

# Bedarfsschätzung Palliative Care

**Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG),  
Sektion Nationale Gesundheitspolitik**

Luzern, den 23. März 2023



**| Autorinnen und Autoren**

Dr. Sarah Ziegler (Projektleitung)

Julia Rickenbacher, MA (Projektmitarbeit)

Dr. Birgit Laubereau (Qualitätssicherung)

INTERFACE Politikstudien

Forschung Beratung AG

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Rue de Bourg 27

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

[www.interface-pol.ch](http://www.interface-pol.ch)

**| Auftraggeber**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

**| Zitiervorschlag**

Ziegler, Sarah; Laubereau, Birgit; Rickenbacher, Julia (2023): Bedarfsschätzung Palliative Care. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit.

**| Laufzeit**

August 2022 bis März 2023

**| Projektreferenz**

Projektnummer: 22-050

<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
1.1 Ausgangslage	4
1.2 Ziel und Fragestellungen	4
1.3 Vorgehen	5
1.4 Aufbau des Berichtes	5
<b>2. Der Begriff Palliative Care</b>	<b>6</b>
2.1 Operationalisierung des Begriffs Palliative Care	6
2.2 Differenzierung in allgemeine und spezialisierte Palliative Care	7
<b>3. Analysekonzept</b>	<b>8</b>
3.1 Schätzmethoden und Kriterien	8
3.2 Grenzen und Chancen	9
<b>4. Personen mit aktuellem Bedarf an Palliative Care</b>	<b>11</b>
4.1 Personen mit Palliative-Care-Bedarf im Jahr 2020	11
4.2 Personen mit Bedarf an allgemeiner und spezialisierter Palliative Care im Jahr 2020	13
<b>5. Personen mit aktuellem Bedarf an Versorgungsstrukturen</b>	<b>15</b>
5.1 Personen mit strukturspezifischem Bedarf am Lebensende	16
5.2 Personen mit strukturspezifischem Bedarf im Krankheitsverlauf	18
5.3 Personen mit strukturspezifischem Bedarf im Krankheitsverlauf und am Lebensende	21
<b>6. Personen mit zukünftigem Bedarf an Palliative Care</b>	<b>22</b>
6.1 Personen mit Palliative-Care-Bedarf im Jahr 2050	22
<b>7. Fazit und Einbettung der Schätzungen</b>	<b>24</b>
<b>8. Literatur</b>	<b>28</b>
<b>Anhang</b>	<b>31</b>
A 1 Arbeitsgruppe Angebot und Bedarf	31
A 2 Übersicht Versorgungsstrukturen der Palliative Care	32
A 3 Verwendete Datenquellen	33
A 4 Zukünftiger Palliative-Care-Bedarf nach Altersgruppen	34

# 1. Einleitung

Am 16. Juni 2021 hat der Nationalrat die Motion 20.4264 SGK-S «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care» überwiesen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist für die Umsetzung der Motion zuständig. Die Verantwortlichen des BAG haben Interface Politikstudien Forschung Beratung AG mit der Erarbeitung einer Grundlagenstudie zum Bedarf an Palliative Care beauftragt.

## 1.1 Ausgangslage

Das BAG hat drei Schritte festgelegt, um die Motion 20.4264 umzusetzen: 1) Eingrenzung des Handlungsbedarfs und des Untersuchungsgegenstands; 2) Analyse der verfügbaren Daten zum bestehenden Angebot, zum potenziellen Bedarf sowie zu den Kosten und der Vergütung; 3) Erarbeitung von konkreten Lösungsvorschlägen.

Zur Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands haben die Verantwortlichen des BAG in einem ersten Schritt eine Übersicht der Leistungen der Palliative Care und deren Vergütung und Tarifierung erarbeitet. In einem zweiten Schritt werden Daten zum bestehenden Angebot (externes Mandat: Kantonsbefragung), zum potenziellen Bedarf (externes Mandat: Interface) sowie zu den Kosten und der Vergütung (BAG-interne Arbeitsgruppe) analysiert. Im Vordergrund dieser Analysen stehen die Fragen, *inwiefern das heutige Angebot bedarfsdeckend ist und inwiefern Differenzen zwischen den Kosten und der Vergütung von Leistungen bestehen*. Die Antworten auf diese Fragen bilden die Basis für die Ermittlung des Finanzierungsbedarfs und die Berechnungen zu den Kostenauswirkungen bei der Umsetzung der Motion 20.4264.

## 1.2 Ziel und Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Grundlagenstudie ist es, die Anzahl Personen mit aktuellem und zukünftigem Bedarf an palliativer Behandlung und Betreuung in der Schweiz zu schätzen und zu prognostizieren. Die Erarbeitung der Studie wurde von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung des BAG (Sektion Nationale Gesundheitspolitik) begleitet (vgl. Darstellung DA 1 im Anhang). Die Bedarfsschätzung beinhaltete erstens die Entwicklung eines Modells für die Schätzung des Bedarfs an Palliative Care in der Schweiz. Zweitens wurde basierend auf dem Modell und den verfügbaren Daten der aktuelle Bedarf geschätzt, und drittens wurde eine Projektion des zukünftigen Bedarfs auf das Jahr 2050 (Zeitraum 30 Jahre) vorgenommen. Im Zentrum standen folgende Fragestellungen:

1. Was sind relevante Faktoren, die den Bedarf an Palliative Care in der Schweiz bestimmen?
2. Was sind relevante Methoden und Kriterien für die Bedarfsschätzung?
3. Wie viele Patienten/-innen haben in der Schweiz aktuell einen Bedarf an Palliative Care? Wie verteilen sich diese Patienten/-innen auf die allgemeine und die spezialisierte Palliative Care?
4. Wie viele Patienten/-innen haben in der Schweiz aktuell einen Bedarf an palliativen Versorgungsstrukturen? Wie verteilen sich diese Patienten/-innen auf die verschiedenen Versorgungsstrukturen der Palliative Care?
5. Wie viele Patienten/-innen werden in der Schweiz im Jahr 2050 Bedarf an Palliative Care haben?

### 1.3 Vorgehen

Die Erarbeitung der Schätzungen des aktuellen und zukünftigen Palliative-Care-Bedarfs stützte sich auf drei empirischen Grundlagen:

- Erstens wurde eine fundierte *Literatur- und Dokumentenanalyse* durchgeführt. Ein Grossteil der Dokumente und Literatur wurde vom BAG zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um nationale und internationale Strukturdaten und Statistiken sowie um Einzelnachweise zu Bedarfsschätzungen. Die vertiefende Literatur- und Dokumentenanalyse hatte zum Ziel, wissenschaftliche Evidenz zum methodischen Vorgehen populationsbasierter Bedarfsschätzungen zu sammeln sowie nationale und internationale Hinweise auf wichtige Einflussgrössen, Entwicklungen und Datenquellen zu identifizieren.
- Zweitens wurde basierend auf der Literatur- und Dokumentenanalyse ein *Analysekonzept* zur Bedarfsschätzung erstellt. Im Analysekonzept enthalten sind die Auswahl der Datenquellen, die Schätzmethoden, die relevanten Einflussgrössen und deren Operationalisierung sowie wichtige Trends, die es für die Schätzung des zukünftigen Palliative-Care-Bedarfs zu berücksichtigen gibt. Das Analysekonzept wurde der Arbeitsgruppe präsentiert und anschliessend überarbeitet und finalisiert.
- Drittens wurden *Schätzungen zum aktuellen und zukünftigen Palliative-Care-Bedarf* vorgenommen. Dafür wurden verschiedene Szenarien und methodische Zugänge verwendet. Dies diente einer breiteren Abstützung der Ergebnisse und dem Aufzeigen einer Bandbreite an Schätzwerten.

### 1.4 Aufbau des Berichtes

Im folgenden Kapitel 2 wird der Begriff Palliative Care und dessen Operationalisierung beschrieben. Das Kapitel 3 widmet sich der Entwicklung des Analysekonzepts zur Bedarfsschätzung. Im Kapitel 4 wird der aktuelle Bedarf an Palliative Care beschrieben. Das Kapitel 5 befasst sich mit dem aktuellen Bedarf an Palliative Care auf Ebene der Versorgungsstrukturen. In Kapitel 6 wird eine Prognose zum zukünftigen Palliative-Care-Bedarf in 30 Jahren gemacht. Das Kapitel 7 dient der Einbettung der Ergebnisse und liefert wichtige Aspekte, die bei der Interpretation des geschätzten aktuellen und zukünftigen Palliative-Care-Bedarfs zu berücksichtigen sind.

