheitsleistungen im letzten Lebensjahr (von Wyl et al., 2015). Durchgehend hohe Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr werden dabei als Indikator für eine über einen längeren Zeitraum bestehende schwere Erkrankung mit potenziell zu erwartender Todesfolge verstanden. Bei den Ansätzen gemein ist, dass sie zum Ziel haben, potenzielle Palliative-Care-Patienten und nicht potenzielle Hospizpatienten zu identifizieren. Sollen diese Ansätze verwendet werden, braucht es daher zusätzliche Annahmen, um aus den potenziellen Palliative-Care-Patienten die Teilmenge an potenziellen Hospizpatienten abzuleiten.

Eine Möglichkeit, die Anzahl potenzieller Hospizpatienten direkt zu ermitteln, ist die Befragung von Leistungserbringern, welche im Palliative-Care-Bereich tätig sind. Einen solchen Ansatz wählt die Studie von Auerbach & Meier (2013), welche für die Gesundheitsregion Winterthur eine Bedarfsanalyse der benötigten Anzahl Hospizbetten vornimmt. Schliesslich kann der Bedarf, unter der Annahme eines ausreichenden Angebotes, auch über den Ist-Zustand ermittelt werden.

Verwendete Berechnungsmethode

Bei jeder der oben dargelegten Berechnungsmöglichkeiten handelt es sich um eine grobe Schätzung der potenziellen Anzahl Hospizpatienten. Dies gilt umso mehr, da die potenzielle Anzahl an Hospizpatienten auch von der Verfügbarkeit anderer spezialisierter Versorgungsangebote, insbesondere mobiler Palliative-Care-Dienste, abhängt. Um diese Unsicherheit abzubilden, verwenden wir für unsere Berechnungen nicht nur einen Ansatz, sondern wenden mehrere verfügbare Methoden an, um die Bandbreite möglicher Werte aufzuzeigen. Ausgangspunkt für alle Berechnungen bildet die neuste verfügbare Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das Jahr 2017.

Bei der Methode, die den Bedarf auf Basis der Todesursache ermittelt, stützen wir uns auf die in diesem Bereich neuste Studie von Murtagh et al. (2014). Darin sind die berücksichtigten Krankheitsdiagnosen mittels ICD-10-Codes aufgelistet, welcher auch in der Todesursachenstatistik verwendet wird. Der damit erhaltene Wert, entspricht aber nicht den potenziellen Hospiz- sondern den potenziellen Palliative-Care-Patienten. Tatsächlich liegt der so ermittelte Wert von 75 Prozent aller Todesfälle nahe an dem in der nationalen Strategie Palliative Care zitierten Wert von zwei Dritteln aller Todesfälle (BAG & GDK, 2012). Für die anschliessende Berechnung der potenziellen Hospizpatienten verwenden wir deshalb die Schätzungen der nationalen Strategie Palliative Care, welche davon ausgehen, dass 1 bis 2 Prozent der Personen mit Palliative-Care-Bedarf Behandlungen in einer spezialisierten Palliativstation benötigen. Wir gehen dabei vom höheren Wert von 2 Prozent aus.

Bei der Identifikation über den Leistungsbezug im letzten Lebensjahr beziehen wir uns einerseits auf eine Studie von von Wyl et al. (2015). Die Studie untersucht auf der Basis von Krankenversicherungsdaten die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im letzten Lebensjahr. Die Versicherten werden in zwei Altersklassen (über und unter 65-Jährige) eingeteilt und auf Basis des Verlaufs ihrer Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr gruppiert. Die Autoren identifizieren in beiden Altersklassen jeweils eine Gruppe von Versicherten die potenziell von Palliative Care profitieren könnte. Beide Gruppen zeichnen sich durch über das gesamte letzte Lebensjahr durchgehend hohe Gesundheitskosten aus, welche bis kurz vor dem Tod ansteigen. Wir verwenden in einer ersten Variante die in der Studie ausgewiesenen Anteile dieser Gruppen an allen Todesfällen in der jeweiligen Altersklasse zur Berechnung der Anzahl potenzieller Hospizpatienten. In einer zweiten Variante multiplizieren wir diese Anteile lediglich mit den nicht-plötzlichen Todesfällen der unter 86-jährigen Personen aus der Todesursachenstatistik. Hochbetagte Patienten ohne spezifische Krankheiten benötigen in der Regel keine spezialisierte Palliative Care⁷ und werden selten in Hospizstrukturen betreut.⁸

Andererseits verwenden wir die Studie von Bähler et al. (2016), welche ebenfalls auf Basis von Krankenversicherungsdaten den Bezug von Gesundheitsleistungen in den letzten sechs Lebensmonaten analysieren. Die Studie weist den Anteil Todesfälle mit drei oder mehr Hospitalisierungen in den letzten sechs Monaten aus. Diese hohe Anzahl Hospitalisierungen verwenden wir als Proxy für eine länger bestehende schwere Erkrankung mit vorhersehbarer Todesfolge und einem damit verbundenen Bedarf an Palliative Care. Beiden Ansätzen gemein ist, dass prinzipiell nicht direkt die Anzahl potenzieller Hospizpatienten, sondern der Anteil Todesfälle, welcher von Pal-

⁷ Gespräch mit Dr. Andreas Weber, ärztlicher Leiter Palliative Care am GZO Spital Wetzikon, vom 17. Juli 2020.