## 2. Der Begriff Palliative Care

In diesem Kapitel wird der Begriff Palliative Care operationalisiert. Palliative Care ist kein klar definierter Begriff und es gibt ein sehr unterschiedliches Verständnis davon, welche Massnahmen zur Palliative Care gehören. Für Bedarfsschätzungen braucht es aber eine klare Definition. Nur so können zentrale Einflussgrössen identifiziert und wo möglich operationalisiert werden.

I Frage 1: Was sind zentrale Faktoren, die den Bedarf an Palliative Care in der Schweiz beeinflussen?

### 2.1 Operationalisierung des Begriffs Palliative Care

Der Begriff Palliative Care basiert im Rahmen dieser Grundlagenstudie auf der Definition des Rahmenkonzepts Palliative Care Schweiz.<sup>1</sup>

Wesentliche Aspekte sind dabei:

- *Palliative Care folgt dem Patienten/der Patientin:* Palliative Care ist eine multidisziplinäre medizinische Disziplin, die sich auf die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität chronisch und/oder unheilbar kranker Patienten/-innen konzentriert. Das primäre Behandlungsziel besteht nicht in der Heilung der Krankheit, sondern darin, so früh wie möglich auf die Bedürfnisse, Symptome und Probleme der Patienten/-innen und ihrer Angehörigen einzugehen. Um die bestmögliche Lebensqualität für das verbleibende Leben der Patienten/-innen zu gewährleisten, verfolgt Palliative Care einen patientenzentrierten und ganzheitlichen Ansatz, der auf dem bio-psycho-sozial-spirituellen Konzept der Medizin basiert. Eine umfassende Versorgung beinhaltet neben der Vermeidung und Linderung körperlicher Symptome auch explizit die Erfassung und Versorgung psychischen, sozialen und spirituellen Leidens.
- *Palliative Care im Krankheitsverlauf und am Lebensende:* Die palliative Versorgung kann sich über den gesamten Verlauf der Krankheit vom Zeitpunkt der Diagnose, was oft unter dem Begriff *Early Palliative Care* beschrieben wird, bis hin zur letzten Lebensphase, der sogenannten *End-of-life Care*, erstrecken (vgl. Darstellung D 2.1).<sup>2</sup> Einen spezifischen Zeitpunkt des Wechsels von kurativ zu palliativ gibt es nicht.
- *Variierender Bedarf an Strukturen:* Der Verlauf einer Erkrankung kann stark variieren zwischen stabilem Verlauf mit kurzer Sterbephase (vor allem bei Krebs), akuten Phasen der Verschlechterung und nachfolgender Stabilisierung (vor allem bei Lungen- und Herz-Kreislauf-erkrankungen) oder kontinuierlicher, langsamer Verschlechterung (vor allem bei Demenz).<sup>3</sup> In Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf, vom sozialen Netzwerk und von individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Patienten/-innen können kurative und palliative Behandlungen in unterschiedlichem Ausmass ergänzend zum Einsatz kommen. Dies hat zur Folge, dass Patienten/-innen im Verlauf ihrer Erkrankung oft mehrfach in der gleichen oder in mehreren unterschiedlichen Strukturen versorgt werden.

Die Definition zeigt, dass der Begriff sehr breit und variabel gefasst ist und für die vorliegenden Schätzungen eingegrenzt werden muss. Eine besondere Herausforderung ist

<sup>1</sup> BAG et al. 2014.

<sup>2</sup> Murray et al. 2005.

<sup>3</sup> BAG et al. 2015.

die Abbildung der Variabilität des Verlaufs und des individuellen patientenzentrierten Bedarfs.

**2.2 Differenzierung in allgemeine und spezialisierte Palliative Care**

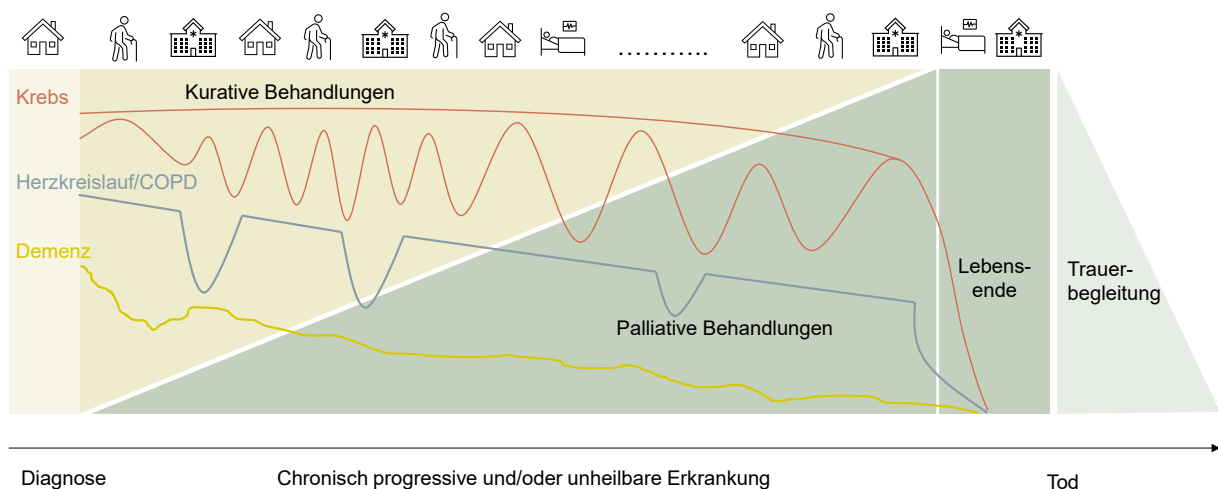
In der Versorgung von Patienten/-innen mit Bedarf an Palliative Care wird grundsätzlich zwischen zwei Typen von Versorgungsstrukturen unterschieden.<sup>4</sup>

Die meisten Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten können im Rahmen der *allgemeinen Palliative Care* (d.h. in der Grundversorgung) im Spital, im Alters- und Pflegeheim oder zu Hause mit Unterstützung von niedergelassenen Ärzten/-innen, spitalexterner Pflege oder spitalgebundenen Ambulatorien palliativ betreut und behandelt werden (vgl. Darstellung DA 2 im Anhang). In der Literatur wird davon ausgegangen, dass 80 Prozent der Patienten/-innen ausschliesslich durch die allgemeine Palliative Care versorgt werden können.<sup>5, 6</sup> Entsprechend lebt die Mehrheit der Patienten/-innen in palliativen Situationen zu Hause oder im Pflegeheim und wird in Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs einmalig oder mehrfach hospitalisiert.

Bei 20 Prozent der Patienten/-innen ist im Verlauf der Erkrankung zusätzlich *spezialisierte Palliative Care* notwendig. Dies, weil ihre Krankheitssituation instabil ist, sie eine komplexe Behandlung benötigen oder weil Angehörige an ihre Belastungsgrenzen kommen. Diese Patienten/-innen werden auf einer Palliative-Care-Station eines Spitals, in einem Pflegeheim mit einer spezialisierten Palliative-Care-Abteilung, in einem eigenständigen Hospiz oder zu Hause mit Unterstützung von mobilen Palliative-Care-Diensten betreut und behandelt. Details zu den Versorgungsstrukturen in der Schweiz finden sich in Darstellung DA 2 im Anhang.

Darstellung D 2.1 zeigt die Komplexität der Versorgung mit Palliative Care und macht sichtbar, dass es unterschiedliche Krankheitsverläufe gibt und daher Bedarf an unterschiedlichen Versorgungsstrukturen besteht.

**D 2.1: Palliative Care im Verlauf der Krankheit**



Quelle: Darstellung Interface, in Anlehnung an Murray et al. (2005).

<sup>4</sup> BAG/GDK 2012a.  
<sup>5</sup> EAPC 2009.  
<sup>6</sup> BAG/GDK 2012b.

## 3. Analysekonzept

Diese Kapitel zeigt erstens auf, welche Methoden für die Bedarfsschätzung verwendet wurden und welche Kriterien diesen Methoden zugrunde liegen. Zweitens werden die Schritte der durchgeführten Berechnungen aufgezeigt. Drittens werden die Grenzen und Chancen der Bedarfsschätzung erläutert.

| Frage 2: Was sind relevante Methoden und Kriterien für die Bedarfsschätzung?