⁸ Eine Auswertung der SOMED-Daten von vier Schweizer Hospizen für das Jahr 2018 zeigt, dass 90% der Patienten unter 86 Jahre alt sind.

liative Care profitieren könnte, abgeschätzt wird. Palliative Care kann aber auch in anderen Settings in Anspruch genommen werden (vgl. Kapitel 3), die Anzahl potenzieller Hospizpatienten wird damit tendenziell überschätzt.

Tabelle 1 Anzahl potenzielle Hospizpatienten

Ansatz	Quelle	Potenzielle Hospizpatienten	Anteil an allen Todesfällen in % 2017
Ausgehend von Todesursache	Murtagh et al. (2014) und NSPC	1'010	1.5%
Ausgehend vom Bezug von Gesundheitsleistungen in den letzten Lebensmonaten	von Wyl et al. (2015), alle Altersklassen	5'833	8.7%
	von Wyl et al. (2015), nur unter 86-Jährige	3'596	5.4%
	Bähler et al. (2016)	2'392	3.6%
Umfrage Leistungserbringer	Auerbach & Meier (2013)	3'061	4.6%
Ist-Zustand	Hospize Deutschland	2'139	3.2%

Wir schätzen die Anzahl potenzieller Hospizpatienten auf Basis mehrerer verfügbarer Methoden um die mit der Schätzung verbundene Unsicherheit abzubilden. Je nach verwendeter Methode liegt die Anzahl potenzieller Hospizpatienten pro Jahr zwischen 1'010 und 5'833 Personen. Dies entspricht 1.5 bis 8.7% der Todesfälle.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Auerbach & Meier (2013) führen drei Arten von Befragungen bei Leistungserbringern durch, die zu unterschiedlichen Resultaten führen. Eine erste Befragung zielt auf die Erfahrungswerte der Zuweiser, eine zweite auf die Erfahrungswerte der nachgelagerten Organisationen ab. Die dritte ist eine Expertenbefragung, welche sowohl vorab wie auch in einem Workshop stattfindet. Wir verwenden für unsere Berechnungen den Mittelwert der Umfragen, wodurch sich gegeben die Todesfälle in der Region Winterthur ein Anteil an allen Todesfällen von 4.6 Prozent ergibt.

Schliesslich führen wir eine letzte Schätzung auf Basis des Ist-Zustandes durch. Da für die Schweiz von einem Mangel an Hospizplätzen ausgegangen wird, eignet sich der Schweizer Ist-Zustand nicht für diese Schätzung. Deshalb verwenden wir wie bereits Auerbach & Meier (2013), Schwaller (2014) sowie Schwaller & Jehle (2017) den Anteil der Todesfälle, die in Deutschland in einem Hospiz erfolgen.⁹ In Deutschland erfolgte vor allem zwischen 1996 und 2015 ein stetiger Ausbau der Angebote im Bereich spezialisierte Palliative Care.¹⁰ Der Deutsche Hospiz- und Pal-

⁹ In Deutschland wird in der spezialisierten Palliative Care ebenfalls zwischen ambulanten Diensten, stationären Hospizen sowie in Spitälern angesiedelten Palliativstationen unterschieden. Letztere sind wie in der Schweiz darauf ausgerichtet, bei Patienten mit komplexen Symptomen und Problemen krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und den Zustand des Patienten zu stabilisieren. Ziel ist die Entlassung. Hospize hingegen nehmen wie in der Schweiz Patienten auf, die sich am Lebensende befinden und bei denen eine Behandlung im Krankenhaus nicht mehr nötig, die Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim aber nicht möglich ist. Im Zentrum steht die ganzheitliche Betreuung der Menschen am Lebensende (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2016).

¹⁰ https://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html

liativVerband wurde bereits 1992 gegründet; pro 1 Mio. Einwohner stehen heute rund 28 Hospizbetten zur Verfügung (in der Schweiz sind es 17). Es werden jährlich rund 30'000 Patienten in stationären Erwachsenen-Hospizen versorgt,¹¹ dies entspricht rund 3.2 Prozent aller Todesfälle.¹²

Tabelle 1 veranschaulicht die Anzahl potenzieller Hospizpatienten, die sich bei Verwendung der verschiedenen Berechnungsansätze ergibt. Die verschiedenen Methoden führen zu sehr unterschiedlichen Resultaten. Die geringste Anzahl potenzieller Hospizpatienten ergibt sich bei Verwendung des todesursachenbasierten Ansatzes (1'010, 1.5% der Todesfälle), die grösste bei Bezug auf die konsumierten Gesundheitsleistungen (5'833, 8.7% aller Todesfälle). Diese beiden Werte bilden das minimale und maximale Szenario, als realistischer erachten wir einen Wert der zwischen diesen beiden Extremen liegt.

4.2 Dauer Hospizaufenthalt

Die Kosten eines Ausbaus der Hospizstrukturen werden neben der Anzahl potenzieller Hospizpatienten massgeblich durch die Dauer des Hospizaufenthaltes bestimmt. Diese ist auch entscheidend dafür, wie viele Patienten pro Bett betreut werden können und wie gross entsprechend das Angebot sein muss.