### 3.1 Schätzmethoden und Kriterien

In der wissenschaftlichen Literatur wird der Palliative-Care-Bedarf oft populationsbasiert oder diagnosebasiert geschätzt, also basierend auf Statistiken zu Todesfällen und Todesursachen.<sup>7</sup> Diese *populationsbasierten Schätzungen* geben Auskunft über die Anzahl Personen, die an Krankheiten sterben, die Palliative Care erfordern. Solche Schätzungen liefern eine wichtige Basis. Gleichzeitig bergen diese Schätzungen jedoch die Gefahr, dass der tatsächliche Bedarf unterschätzt wird. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die Todesursache nicht auf einen Bedarf an Palliativ-Versorgung hindeutet, jedoch aber nicht erfasste zugrundeliegende Erkrankungen. Die palliative Versorgung kann sich über den gesamten Verlauf einer Krankheit erstrecken, was bedeutet, dass jene Personen, die an der Krankheit sterben, eine Teilmenge des gesamten Palliative-Care-Bedarfs der Bevölkerung darstellen. Aus diesem Grund ist es wichtig, über populationsbasierte Schätzungen des Palliative-Care-Bedarfs hinauszugehen. In der wissenschaftlichen Literatur gibt es jedoch nur wenige Ansätze, die über populationsbasierte Schätzungen des Palliative-Care-Bedarfs hinausgehen. Solche Ansätze berücksichtigen zusätzlich zur Todesursache zum Beispiel die Häufigkeit von Krankheiten und insbesondere von Schmerzen sowie die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung.<sup>8, 9, 10</sup>

In der Schweiz gibt es bislang weder populationsbasierte Schätzungen für den Bedarf an Palliative Care noch Schätzungen, die darüber hinaus gehen. Deshalb wurde in Anlehnung an internationale Methoden und unter Berücksichtigung der zentralen Erkenntnisse aus der Arbeitsgruppe ein Analysekonzept zur Schätzung des aktuellen und des zukünftigen Palliative-Care-Bedarfs in der Schweiz erarbeitet.

Folgende zentrale Kriterien liegen dem Analysekonzept zugrunde:

- Die Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs basiert auf unterschiedlichen methodischen Ansätzen und berücksichtigt verschiedene Schätzmethoden und Szenarien.
- Die gewählten Schätzmethoden orientieren sich an wissenschaftlich etablierten Methoden.
- Wo keine etablierten Methoden vorhanden sind, wurden eigene Schätzmethoden definiert. Als Grundlage für die eigenen Methoden dienten Annahmen basierend auf Angaben aus der Literatur und Expertenaussagen aus der Arbeitsgruppe und des Auftraggebers. Diese Annahmen werden offen dargelegt und transparent gemacht.

<sup>7</sup> Etkind et al. 2017.

<sup>8</sup> Etkind et al. 2017.

<sup>9</sup> May et al. 2020.

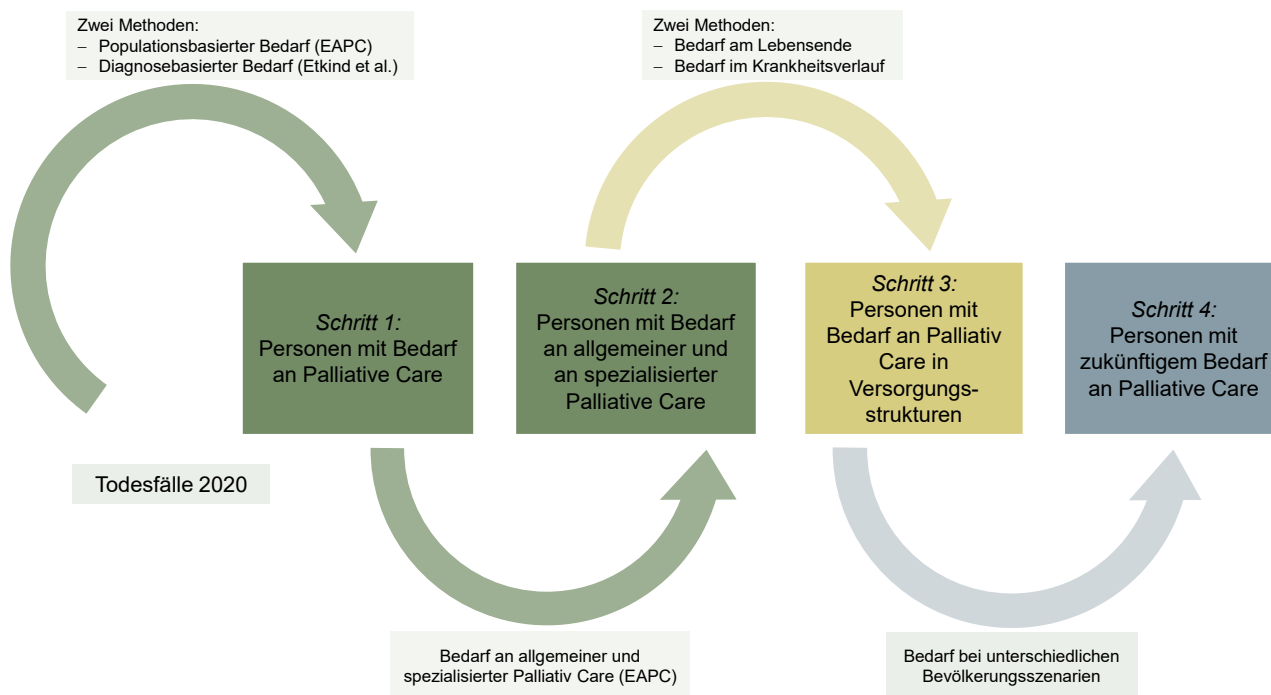
<sup>10</sup> Finucane et al. 2021.



Zur Beantwortung der Fragestellungen folgt das Analysekonzept einem patientenzentrierten Ansatz in vier Schritten (vgl. Darstellung D 3.1):

Im ersten Schritt wurde der Palliative-Care-Bedarf *populationsbasiert* geschätzt. Der populationsbasierte Bedarf entspricht der Anzahl Personen in der Schweiz, die im Jahr 2020 an einer Krankheit gestorben sind, die Palliative Care erfordert. Davon ausgehend wurde im zweiten Schritt der Anteil Personen, der ausschliesslich allgemeine Palliative Care und jener, der zusätzlich spezialisierte Palliative Care erfordert, berechnet. Drittens wurde der *strukturspezifische* Palliative-Care-Bedarf auf Ebene der Versorgungsstrukturen geschätzt. Diese eigens entwickelten Bedarfsschätzungen gehen über populationsbasierte Schätzungen hinaus und berücksichtigen zusätzlich zur Anzahl Personen, die Palliative-Care-Bedarf aufweisen, die Anzahl Betreuungssituationen, die Personen in den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen im Verlauf der Erkrankung in Anspruch nehmen. Im vierten Schritt wurde der populationsbasierte Palliative-Care-Bedarf für das Jahr 2050 geschätzt. Dazu wurde eine Hochrechnung der Anzahl Personen in der Schweiz gemacht, die im Jahr 2050 an einer Krankheit sterben werden, die Palliative Care erfordert. Die vier Schritte und der daraus resultierende Palliative-Care-Bedarf werden in den folgenden Kapiteln im Detail beschrieben. Eine Übersicht über die verwendeten Datenquellen ist im Anhang DA 3 zu finden.

**D 3.1: Vierstufiges Analysekonzept zur Schätzung des aktuellen und zukünftigen Palliative-Care-Bedarfs**



Quelle: Darstellung Interface.

### 3.2 Grenzen und Chancen

Schätzungen zum Palliative-Care-Bedarf sind generell eine Herausforderung, denn der Bedarf an Palliative Care hängt von vielen Aspekten ab. Als patientenzentrierte und holistische Disziplin folgt Palliative Care den Bedürfnissen der Patienten/-innen. Auch das Umfeld beziehungsweise die vorhandenen Ressourcen der Angehörigen werden miteinbezogen und beeinflussen den Bedarf. Die Umsetzung und Operationalisierung eines solchen Ansatzes in eine Bedarfsschätzung gehen mit unterschiedlichen Herausforderungen einher: (i) Definition von Palliative Care; (ii) zeitlicher Beginn der Palliativ-

ve Care; (iii) Operationalisierung der Komplexität und Instabilität der klinischen und sozialen Situation; (iv) Berücksichtigung des Kontextes.

Die Schätzmethoden haben Grenzen und bilden die Realität nicht hinreichend ab. Gleichzeitig braucht es eine Grössenordnung zum Bedarf an Palliative Care, um die Versorgung planen zu können. Die Schätzungen dieser Studie zeigen die Grössenordnung transparent und, soweit möglich, wissenschaftlich abgestützt auf. Damit liefert diese Studie die ersten Zahlen für die Schweiz, die über den weit verbreiteten Ansatz der populationsbasierten Bedarfsschätzung hinausgehen und den Bedarf auf Ebene der Versorgungsstrukturen beleuchten.