Verwendete Berechnungsmethode

Die Aufenthaltsdauer bestehender Hospizpatienten variiert sowohl innerhalb wie auch zwischen den verschiedenen Institutionen stark. Aufgrund der geringen Anzahl Patienten können zudem einzelne Langlieger den Durchschnitt stark nach oben verzerren. Aus diesem Grund stützen wir uns bei der Berechnung des Durchschnittes einerseits auf Angaben aus mehreren Jahren. Damit verbreitert sich die Datengrundlage und einzelne Extremwerte fallen weniger stark ins Gewicht. Andererseits berechnen wir den Durchschnitt nicht über die Institutionen, sondern die Patienten. Institutionen mit einer geringeren Anzahl Patienten, welche stärker von Ausreissern betroffen sind, fallen damit weniger stark ins Gewicht. Während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für die Hospize in der SOMED verfügbar ist, ist dies für die spezialisierten Palliative-Care-Stationen in Pflegeheimen nicht der Fall. Wir haben die durchschnittliche Aufenthaltsdauer daher über eine Umfrage ermittelt, an der drei Hospize und vier Pflegeheime mit einer spezialisierten Palliative-Care-Abteilung teilgenommen haben. Abgefragt wurden die Werte für die Jahre 2018 und 2019. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 34 Tagen, wobei die maximale durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Institution bei 56.6 und die minimale bei 17 Tagen liegt.

4.3 Kosten Hospizaufenthalt

Für die Berechnung der Kostenwirkung eines Ausbaus der Hospizstruktur müssen die Vollkosten eines einzelnen Behandlungstages in einem Hospiz mit Pflegeheimstatus beziehungsweise einer Palliative-Care-Abteilung eines Pflegeheimes bekannt sein. Für die Simulation verschiedener Finanzierungsvariante muss zudem bekannt sein, welche Finanzierungsträger (OKP, Kanton/Gemeinde, Patient etc.) welche Kosten tragen.

¹¹ https://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html

¹² https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html

Verwendete Berechnungsmethode

Die Vollkosten pro Aufenthaltstag können sich zwischen den Institutionen aus verschiedenen Gründen (berechtigt) unterscheiden. Einerseits aufgrund der Charakteristika der behandelten Patienten (z. B. Pflegebedarfsstufe), andererseits aber auch aufgrund regional unterschiedlicher Kosten für Personal und Infrastruktur sowie unterschiedlicher regulatorischer Vorgaben der Kantone. Es ist zudem zu erwarten, dass die Behandlungskosten auf einer Palliative-Care-Abteilung eines Pflegeheims aufgrund von Grössenvorteilen niedriger sind als in einem eigenständigen Hospiz mit geringer Bettenzahl. Die Verwendung der Kosten nur einer einzelnen Institution birgt daher immer die Gefahr, dass diese Kosten nicht repräsentativ sind.

Wir haben aus diesem Grund mittels einer Umfrage bei einer Auswahl von Hospizen sowie Pflegeheimen mit spezialisierter Palliative-Care-Abteilung die Vollkosten für die Jahre 2018 und 2019 erhoben. Teilgenommen haben drei Hospize und vier Pflegeheime mit einer spezialisierten Palliative-Care-Abteilung.¹³ Abgefragt haben wir sowohl die Vollkosten nach Leistungsart (Pflege, Betreuung, Hotellerie) wie auch durch welchen Finanzierungsträger die jeweiligen Kosten getragen werden. Ein Teil der Institutionen konnte uns zudem Informationen zu den Arzt- und Medikamentenkosten ihrer Patienten zukommen lassen, welche separat über die OKP vergütet werden.

Tabelle 2 veranschaulicht das Resultat der Umfrage.¹⁴ Die Vollkosten pro Tag unterscheiden sich stark zwischen den Institutionen und liegen zwischen 569 CHF und 964 CHF, wobei etwas mehr als die Hälfte der Kosten auf Pflegeleistungen zurückgeht. Die Vollkosten der Pflegeheime mit spezialisierter Palliative-Care-Abteilung liegen dabei mit durchschnittlich 610 CHF pro Tag wie erwartet unter den durchschnittlichen 735 CHF pro Tag der Hospize. Die Vollkosten beider Arten von Einrichtungen liegen deutlich über den durchschnittlich 306 CHF pro Tag aller Pflegeheime.¹⁵ Palliative-Care-Patienten weisen im Schnitt einen höheren Pflege- und Betreuungsbedarf auf als Pflegeheim-Patienten, die keine spezialisierte Palliative Care benötigen. Wir verwenden für unsere Berechnungen den mit der Anzahl Patienten gewichteten Mittelwert über alle sieben befragten Institutionen.

Bedeutende Unterschiede zwischen den Institutionen bestehen auch in Bezug auf die Vergütung, diese reicht von 231 CHF pro Tag zu 584 CHF pro Tag. Die durchschnittliche Vergütung von Hospizen liegt dabei mit 472 CHF pro Tag leicht über derjenigen der Pflegeheime mit spezialisierter Palliative-Care-Abteilung (424 CHF pro Tag). Bei beiden Arten von Institutionen liegt die durchschnittliche Vergütung deutlich unter den durchschnittlichen Vollkosten pro Tag. Spezialisierte Palliative Care in Institutionen mit Pflegeheimstatus wird heute nicht kostendeckend vergütet, die Institutionen sind oftmals auf Spenden oder Quersubventionierungen angewiesen.

¹³ Bei drei dieser Institutionen verwenden wir nur die Angaben für das Jahr 2019, da sie ihre Angaben für das Jahr 2018 aus unterschiedlichen Gründen als nicht verlässlich erachten. Eine der Institutionen existiert zudem erst seit 2019.

¹⁴ Nicht aufgeführt sind Einnahmen in Form von Spenden.

¹⁵ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html>.

Tabelle 2 Vollkosten pro Tag Hospizaufenthalt in CHF, 2018 und 2019

	Mittelwert	Minimum	Maximum
Durchschnittliche Vollkosten pro Tag	678	569	964
Pflege	382	253	558
Betreuung	137	51	211
Hotellerie	158	65	241
Durchschnittliche Arzt und Medikamentenkosten pro Tag	39	1	86
Durchschnittliche Vergütung pro Tag	449	231	584
Pflege	213	159	319
OKP	75	62	90
Kanton/Gemeinde	117	65	235
Patient	22	19	22
Betreuung	106	37	162
Patient	82	37	114
Kanton/Gemeinde (Palliative-Care-Zuschlag)	25	0	97
Hotellerie	130	128	195
Patient	130	128	195

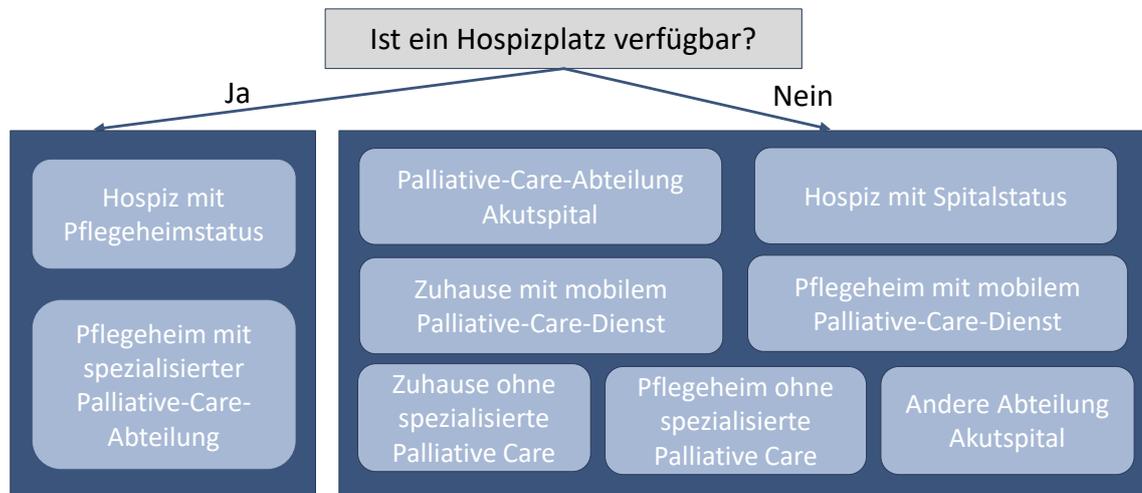
Die durchschnittlichen Vollkosten pro Tag liegen zwischen 569 CHF und 964 CHF, wobei etwas mehr als die Hälfte der Kosten auf die Pflegeleistungen zurückgeht. Die durchschnittliche Vergütung pro Tag variiert ebenfalls stark und liegt deutlich unter den durchschnittlichen Vollkosten. Die Institutionen sind zur Deckung ihrer Kosten oftmals auf Spenden angewiesen.

Quelle: Umfrage Leistungserbringer; eigene Berechnungen, Polynomics.

4.4 Heutige Kosten eines potenziellen Hospizpatienten

Um eine Kostenberechnung des Ausbaus von Hospizstrukturen vorzunehmen, muss auch bekannt sein, welche Kosten potenzielle Hospizpatienten heute verursachen. Diese Kosten würden im Falle eines Hospizaufenthaltes entfallen. Sie hängen davon ab, welche Behandlung die potenziellen Hospizpatienten heute erhalten. Abbildung 3 veranschaulicht die möglichen Behandlungsorte. Wird ein potenzieller Hospizpatient bereits heute im Hospiz behandelt, bleiben seine Kosten bei einem Ausbau der Hospizstruktur unverändert. Ist heute hingegen kein Hospizplatz verfügbar, kann der Patient entweder in einem für ihn weniger idealen Setting spezialisierte Palliative Care in Anspruch nehmen (Spital, mobiler Palliative-Care-Dienst zu Hause oder im Pflegeheim) oder keinerlei spezialisierte Palliative Care erhalten (Unterversorgung). Für eine genaue Berechnung der heutigen Kosten müsste daher bekannt sein, welcher Anteil der potenziellen Hospizpatienten heute in welchem Setting behandelt wird und welche Kosten dadurch entstehen. Dies ist nicht bekannt, es ist daher nur eine approximative Abschätzung der heutigen Kosten möglich.

Abbildung 3 Heutiger Behandlungsort potenzieller Hospizpatient



Ist ein Hospizplatz verfügbar, wird ein potenzieller Hospizpatient bereits heute im Hospiz oder Pflegeheim mit spezialisierter Palliative-Care-Abteilung behandelt. Ist heute hingegen kein Hospizplatz verfügbar, kann der Patient entweder in einem für ihn weniger idealen Setting spezialisierte Palliative Care in Anspruch nehmen (Spital, mobiler Palliative-Care-Dienst zu Hause oder im Pflegeheim) oder keinerlei spezialisierte Palliative Care erhalten (Unterversorgung).