## 4. Personen mit aktuellem Bedarf an Palliative Care

In diesem Kapitel wird der Bedarf an Palliative Care in der Schweiz für das Jahr 2020 abgeschätzt. Für das Jahr 2020 deshalb, weil es das letzte Jahr ist, für das vollständige Daten verfügbar sind.<sup>11</sup>

Erstens wird dargelegt, wie viele Patienten/-innen insgesamt einen Bedarf an Palliative Care haben und zweitens, wie der Bedarf auf die allgemeine und die spezialisierte Palliative Care heruntergebrochen werden kann.

**I** Frage 3: Wie viele Patienten/-innen haben in der Schweiz aktuell einen Bedarf an Palliative Care? Wie verteilen sich diese Patienten/-innen auf die allgemeine und die spezialisierte Palliative Care?

### 4.1 Personen mit Palliative-Care-Bedarf im Jahr 2020

Im Jahr 2020 haben in der Schweiz zirka 50'000 Personen Bedarf an Palliative Care.<sup>12</sup> Diese Annahme beruht auf zwei populationsbasierten Schätzmethoden:

- *Bedarfsschätzung basierend auf den Todesfällen (EAPC)*: Im ersten Schritt wurde der Anteil der Bevölkerung mit Palliative-Care-Bedarf für das Jahr 2020 ermittelt. Gemäss Europäischer Vereinigung der Palliative Care (EAPC) haben zwei Drittel aller Verstorbenen vor ihrem Tod Bedarf an Palliative Care.<sup>13</sup>
- *Bedarfsschätzung basierend auf den Todesursachen (Etkind et al.)*: In Anlehnung an international anerkannte Schätzmethoden definiert sich der geschätzte Palliative-Care-Bedarf am Anteil der Bevölkerung, der an unheilbaren und/oder chronischen Krankheiten stirbt.<sup>14</sup> Dies entspricht der Anzahl Personen, die an einer der folgenden Krankheiten sterben: Krebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Lungenkrankheiten, Nierenkrankheiten, Leberkrankheiten, Demenz und andere chronische Krankheiten.<sup>15</sup> Da die Pädiatrische Palliative Care mit den diagnosebasierten Schätzmethoden nach Etkind et al unzureichend abgebildet wird, wurden die Todesursachen um Kongenitale Missbildungen und Krankheiten des Nervensystems bei Kindern erweitert. Basierend auf den genannten Annahmen wurden deskriptive Statistiken über die Todesfälle der Schweiz für das Jahr 2020 nach Altersgruppen berechnet (vgl. Darstellung D 4.2.).

<sup>11</sup> Im Jahr 2020 war eine Übersterblichkeit aufgrund der Corona-Pandemie zu verzeichnen. Dies wurde bei der populationsbasierten Bedarfsschätzung im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse geprüft. Entsprechend ist nicht davon auszugehen, dass die Resultate der populationsbasierten Schätzung durch die Übersterblichkeit verzerrt werden.

<sup>12</sup> Basierend auf populationsbasierten Schätzungen und ausgehend von der Todesfallstatistik.

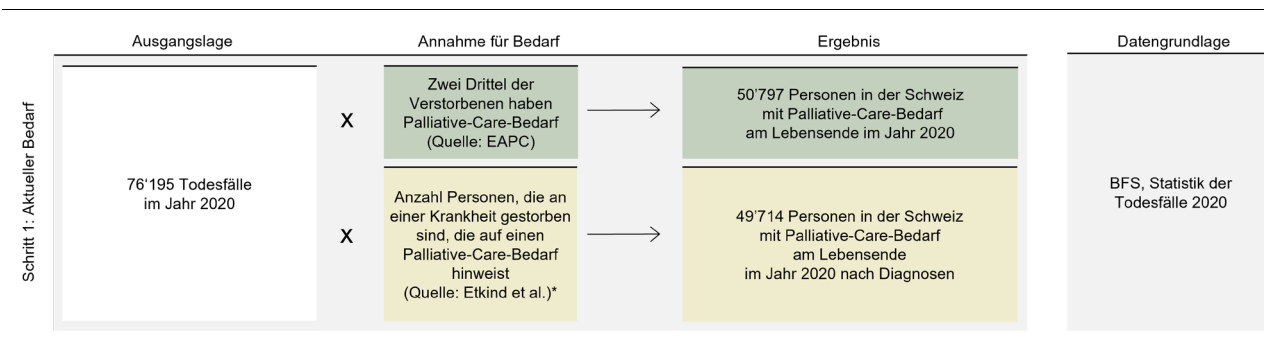
<sup>13</sup> EAPC 2009.

<sup>14</sup> Etkind et al. 2017.

<sup>15</sup> Corona-bedingte Todesfälle wurden unter anderem ausgeschlossen.

Beide Schätzmethoden führen zu einem ähnlichen Ergebnis: Es sind zwischen 49'714 und 50'797 Personen, die ein Bedarf an Palliative Care haben, dies entspricht 65 bis 67 Prozent der Todesfälle im Jahr 2020. Den grössten Anteil davon machen Patienten/-innen mit Kreislauferkrankungen und bösartigen Tumoren aus. Beide methodischen Ansätze zeigen, dass der Palliative-Care-Bedarf mit zunehmendem Alter steigt. Patienten/-innen über 65 Jahre machen 89 Prozent der Personen mit Palliative-Care-Bedarf aus. Bei Kindern und jüngeren Erwachsenen fällt der Bedarf je nach Schätzmethode unterschiedlich gross aus und liegt zwischen 34 und 67 Prozent (vgl. Darstellung D 4.1).

**D 4.1: Schätzung des populationsbasierten Palliative-Care-Bedarfs am Lebensende**



Quelle: Darstellung Interface.

Legende: \* = Eingeschlossene Krankheiten sind: Bösartige Tumore, Demenz, Erkrankungen des Kreislaufsystems, Erkrankungen der Atmungsorgane, Alkoholische Leberzirrhose, Erkrankungen der Hamorgane, Erkrankungen des Nervensystems bei Kindern, Kongenitale Missbildungen.

Darstellung D 4.2 fasst die Ergebnisse der Bedarfsschätzung zusammen:

**D 4.2: Populationsbasierter Palliative-Care-Bedarf im Jahr 2020**

	N	Anteil	Altersgruppe (Jahre)											
			0**		0-14		15-44		45-64		65-84		85+	
			n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil
Total Todesfälle 2020*	76'195	(1.00)	313	(0.00)	118	(0.00)	1'400	(0.02)	7'291	(0.10)	31'098	(0.41)	35'975	(0.47)
Verstorbene mit Palliative-Care-Bedarf nach EAPC***	50'797	(0.67)	209	(0.67)	79	(0.67)	933	(0.67)	4'861	(0.67)	20'732	(0.67)	23'983	(0.67)
Verstorbene mit Palliative-Care-Bedarf in Anlehnung an Etkind et al.****	49'714	(0.65)	105	(0.34)	60	(0.51)	463	(0.33)	4'755	(0.65)	20'743	(0.67)	23'588	(0.66)
Bösartige Tumore	16'930	(0.22)	2	(0.01)	26	(0.22)	293	(0.21)	3'026	(0.42)	9'593	(0.31)	3'990	(0.11)
Demenz	6'524	(0.09)	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.00)	33	(0.00)	1'754	(0.06)	4'736	(0.13)
Kreislaufsystem	20'511	(0.27)	1	(0.00)	4	(0.03)	117	(0.08)	1'171	(0.16)	6'956	(0.22)	12'262	(0.34)
Atmungsorgane insgesamt	3'757	(0.05)	1	(0.00)	4	(0.03)	15	(0.01)	255	(0.03)	1'756	(0.06)	1'726	(0.05)

	N	Anteil		Altersgruppe (Jahre)									
		0**		0–14		15–44		45–64		65–84		85+	
		n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil
Alkoholische Leberzirrhose	387 (0.01)	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (0.01)	176 (0.02)	196 (0.01)	7 (0.00)						
Harnorgane	1'342 (0.02)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.00)	31 (0.00)	447 (0.01)	861 (0.02)						
Krankheiten des Nervensystems bei Kindern	24 (0.00)	9 (0.03)	15 (0.13)										
Kongenitale Todesursachen	239 (0.00)	92 (0.29)	11 (0.09)	26 (0.02)	63 (0.01)	41 (0.00)	6 (0.00)						