Quelle: Eigene Darstellung.

Verwendete Berechnungsmethode

Wir unterscheiden bei der Schätzung der heutigen Kosten potenzieller Hospizpatienten zwischen Patienten, welche bereits heute in einem Hospiz betreut werden und solchen, die in einem anderen Rahmen behandelt werden:

- *Bereits heute im Hospiz behandelt:* Die heutigen Kosten entsprechen den Kosten eines Hospizaufenthaltes. Ein Ausbau der Hospizstrukturen führt bei diesen Patienten nicht zu einer Kostenänderung.
- *Heute nicht im Hospiz behandelt:* Kosten in den letzten 34 Lebenstagen der beiden in von Wyl et al. (2015) als potenzielle Palliative-Care-Patienten identifizierten Patientengruppen. Wir verwenden den mit der Gruppengrösse gewichteten Kostendurchschnitt der beiden Patientengruppen. Die Gruppengrösse und damit auch die Durchschnittskosten unterscheiden sich dabei je nach verwendeter Methode zur Schätzung der Anzahl potenzieller Hospizpatienten. Die Durchschnittskosten der OKP liegen zwischen 179 und 193 CHF pro Tag, die durchschnittlichen Gesamtkosten zwischen 353 und 370 CHF.¹⁶ Da es sich hierbei lediglich um approximative Schätzungen handelt, vergleichen wir zudem die Kosten eines Hospizaufenthaltes mit den Kosten einer Palliative-Care-Behandlung im Spital. Diese Kosten ermitteln wir anhand der Fallkostenstatistik des BFS für das Jahr 2018.¹⁷ Berücksichtigt

¹⁶ In von Wyl et al. (2015) werden lediglich die OKP-Kosten nach Leistungserbringer ausgewiesen. Um die Gesamtkosten zu erhalten, nutzen wir, dass die OKP prinzipiell für 45% der stationären Spitalkosten aufkommt. Zudem schätzen wir auf Basis unserer bei Hospizen und Pflegeheimen mit spezialisierter Palliative-Care-Abteilung durchgeführten Umfrage den Anteil der OKP an den Pflegekosten.

¹⁷ Wir haben für unsere Umfrage auch drei Spitäler mit einer Palliative-Care-Abteilung und drei Hospize mit Spitalstatus angefragt. Weil lediglich drei dieser Institutionen an der Umfrage teilgenommen haben, verzichteten wir auf die Verwendung dieser Werte. Die Umfragedaten wurden jedoch für die Plausibilisierung der ermittelten Werte verwendet.

werden alle Fälle die eine Palliative-Care-Behandlung beinhalten, d. h. einen CHOP-Code enthalten der mit 93.8A beginnt (vgl. Abschnitt 5.2).

Für unsere Berechnungen müssten wir daher wissen, wie viele Patienten bereits heute in einem Hospiz behandelt werden. Bei den Hospizen ist diese Information über die SOMED öffentlich verfügbar, bei den Pflegeheimen mit einer spezialisierten Palliative-Care-Abteilung hingegen nicht. Wir schätzen die Anzahl bereits heute im Hospiz behandelter Personen daher über die Anzahl Betten dieser Institutionen (vgl. Liechi & Künzi, 2019), ihre Auslastung sowie die durchschnittliche Dauer eines Hospizaufenthaltes. Die Auslastung muss wiederum geschätzt werden, wir stützen uns dabei auf unsere auch für die Kosten und die Dauer des Hospizaufenthaltes verwendete Umfrage. Bei 146 verfügbaren Betten, einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 34 Tagen und einer durchschnittlichen Auslastung von 80 Prozent, ergeben sich 1'258 Patienten, welche bereits heute im Hospiz betreut werden.

5 Resultate

5.1 Kostenwirkung Ausbau Hospizstruktur

Wir berechnen die Kostenwirkung eines Ausbaus der Hospizstrukturen für jedes Szenario der potenziellen Anzahl Hospizpatienten (vgl. Abschnitt 4.1) sowie verschiedene Finanzierungsregimes. Berechnet wird jeweils die Auswirkung auf die Gesamtkosten wie auch auf die OKP, wobei die Auswirkungen auf die Gesamtkosten nicht vom Finanzierungsregime abhängen. Tabelle 3 veranschaulicht die Resultate. Unsere Schätzungen zeigen, dass ein Ausbau der Hospizstrukturen insgesamt zu zusätzlichen Kosten von 0 bis 54.8 Mio. CHF pro Jahr führt. Die Kosten von 0 ergeben sich bei der diagnosebasierten Schätzung in Kombination mit den Werten aus der NSPC. Bei dieser Methode liegt die Anzahl potenzieller Hospizpatienten knapp unter unserem Schätzwert für die bereits heute in einem Hospiz versorgten Personen. Es gibt somit keine zusätzlichen Hospizpatienten. Dieses Szenario erachten wir als wenig realistisch, es zeigt aber zumindest, dass der in der NSPC postulierte Anteil Todesfälle, die eine Behandlung auf einer spezialisierten Palliativstation benötigen, vermutlich zu niedrig ist.¹⁸

Die Auswirkung eines Ausbaus der Hospizstrukturen auf die OKP hängt hingegen stark vom jeweiligen Finanzierungsregime ab. Bei Beibehaltung des aktuellen Finanzierungsregimes reduzieren sich die jährlichen Ausgaben der OKP um 0 bis 11.5 Mio. CHF. Grund für den Rückgang ist, dass die heutigen Kosten eines potenziellen Hospizpatienten grösstenteils zu Lasten der OKP gehen, während die Kosten für den Hospizaufenthalt vor allem durch die Patienten selbst sowie die Kantone und ihre Gemeinden getragen werden. Ein Ausbau der Hospizstrukturen wäre bei Beibehaltung des aktuellen Finanzierungsregimes somit auch mit einer Kostenverschiebung weg von der OKP hin zu den Patienten und Kantonen verbunden. Zudem würde spezialisierte Palliative Care in Institutionen mit Pflegeheimstatus damit weiterhin nicht kostendeckend vergütet.

Werden die Kosten eines Hospizaufenthaltes hingegen analog zur Spitalfinanzierung finanziert – d. h. die OKP übernimmt 45 Prozent der Kosten des Hospizaufenthaltes (Pflege, Betreuung und Hotellerie) und die Kantone 55 Prozent – nehmen die OKP-Kosten um jährlich 9.8 bis 34 Mio. CHF zu. Bei den bereits heute in einem Hospiz behandelten Personen kommt es dabei zu einer Kostenverschiebung von den Patienten zur OKP und gegebenenfalls den Kantonen. Letzteres hängt davon ab, in welchem Ausmass die Kantone heute subsidiär über die Ergänzungsleistungen Hospizaufenthalte finanzieren. Bei den Patienten, welche heute ausserhalb eines Hospizes behandelt werden, steigen hingegen sowohl die Kosten für die Kantone wie auch für die OKP.

Bei Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) mit Einbezug der Pflege ergäbe sich zwischen der OKP und den Kantonen mutmasslich neu ein Kostenteiler von 74.5 zu 25.5 Prozent (Trageser et al., 2019). Die Pflegekosten würden neu zu diesen Anteilen durch die OKP und die Kantone getragen. Ein Ausbau der Hospizstrukturen würde in diesem Fall die Kosten der OKP um 8.5 bis 13.9 Mio. CHF erhöhen. Der grösste Teil dieses Kostenanstiegs, jeweils 8.5 Mio., geht dabei auf Patienten zurück, die bereits heute in einem Hospiz betreut werden. Bei diesen verschieben sich die Kosten von den Patienten und Kantonen zur OKP. Werden die gesamten Kosten eines Hospizaufenthaltes nach dem EFAS-Kostenteiler finanziert, steigen bei einem Ausbau der Hospizstrukturen die Kosten der OKP jährlich um 17.9 bis 52.9 Mio. CHF. Bei den bereits heute in einem Hospiz betreuten Personen kommt es dabei zu einer Kostenverschiebung von den Patienten zur OKP von 17.9 Mio. CHF.

¹⁸ Vgl. dazu auch Bundesamt für Statistik (2018), wo die Hospitalisierungen mit Palliative Care analysiert werden. Die darin genannte Anzahl Patienten übersteigt den in der NSPC postulierte Wert ebenfalls deutlich.

Tabelle 3 Kostenwirkung Ausbau Hospizstrukturen nach Finanzierungsregime in Mio. CHF

	Beibehaltung heutiges Finan- zierungsregime	Finanzierung analog Spital- finanzierung	Einführung EFAS mit Pflege	Einführung EFAS, Finanzierung analog Spital- finanzierung
Murtagh et al. (2014) und NSPC				
Gesamtkosten	0	0	0	0
OKP	0	9.8	8.5	17.9
▪ Heutige Hospizpatienten	0	9.8	8.5	17.9
▪ Zusätzliche Hospizpatienten	0	0	0	0
von Wyl et al. (2015), alle Altersklassen				
Gesamtkosten	54.8	54.8	54.8	54.8
OKP	-11.5	34.0	13.9	52.9
▪ Heutige Hospizpatienten	0	9.8	8.5	17.9
▪ Zusätzliche Hospizpatienten	-11.5	24.2	5.4	35.0
von Wyl et al. (2015), nur unter 86-Jährige				
Gesamtkosten	27.5	27.5	27.5	27.5
OKP	-6.2	21.8	11.1	35.6
▪ Heutige Hospizpatienten	0	9.8	8.5	17.9
▪ Zusätzliche Hospizpatienten	-6.2	12.0	2.6	17.7
Bähler et al. (2016)				
Gesamtkosten	13.9	13.9	13.9	13.9
OKP	-2.6	16.0	10.0	26.7
▪ Heutige Hospizpatienten	0	9.8	8.5	17.9
▪ Zusätzliche Hospizpatienten	-2.6	6.2	1.5	8.8
Auerbach & Meier (2013)				
Gesamtkosten	22.3	22.3	22.3	22.3
OKP	-4.0	19.9	10.9	32.0
▪ Heutige Hospizpatienten	0	9.8	8.5	17.9
▪ Zusätzliche Hospizpatienten	-4.0	10.1	2.4	14.1
Hospize Deutschland				
▪ Gesamtkosten	10.9	10.9	10.9	10.9
OKP	-2.0	14.7	9.7	24.8
▪ Heutige Hospizpatienten	0	9.8	8.5	17.9
▪ Zusätzliche Hospizpatienten	-2.0	4.9	1.2	6.9