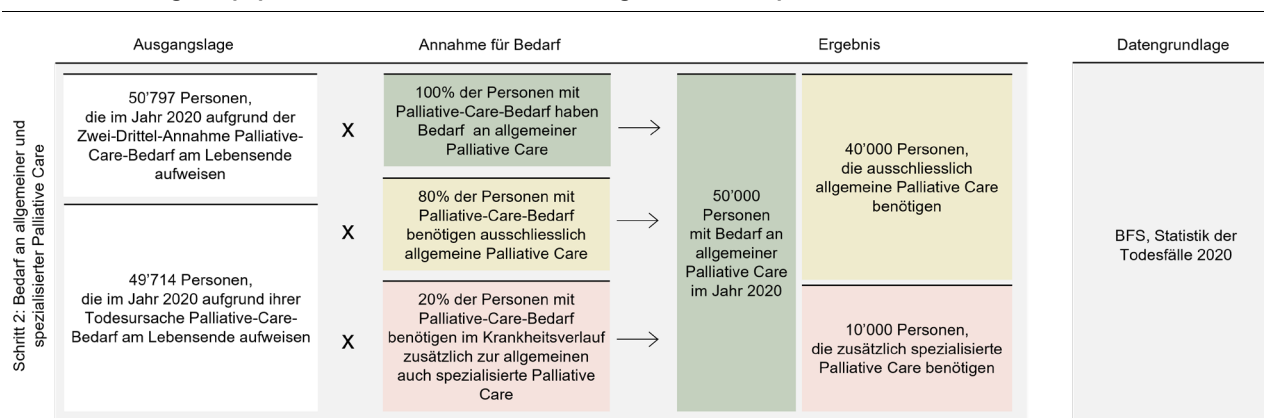
Quelle: Darstellung und Berechnungen Interface.

Legende: \* = Der Einfluss der Übersterblichkeit im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie wurde im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse geprüft und weist nicht auf eine Verzerrung der Bedarfsschätzung hin; \*\* = Sterbeziffer pro 1'000 Lebendgeburten; \*\*\* = Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen, die Palliative Care benötigen, konstant zwei Drittel aller Todesfälle beträgt. Quelle: EAPC 2009; \*\*\*\* = Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen, die Palliative Care benötigen, dem Anteil der Verstorbenen entspricht, die 2020 an einer Krankheit starben, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweist. Quelle: Etkind et al. 2017.

### 4.2 Personen mit Bedarf an allgemeiner und spezialisierter Palliative Care im Jahr 2020

Gemäss den populationsbasierten Schätzungen in Abschnitt 4.1 weisen alle 50'000 Personen, die im Jahr 2020 Palliative-Care-Bedarf aufweisen, Bedarf an *allgemeiner* Palliative Care auf. Davon können zirka 40'000 Personen (80%) *ausschliesslich* über Angebote der allgemeinen Palliative Care in der Grundversorgung versorgt werden. Bei rund 10'000 Personen (20%) bedarf es am Lebensende zusätzlich *spezialisierter* Palliative-Care-Angebote. Im klinischen Alltag sind diese geschätzten Zahlen nicht als separate Gruppen zu verstehen – der Übergang zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care ist fließend. Entsprechend kann eine Patientin oder ein Patient im Verlauf der Erkrankung zu beiden Gruppen gehören (vgl. Darstellung D 4.3).

**D 4.3: Schätzung des populationsbasierten Bedarfs nach allgemeiner und spezialisierter Palliative Care am Lebensende**



Quelle: Darstellung Interface.

Diese Berechnungen stützen sich auf folgende Annahmen:

- Alle Patienten/-innen, die spezialisierte Palliative Care benötigen, brauchen auch an mindestens einem Zeitpunkt allgemeine Palliative Care.<sup>16</sup>
- 80 Prozent der Patienten/-innen mit Bedarf an Palliative Care können ausschliesslich über Angebote in der Grundversorgung abgedeckt werden. Bei 20 Prozent der Patienten/-innen mit Bedarf an Palliative Care besteht ein zusätzlicher Bedarf an spezialisierter Palliative Care.<sup>17</sup> Diese Annahme bezieht sich auf das Total der Patienten/-innen mit Palliative-Care-Bedarf und kann nicht auf die einzelnen Altersgruppen angewendet werden.

Darstellung D 4.4. fasst die Ergebnisse der Bedarfsschätzung zusammen:

**D 4.4: Populationsbasierter Bedarf an allgemeiner und spezialisierter Palliative Care am Lebensende**

	<i>Total</i>	<i>Ausschliesslich allgemeine Palliative Care</i>		<i>Zusätzlich spezialisierte Palliative Care</i>	
		<i>n</i>	<i>Anteil</i>	<i>n</i>	<i>Anteil</i>
Personen mit Palliative-Care-Bedarf	<i>N (Anteil)</i>				
Bedarf nach EAPC*	50'797 (100.0)	40'637	(0.80)	10'159	(0.20)
Bedarf in Anlehnung an Etkind et al.**	49'714 (100.0)	39'771	(0.80)	9'943	(0.20)

Quelle: Berechnungen Interface.

Legende: \* = Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen, die Palliative Care benötigen, konstant zwei Drittel aller Todesfälle beträgt. Quelle: EAPC 2009; \*\* = Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen, die Palliative Care benötigen, dem Anteil der Verstorbenen entspricht, die 2020 an einer Krankheit starben, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweist. Quelle: Etkind et al. 2017.

<sup>16</sup> Basiert auf der Einschätzung der Experten/-innen der Arbeitsgruppe.

<sup>17</sup> BAG/GDK 2012b.

## 5. Personen mit aktuellem Bedarf an Versorgungsstrukturen

In diesem Kapitel wird der Bedarf an Palliative Care in der Schweiz im Jahr 2020 auf Ebene der Versorgungsstrukturen geschätzt.

! Frage 4: Wie viele Patienten/-innen haben in der Schweiz aktuell einen Bedarf an palliativen Versorgungsstrukturen? Wie verteilen sich diese auf die verschiedenen Versorgungsstrukturen der Palliative Care?

Der Bedarf an Palliative Care ist dynamisch und verändert sich sowohl im Verlauf der Erkrankung als auch am Lebensende. Eine Person mit Bedarf an Palliativ Care hat auf Ebene der Strukturen mehrfach Bedarf. Patienten/-innen haben häufig im Verlauf ihrer Erkrankung nicht nur mehrfach Bedarf an der gleichen Versorgungsstruktur, sondern auch Bedarf an mehreren unterschiedlichen Versorgungsstrukturen. Dies zeigt sich in der Literatur an Ein- und Austritten in die verschiedenen Strukturen (z.B. den Verlegungen) respektive unterschiedlichen Aufenthaltsorte.<sup>18,19</sup>

Bislang gibt es keine etablierten wissenschaftlichen Methoden zur Schätzung des strukturspezifischen Palliative-Care-Bedarfs. Trotz fehlender Grundlagen wurde ein Analysekonzept basierend auf zwei Methoden zur Schätzung des strukturspezifischen Bedarfs erarbeitet:

- *Strukturspezifischer Bedarf am Lebensende*: Der strukturspezifische Palliative-Care-Bedarf am Lebensende orientiert sich an der *Anzahl Personen in palliativen Betreuungssituationen im letzten Lebensjahr* und wird ausgehend vom Sterbeort und unter Annahmen zum Ort der Versorgung im letzten Lebensjahr geschätzt. So kann eine Person mit Palliative-Care-Bedarf im letzten Lebensjahr beispielsweise zuerst im Spital versorgt und anschliessend in ein Pflegeheim verlegt werden, wo sie dann stirbt. Diese Person hat sowohl strukturspezifischen Bedarf im Spital als auch im Pflegeheim (vgl. Darstellung D 5.1).
- *Strukturspezifischer Bedarf im Verlauf der Erkrankung*: Der strukturspezifische Bedarf im Verlauf der Erkrankung orientiert sich an der *Anzahl Personen in palliativen Betreuungssituationen im Krankheitsverlauf* und wird ausgehend vom Lebensort und der Erkrankung einer Person und unter Annahmen zum Lebens- und Versorgungsort im Verlauf der Erkrankung geschätzt. So kann eine Person mit Palliative-Care-Bedarf mehrfach Bedarf an der gleichen oder auch an mehreren unterschiedlichen Versorgungsstrukturen haben (vgl. Darstellung D 5.2).

Beide Ansätze verfolgen einen bedürfnis- und problemorientierten Ansatz, der Palliative Care als patientenzentrierte und holistische Disziplin versteht, dessen Bedarf dynamisch ist und sowohl im Verlauf der Erkrankung als auch am Lebensende wechseln kann. Entsprechen kann der strukturspezifische Bedarf auch Mehrfachzählungen derselben Person enthalten. Um potenzielle Angebotslücken zu identifizieren, wurde die Schätzung der Anzahl Patienten/-innen mit strukturspezifischem Palliative-Care-Bedarf – wo möglich – von absoluten Zahlen zum aktuellen Angebot entkoppelt.

<sup>18</sup> Bähler et al.2016.

<sup>19</sup> Füglistler-Dousse/Pellegrini 2019.

### 5.1 Personen mit strukturspezifischem Bedarf am Lebensende

In der Schweiz haben im Jahr 2020 insgesamt zirka 104'000 Personen Bedarf an palliativen Versorgungsstrukturen am Lebensende. Im letzten Lebensjahr benötigen 29'500 Personen Palliative Care im Spital, 37'000 Personen benötigen Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen und 37'500 Personen benötigen Palliative Care in ihrem Zuhause. Davon benötigen im letzten Lebensjahr rund 6'000 Personen zusätzlich spezialisierte Palliative Care in stationären Strukturen mit Spitalstatus, 2'500 Personen in Hospizstrukturen, 7'500 Personen zu Hause über mobile Palliative-Care-Angebote und rund 8'000 Personen in Alters- und Pflegeheimen über mobile Palliative-Care-Angebote.

Der strukturspezifische Bedarf am Lebensende wurde wie folgt berechnet: Ausgehend vom Sterbeort wurde in einem ersten Schritt die Anzahl Personen mit Palliative-Care-Bedarf berechnet, die zu Hause, im Alters- und Pflegeheim oder im Spital verstorben sind. In einem zweiten Schritt wurde der Versorgungspfad der Personen im letzten Lebensjahr unter Verwendung diverser Hinweise und Annahmen aus der Literatur ermittelt. Im dritten Schritt wurde die Anzahl Personen mit strukturspezifischem Bedarf für jede Versorgungsstruktur aus der Summe der in Schritt Eins und Zwei berechneten Anzahl Personen geschätzt. Entsprechend basiert der strukturspezifische Bedarf am Lebensende auf der Summe der *Anzahl Personen in palliativen Betreuungssituationen im letzten Lebensjahr* und der *Anzahl Verstorbener mit Palliative-Care-Bedarf* (vgl. Darstellung D 5.1).



D 5.1: Schätzung des strukturspezifischen Palliative-Care-Bedarfs am Lebensende



Quelle: Darstellung Interface.

Legende: PCU = Palliative Care Station; \* = Gemäss Anteil Personen im Spital, die an einer Erkrankung leiden, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweist; \*\* = ohne einmalig Hospitalisierte.

Am Beispiel der Alters- und Pflegeheime wurde der Bedarf wie folgt geschätzt: Die Anzahl Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die im letzten Lebensjahr in Alters- und Pflegeheimen versorgt wurden (N = 37'000) ergibt sich aus der Summe der Anzahl Personen, die in Alters- und Pflegeheimen verstorben sind (N = 34'617) und der Anzahl Personen, die im letzten Lebensjahr in Alters- und Pflegeheimen gelebt haben (N = 2'422), später jedoch im Spital verstorben sind (vgl. Darstellung D 5.1).

Folgende zentralen Annahmen zum Ort der Versorgung im letzten Lebensjahr liegen der Schätzung zu Grunde:

- 40 Prozent der im Spital Verstorbenen haben Palliative-Care-Bedarf. Dies entspricht dem Anteil Patienten/-innen, die 2020 im Spital aufgrund einer Krankheit, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweist, versorgt wurden. Ausgeschlossen von den Erkrankungen wurden: Infektiöse und parasitäre Krankheiten, Psychische Verhaltensstörung, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes, Krankheiten der Haut und der Unterhaut, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Etkind et al. 2017.

- Alle Personen, die auf der Palliative-Care-Station versterben, haben Palliative-Care-Bedarf.<sup>21</sup>
- Alle Personen, die im Alters- und Pflegeheim versterben, haben Palliative-Care-Bedarf.<sup>22</sup>
- 20 Prozent der Personen mit Palliative-Care-Bedarf im Alters- und Pflegeheim haben Bedarf an spezialisierter mobiler Palliative Care. Dies entspricht dem Anteil Personen, die im Verlauf ihrer Erkrankung zusätzlich spezialisierte Palliative-Care-Angebote benötigen.<sup>23</sup>
- 50 Prozent der Personen, die zu Hause sterben, haben Palliative-Care-Bedarf. Diese Annahme basiert auf der Verteilung der Todesfälle nach Altersgruppe und dem Anteil Personen über 65 Jahre, die zu Hause versterben.
- 20 Prozent der Personen mit Palliative-Care-Bedarf zu Hause haben Bedarf an spezialisierter mobiler Palliative Care. Dies entspricht dem Anteil Personen, die im Verlauf ihrer Erkrankung zusätzlich spezialisierte Palliative-Care-Angebote benötigen.<sup>24</sup>
- Bei 20 Prozent der Palliativ-Patienten/-innen, die zusätzlichen Bedarf an spezialisierter Palliative Care aufweisen, ist eine intensive Behandlung einer sozialmedizinischen Institution mit Palliative-Care-Auftrag (Hospiz) angezeigt.<sup>25, 26, 27</sup>
- 50 Prozent der Heimbewohner/-innen werden im letzten Lebensjahr mindestens einmal vor und/oder nach Eintritt ins Heim hospitalisiert.<sup>28</sup>
- 90 Prozent der Klienten/-innen, die in einem Hospiz versterben, werden von einem Spital an das Hospiz überwiesen, 10 Prozent treten von ihrem Zuhause aus in ein Hospiz ein.<sup>29</sup>
- 20 Prozent der Patienten/-innen von Spitälern, die im Spital versterben (ohne einmalig Hospitalisierte), werden von einem Alters- und Pflegeheim überwiesen, 80 Prozent treten von ihrem Zuhause aus in das Spital ein.<sup>30</sup>
- 60 Prozent der Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeheimen, die im Heim versterben, treten von ihrem Zuhause aus in ein Alters- und Pflegeheim ein, 40 Prozent werden von einem Spital an das Alters- und Pflegeheim überwiesen.<sup>31</sup>
- Alle Klienten/-innen der Hospize haben Palliative-Care-Bedarf.<sup>32</sup>

## 5.2 Personen mit strukturspezifischem Bedarf im Krankheitsverlauf

In der Schweiz haben im Jahr 2020 zirka 715'000 Personen im Verlauf ihrer Erkrankung Bedarf an palliativen Versorgungsstrukturen. Unter Berücksichtigung des gesamten Krankheitsverlaufs benötigen 423'000 Personen Palliative Care im Spital, 160'000 Personen in Alters- und Pflegeheimen und 132'000 Personen zu Hause. Davon benötigen 10'000 Personen zusätzlich spezialisierte stationäre Palliative Care im Spital, 4'500 Personen in Hospizstrukturen, 32'000 Personen benötigen spezialisierte mobile Dienste in Alters- und Pflegeheimen und 31'500 Personen benötigen spezialisierte mobile Dienste zu Hause.

---

<sup>21</sup> Aussage Arbeitsgruppe Angebot/ Bedarf, Sitzung am 20.10.2022.

<sup>22</sup> Aussage Arbeitsgruppe Angebot/ Bedarf, Sitzung am 20.10.2022.

<sup>23</sup> BAG/GDK 2012b.

<sup>24</sup> BAG/GDK 2012b.

<sup>25</sup> Bieri et al. 2019.

<sup>26</sup> Schwaller/Jehle 2014.

<sup>27</sup> Meier 2013.

<sup>28</sup> Füglistler-Dousse/Pellegrini 2021.

<sup>29</sup> Berechnungen Interface basierend auf Strukturdaten der Hospize.

<sup>30</sup> Wächter/Bommer 2014.

<sup>31</sup> Berechnungen Interface basierend auf den Zahlen der SOMED und der MS Statistiken.

<sup>32</sup> Aussage Arbeitsgruppe Angebot/ Bedarf, Sitzung am 20.10.2022.

Der strukturspezifische Bedarf im Krankheitsverlauf wurde wie folgt berechnet: Ausgehend vom Ort der Versorgung wurde in einem ersten Schritt die Anzahl Personen mit Palliative-Care-Bedarf berechnet, die zu Hause, im Alters- und Pflegeheim, oder im Spital leben und/oder versorgt werden. In einem zweiten Schritt wurde der Versorgungspfad dieser Personen im Verlauf der Erkrankung unter Verwendung diverser Hinweise und Annahmen aus der Literatur ermittelt. Im dritten Schritt wurden die Anzahl Personen mit strukturspezifischem Bedarf für jede Versorgungsstruktur aus der Summe der in Schritt Eins und Zwei berechneten Anzahl Personen geschätzt. Entsprechend basiert die Bedarfsschätzung im Krankheitsverlauf auf Ebene der Versorgungsstrukturen auf der Summe der *Anzahl Personen, die derzeit in den Versorgungsstrukturen leben oder behandelt werden* und der *Anzahl Personen, die im Verlauf der Erkrankung in diese Strukturen ein- und auswandern*.