Ein Ausbau der Hospizstrukturen ist mit jährlichen Kosten von 0 bis 54.8 Mio. CHF verbunden. Die Auswirkungen auf die OKP hängen dabei stark vom Finanzierungsregime ab. Bei Beibehaltung des aktuellen Finanzierungsregimes führt der Ausbau für die OKP zu jährlichen Kosteneinsparungen von 0 bis 11.5 Mio. CHF. Die grösste Kostenzunahme für die OKP, 17.9 bis 52.9 Mio. CHF, erfolgt bei Einführung von EFAS unter Einbezug der Pflege und Finanzierung des Hospizaufenthaltes analog zur Spitalfinanzierung.

Quelle: Eigene Berechnungen Polynomics.

5.2 Kostenvergleich stationäre Palliative-Care-Einrichtungen

Die heutigen Kosten potenzieller Hospizpatienten, die derzeit nicht in einem Hospiz betreut werden, können lediglich approximativ abgeschätzt werden (vgl. Abschnitt 4.4). In manchen Regionen der Schweiz besteht heute ein sehr kleines Angebot an sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag, in manchen fehlt es gänzlich. Eine Spitalinfrastruktur mit Palliative-Care-Auftrag besteht demgegenüber in allen Regionen der Schweiz. Das Angebot dieser beiden Institutionen richtet sich grundsätzlich an andere Arten von Patienten (vgl. Kapitel 3). In Regionen mit ungenügendem sozialmedizinischen Angebot ist es aber denkbar, dass Patienten teilweise in einem Spital betreut werden, obwohl für diese eine Betreuung in einer sozialmedizinischen Institution besser geeignet wäre. Wir stellen daher in Tabelle 4 die Kosten einer Betreuung in einer Institution mit Pflegeheimstatus denjenigen einer Institution mit Spitalstatus gegenüber. Wie zu erwarten, fallen die durchschnittlichen Kosten pro Tag in einer Institution mit Spitalstatus höher aus. Sie sind etwas mehr als doppelt so hoch wie in einer Institution mit Pflegeheimstatus. Kostenunterschiede ergeben sich insbesondere bei der Pflege, den ärztlichen Leistungen und den Arzneimitteln. Die Kosten der Institution mit Spitalstatus unterscheiden sich allerdings stark. Insbesondere fallen die Kosten der Universitäts- und Kinderspitäler deutlich höher aus als diejenigen der Regionalspitäler, da sie unterschiedlich komplexe Patienten betreuen.

Tabelle 4 Kostenvergleich stationäre Palliative-Care-Einrichtungen in CHF, 2018

	Institution mit Pflegeheimstatus			Institution mit Spitalstatus		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Mittelwert	Minimum	Maximum
Durchschnittliche Vollkosten pro Tag	678	569	964	1'632	980	3'471
Pflege	382	253	558	771	357	1'576
Betreuung	137	51	211			
Hotellerie	158	65	241	177	84	349
Ärztliche Leistungen	39	1	86	294	44	794
Arzneimittel				47	1	97
Übrige Kosten				342	140	858
Durchschnittliche Vergütung pro Tag	449	231	584	1'396 ¹		
Patienten	233	184	330	15		
OKP	75	62	90	613		
Kanton/Gemeinden	142	65	332	768		

¹ Die durchschnittliche Vergütung ergibt sich durch Multiplikation des durchschnittlichen CMI mit einer durchschnittlichen Baserate von 9'840 CHF (eigene Berechnung basierend auf Cosandey et al., 2018) dividiert durch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Da die Baserate pro Spital nicht bekannt ist, kann kein Minimum und Maximum berechnet werden.

Die durchschnittlichen Vollkosten pro Tag liegen in Palliative-Care-Einrichtungen mit Spitalstatus mehr als doppelt so hoch wie in solchen mit Pflegeheimstatus, da diese grundsätzlich auf komplexere Patienten mit einem höheren medizinischen Bedarf ausgerichtet sind. Bei der Vergütung gibt es insbesondere grosse Unterschiede beim Anteil, der von der OKP bezahlt wird. Bei beiden Arten von Institutionen zeigt sich eine Untervergütung der Kosten.

Quelle: Umfrage Leistungserbringer, BFS-Fallkostenstatistik 2018, eigene Berechnungen Polynomics.

6 Fazit

Ein Ausbau der Hospizstrukturen ist gemäss unseren Schätzungen mit zusätzlichen jährlichen Gesundheitsausgaben von 0 bis 58 Mio. CHF verbunden. Der wichtigste Einflussfaktor ist dabei die Anzahl der potenziellen Hospizpatienten. Je nach Schätzmethode schwankt diese Zahl zwischen rund 1'000 und 6'000 Patienten pro Jahr, wobei der Minimalwert sogar kleiner ausfällt als die Zahl der Patienten, welche bereits heute in Hospizen behandelt werden. Wir selbst präferieren das Szenario «Hospize Deutschland», weil hier Vergleiche mit einer bestehenden, besser ausgebauten Alternative gemacht werden. Zukünftige Entwicklungen bei den Patientenzahlen, die sich bei einer Veränderung des Angebots ergeben, sind darin bereits berücksichtigt, in allen anderen Szenarien jedoch nicht.

Bei den Modellvariablen «Aufenthaltsdauer im Hospiz» und «Kosten im Hospiz» ist die Datenlage weniger unsicher. Die ermittelten Durchschnittswerte sind relativ gut gesichert und die Extremwerte streuen deutlich weniger stark als bei der Anzahl der potenziellen Hospizpatienten. Aus diesem Grund wurden die Aufenthaltsdauer und die Kosten im Hospiz in der Berechnung der Kostenwirkungen als Durchschnitt verwendet und nicht auch noch variiert.

Eine grosse Unsicherheit besteht jedoch bezüglich der heutigen Kosten von potenziellen Hospizpatienten. Es ist nicht bekannt, wie und in welchen Einrichtungen dieses Patienten heute behandelt werden. Dies hängt nicht zuletzt vom bestehenden Angebot an Palliative Care ab. Je nach Angebot kommen andere Institutionen mit unterschiedlichen Kostenstrukturen für die Behandlungen in Frage. Aufgrund der grossen regionalen Unterschiede im Palliative-Care-Angebot, dürfte die Kostenwirkung eines Ausbaus der Hospizstrukturen daher nicht in der ganzen Schweiz gleich ausfallen. Während jedoch für die Anzahl der potenziellen Hospizpatienten mehrere Schätzmethode zur Verfügung stehen, existiert lediglich eine Studie, aus welcher sich die Kosten dieser Patienten im heutigen System ableiten lassen. Die Unsicherheit bei dieser Modellvariable lässt sich dementsprechend nicht in Zahlen fassen.

Wird die Auswirkung auf die OKP betrachtet, zeigt sich, dass diese im heutigen Finanzierungsregime in allen Szenarien von einem Ausbau der Hospizstrukturen profitiert, weil die heutigen Kosten potenzieller Hospizpatienten grösstenteils zu Lasten der OKP gehen, während die Kosten eines Hospizaufenthaltes vor allem durch die Patienten selbst getragen werden. Bei anderen Finanzierungsregimes fallen für die OKP Kosten von maximal 53 Mio. CHF an, was 0.2 Prozent der heutigen OKP-Kosten entspricht.

Die Schweizer Bevölkerung wird in den kommenden Jahrzehnten einerseits weiter zunehmen und andererseits deutlich altern (BFS, 2015). Die Auswirkung dieser Entwicklung auf den Anteil Todesfälle, welcher in Hospizstrukturen erfolgt ist mit grosser Unsicherheit verbunden und hängt nicht zuletzt stark vom medizinischen Fortschritt ab. Die Alterung der Bevölkerung muss dabei nicht zwingend mit einer relativ zur Anzahl Todesfälle höheren Nachfrage nach Hospizplätzen einhergehen.

7 Literaturverzeichnis

- Auerbach, H., & Meier, F., 2013. Bedarfsanalyse Hospizbetten in der Gesundheitsregion Winterthur (Studie im Auftrag des Vereins Palliative Care Winterthur-Andelfingen). ZHAW.
- BAG, & GDK, 2012. Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. Bern.
- BAG, palliative.ch, & GDK, 2014. Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. BAG, palliativ.ch und GDK, Bern.
- Bähler, C., Signorell, A., & Reich, O., 2016. Health Care Utilisation and Transitions between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland. *PLOS ONE* 11, e0160932.
- BFS, 2015. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045 (No. 201–1501), Bevölkerung. Bundesamt für Statistik BFS, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFS), 2018. Hospitalisierungen mit Palliative Care im Jahr 2018. Neuenburg.
- Cosandey, J., Roten, N., & Rutz, S., 19.3.2018. Intransparente Spitalsubventionen. Avenir Suisse.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2016. Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung.
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Espinosa, J., Contel, J.C., & Ledesma, A., 2012. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Curr. Opin. Support. Palliat. Care* 6, 371–378.
- Liechi, D.L., & Künzi, K., 2019. Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen - Ergebnisse der Befragung der Kantone und Sektionen von palliative.ch 2018 (Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit).
- Murtagh, F.E., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E.I., Kaloki, Y.E., & Higginson, I.J., 2014. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat. Med.* 28, 49–58.
- Rosenwax, L.K., McNamara, B., Blackmore, A.M., & Holman, C.D.J., 2005. Estimating the size of a potential palliative care population. *Palliat. Med.* 19, 556–562.
- Schwaller, B., 2014. Bedarfsabklärung für ein Hospiz in der Zentralschweiz (Machbarkeitsstudie im Auftrag des Vereins Palliativ Zug). Institut für Betriebs- und Regionalökonomie.
- Schwaller, B., & Jehle, K., 2017. Bedarfsabklärung für ein Hospiz im Oberwallis (Studie im Auftrag des Oberwaliser Vereins für Sterbe- und Trauerbegleitung). Institut für Betriebs- und Regionalökonomie.
- Trageser, J., Gschwend, E., & von Stokar, T., 2019. Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen- und direktoren [GDK].
- von Wyl, V., Telser, H., Weber, A., Fischer, B., & Beck, K., 2015. Cost trajectories from the final life year reveal intensity of end-of-life care and can help to guide palliative care interventions. *BMJ Support. Palliat. Care* 8, 325–334.

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70