**D 5.2: Schätzung des strukturspezifischen Palliative-Care-Bedarfs im Verlauf der Erkrankung**

	Ausgangslage	Annahme zum Lebens-/Versorgungsort	Annahme zum Verlauf	Ergebnis	Datengrundlage	
Schritt 3: Bedarf an Versorgungsstrukturen	979'499 Personen, die im Jahr 2020 im Spital versorgt wurden	X Alle Personen im Spital, die an einer Krankheit leiden, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweist, haben Palliative-Care-Bedarf*	+	36% der Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeheimen werden während ihres Aufenthaltes mindestens einmal hospitalisiert	423'000 Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die im Spital versorgt werden	BFS, Statistik der Todesfälle 2020
	7'912 Personen, die im Jahr 2020 auf einer spezialisierten Palliative-Care-Station versorgt wurden	X Alle Personen, die auf der Palliative-Care-Station versorgt werden, haben Palliative-Care-Bedarf	+	90% der im Hospiz Verstorbenen werden von einem Spital überwiesen	10'000 Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die auf einer PCU versorgt werden	Obsan, Statistik zum Sterbeort
	158'614 Personen, die im Jahr 2020 im Alters- und Pflegeheim gelebt haben	X Alle Personen, die im Alters- und Pflegeheim leben, haben Palliative-Care-Bedarf	+	14% der Personen, die auf einer Palliative-Care-Station versorgt werden, gehen in ein Pflegeheim	160'000 Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die im Heim leben	
	160'000 Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die im Alters- und Pflegeheim leben	X 20% der Personen mit Palliative-Care-Bedarf im Alters- und Pflegeheim haben Bedarf an spezialisierter mobiler Palliative Care			32'000 Personen mit Bedarf an spezialisierter mobiler Palliative Care, die im Heim leben	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
	420'739 Personen, die im Jahr 2021 zu Hause gelebt haben und von der Spitex versorgt wurden	X 44% der Spitex-Klienten/-innen sind über 80 Jahre alt. Davon haben 70% Palliative-Care-Bedarf	+	31% der Personen, die auf einer PCU versorgt werden, gehen nach Hause mit der Spitex	132'000 Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die zu Hause leben	Strukturdaten palliative.ch
	4'781 Personen, die von der spezialisierten mobilen Palliative Care versorgt wurden	X Alle Klienten/-innen, die spezialisierte mobile Palliative Care benötigen, haben Palliative-Care-Bedarf	+	10% der im Hospiz Verstorbenen treten von zu Hause aus ins Hospiz ein	31'500 Personen mit Bedarf an spezialisierter mobiler Palliative Care, die zu Hause leben	
	132'000 Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die zu Hause leben	X 20% der Personen mit Palliative-Care-Bedarf zu Hause haben Bedarf an spezialisierter mobiler Palliative Care				Strukturdaten Hospize
	453 Klienten/-innen, die im Hospiz betreut wurden	X Alle Klienten/-innen der Hospize haben Palliative-Care-Bedarf	+	Der Hospizbedarf steigt im Krankheitsverlauf im selben Verhältnis wie der Bedarf an spezialisierter stationärer Palliative Care	4'500 Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die im Hospiz versorgt werden	
	2'500 Personen mit Palliative-Care-Bedarf, die im Hospiz sterben					

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: PCU = Palliative Care Station; \* = Alle Patienten/-innen im Spital ausser jene mit den Diagnosen: Infektiöse und parasitäre Krankheiten, Psychische Verhaltensstörung, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes, Krankheiten der Haut und der Unterhaut, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Symptome und abnorme klinische Befunde und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen

Am Beispiel der Spitäler wurde der Bedarf wie folgt geschätzt: Die Anzahl Personen mit Palliative-Care-Bedarf in den Spitälern (N = 423'000) ergibt sich aus der Summe der Anzahl hospitalisierten Personen mit Diagnosen, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweisen (N = 365'679) und der Anzahl Personen, die im Verlauf der Erkrankung aus anderen Strukturen, vor allem Alters- und Pflegeheimen (N = 57'232), ins Spital verlegt wurden (vgl. Darstellung D 5.2).

Folgende zentralen Annahmen zum Lebensort und zum Versorgungsort im Krankheitsverlauf liegen der Schätzung zu Grunde:

- Alle Patienten/-innen im Spital mit Diagnosen, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweisen, haben Palliative-Care-Bedarf. Ausgeschlossen von den Erkrankungen wurden: Infektiöse und parasitäre Krankheiten, Psychische Verhaltensstörung, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes, Krankheiten der Haut und der Unterhaut, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen.<sup>33</sup>
- Alle Patienten/-innen, die auf der Palliative-Care-Station versorgt werden, haben Palliative-Care-Bedarf.<sup>34</sup>
- Alle Bewohner/-innen der Alters- und Pflegeheime haben Palliative-Care-Bedarf.<sup>35</sup>
- 20 Prozent der Personen mit Palliative-Care-Bedarf in Alters- und Pflegeheimen haben Bedarf an spezialisierter mobiler Palliative Care. Dies entspricht dem Anteil Personen, die im Verlauf ihrer Erkrankung zusätzlich spezialisierte Palliative-Care-Angebote benötigen.<sup>36</sup>
- 70 Prozent der Spitex-Klienten/-innen, die über 80 Jahre alt sind, haben Palliative-Care-Bedarf.<sup>37</sup>
- Alle Klienten/-innen, die spezialisierte mobile Palliative Care in Anspruch nehmen, haben Palliative-Care-Bedarf.<sup>38</sup>
- 20 Prozent der Personen mit Palliative-Care-Bedarf zu Hause haben Bedarf an spezialisierter mobiler Palliative Care. Dies entspricht dem Anteil Personen, die im Verlauf ihrer Erkrankung zusätzlich spezialisierte Palliative-Care-Angebote benötigen.<sup>39</sup>
- Alle Klienten/-innen der Hospize haben Palliative-Care-Bedarf.<sup>40</sup>
- 36 Prozent der Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeheimen werden während ihres Aufenthaltes mindestens einmal hospitalisiert.<sup>41</sup>
- 90 Prozent der Klienten/-innen, die in einem Hospiz versterben, werden von einem Spital an das Hospiz überwiesen, 10 Prozent treten von ihrem Zuhause aus in ein Hospiz ein.<sup>42</sup>
- 14 Prozent der Patienten/-innen auf spezialisierten Palliative-Care-Stationen gehen in ein Pflegeheim, 31 Prozent gehen nach Hause mit Unterstützung der Spitex und 49 Prozent versterben.<sup>43</sup>
- Der Hospizbedarf steigt im Verlauf der Erkrankung im selben Verhältnis wie der Bedarf an spezialisierter stationärer Palliative Care.<sup>44</sup>

---

<sup>33</sup> Etkind et al. 2017.

<sup>34</sup> Aussage Arbeitsgruppe Angebot/Bedarf, Sitzung am 20.10.2022.

<sup>35</sup> Aussage Arbeitsgruppe Angebot/Bedarf, Sitzung am 20.10.2022.

<sup>36</sup> BAG/GDK 2012b.

<sup>37</sup> Liechti/Küenzi 2019.

<sup>38</sup> Aussage Arbeitsgruppe Angebot/Bedarf, Sitzung am 20.10.2022.

<sup>39</sup> BAG/GDK 2012b.

<sup>40</sup> Aussage Arbeitsgruppe Angebot/Bedarf, Sitzung am 20.10.2022.

<sup>41</sup> BFS, 2019.

<sup>42</sup> Berechnungen Interface basierend auf Strukturdaten der Hospize.

<sup>43</sup> Strukturdaten, palliative.ch.

<sup>44</sup> Basierend auf der Annahme, dass die Versorgung in Hospizen jenen der spezialisierten Palliative-Care-Station am nächsten kommt.

### 5.3 Personen mit strukturspezifischem Bedarf im Krankheitsverlauf und am Lebensende

Aus den zwei Ansätzen ergibt sich eine Bandbreite von rund 104'000 bis 715'000 Personen, die Bedarf an palliativen Versorgungsstrukturen aufweisen. Diese Bandbreite verdeutlicht, dass Personen mit unterschiedlichen Krankheitsverläufen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlicher Intensität Palliative Care benötigen. So zeigt sich, dass eine Person mit Palliative-Care-Bedarf am Lebensende rund zwei Kontaktpunkte mit den Versorgungsstrukturen hat. Im Verlauf der Erkrankung ist von deutlich mehr Kontaktpunkten mit Versorgungsstrukturen pro Person auszugehen. Dabei werden auch Personen berücksichtigt, die nicht an der Erkrankung sterben.

Darstellung D 5.3 fasst die Ergebnisse der Bedarfsschätzung zusammen.

**D 5.3: Geschätzte Anzahl Personen mit strukturspezifischem Palliative-Care-Bedarf am Lebensende und im Krankheitsverlauf**

<i>Versorgungsstruktur</i>	<i>Bedarf am Lebensende Grössenordnung</i>	<i>Bedarf im Krankheitsverlauf Grössenordnung</i>
<b>Allgemeine Palliative Care</b>		
– Spital	29'420	422'911
– Alters- und Pflegeheim*	37'039	159'852
– Zu Hause	37'485	131'961
<b>Spezialisierte Palliative Care</b>		
– Spezialisierte stationäre Palliative Care (Spitalstatus)	5'705	9'741
– Spezialisierte stationäre Palliative Care (Hospizstrukturen)	2'485	4'393
– Spezialisierte Mobile Palliative Care (im Alters- und Pflegeheim)	7'408	31'970
– Spezialisierte Mobile Palliative Care (zu Hause)**	7'700	31'376
<b>Total Bedarf an Palliative Care***</b>	<b>103'945</b>	<b>714'724</b>

Quelle: Darstellung und Berechnungen Interface.

Legende: \* = inklusive zertifizierte Langzeitpflege; \*\* = exklusive spitalinterne Konsiliardienste; \*\*\* = einschliesslich zusätzlichem Bedarf an spezialisierter Palliative Care.

## 6. Personen mit zukünftigem Bedarf an Palliative Care

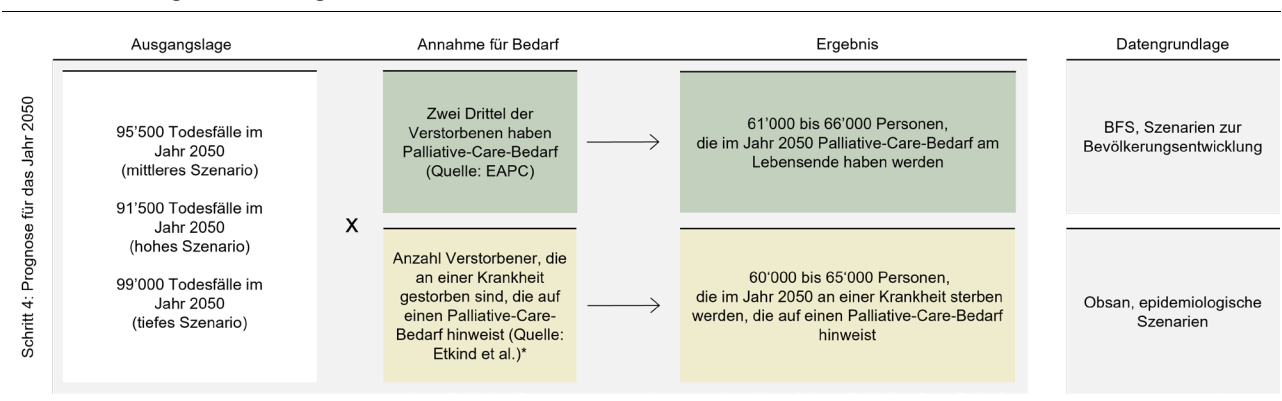
In diesem Kapitel wird der zukünftige Bedarf an Palliative Care in der Schweiz für das Jahr 2050 geschätzt. Dazu wird dargelegt, wie viele Patienten/-innen gemessen an drei Bevölkerungsszenarien insgesamt einen Bedarf an Palliative Care haben werden.

**I Frage 5: Wie viele Patienten/-innen werden in der Schweiz im Jahr 2050 einen Bedarf an Palliative Care haben?**

### 6.1 Personen mit Palliative-Care-Bedarf im Jahr 2050

Es ist zu erwarten, dass in der Schweiz im Jahr 2050 rund 60'000 bis 66'000 Personen Bedarf an Palliative Care haben werden. Diese Annahme beruht auf zwei Schätzmethoden (vgl. Abschnitt 4.1), die zu ähnlichen Ergebnissen kommen: die erwartete Anzahl liegt für das Referenzszenario zwischen 63'655 und 62'658 Personen mit Palliative-Care-Bedarf (vgl. Darstellung D 6.1). Dies entspricht einer Bedarfszunahme um 25 bis 30 Prozent innerhalb der nächsten 30 Jahre, wobei der stärkste Anstieg bei den Personen erwartet wird, die über 85 Jahre alt sind (vgl. Darstellung DA 4 im Anhang).

**D 6.1: Schätzung des zukünftigen Palliative-Care-Bedarfs**



Quelle: Darstellung Interface.

Legende: \* = Eingeschlossene Krankheiten sind: Bösartige Tumore, Demenz, Erkrankungen des Kreislaufsystems, Erkrankungen der Atmungsorgane, Alkoholische Leberzirrhose, Erkrankungen der Harnorgane, Erkrankungen des Nervensystems bei Kindern, Kongenitale Missbildungen.

Der zukünftige Palliative-Care-Bedarf wurde wie folgt berechnet: Ausgehend von den erwarteten Todesfällen in der Schweiz für das Jahr 2050 wurde der Palliative-Care-Bedarf anhand der in Abschnitt 4.1 beschriebenen Schätzmethoden berechnet.

Folgende Annahmen zukünftiger Entwicklungen liegen der Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs für das Jahr 2050 zugrunde:

- Die *Lebenserwartung* wird steigen und der Anteil Personen über 65 Jahre wächst um die Hälfte, während der Anteil Personen über 80 Jahre sich mehr als verdoppelt.<sup>45</sup>
- Die *Zahl der Todesfälle* wird bis 2050 von aktuell 80'000 auf 91'000 bis 99'000 zunehmen. Dabei werden vor allem die Todesfälle bei den über 80-Jährigen überpro-

<sup>45</sup> BFS 2020.

portional steigen. Das *Referenzszenario* geht dabei von einer Fortsetzung der Entwicklungen der Fruchtbarkeit, Sterblichkeit und Migration der letzten Jahre aus. Das *tiefe Szenario* geht von einer Kombination von Hypothesen aus (bspw. Rückgang der Geburtenhäufigkeit und frühe Sterblichkeit), die ein schwächeres Bevölkerungswachstum zur Folge haben. Das *hohe Szenario* geht von einer Kombination von Hypothesen aus (bspw. Anstieg der Geburtenhäufigkeit und spätere Sterblichkeit), die ein stärkeres Bevölkerungswachstum zur Folge haben.<sup>46</sup>

Darstellung D 6.2 fasst die Ergebnisse der Bedarfsschätzung zusammen.

<b>D 6.2: Populationsbasierter Palliative-Care-Bedarf im Jahr 2050 entlang den drei Bevölkerungsszenarien</b>						
	<i>Referenzszenario</i>		<i>Hohes Szenario</i>		<i>Tiefes Szenario</i>	
	<i>n</i>	<i>(Anteil)</i>	<i>n</i>	<i>(Anteil)</i>	<i>n</i>	<i>(Anteil)</i>
Total Todesfälle 2050	95'483	(1.00)	91'466	(1.00)	99'126	(1.00)
Verstorbene mit Palliative-Care-Bedarf nach EAPC*	63'655	(0.67)	60'977	(0.67)	66'084	(0.67)
Verstorbene mit Palliative-Care-Bedarf in Anlehnung an Etkind et al.**	62'685	(0.66)	60'028	(0.66)	65'104	(0.66)
Spezifische Todesursachen***						
Bösartige Tumore	17'274	(0.18)	15'960	(0.17)	18'587	(0.19)
Demenz	9'853	(0.10)	9'671	(0.11)	9'975	(0.10)
Kreislaufsystem	28'463	(0.30)	27'613	(0.30)	29'168	(0.29)
Atmungsorgane insgesamt	4'706	(0.05)	4'495	(0.05)	4'903	(0.05)
Alkoholische Leberzirrhose	293	(0.00)	257	(0.00)	330	(0.00)
Harnorgane	1'918	(0.02)	1'868	(0.02)	1'957	(0.02)
Krankheiten des Nervensystems bei Kindern	15	(0.00)	16	(0.00)	14	(0.00)
Kongenitale Todesursachen	162	(0.00)	150	(0.00)	171	(0.00)

Quelle: Berechnungen Interface.

Legende: \* = Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen, die Palliative Care benötigen, konstant zwei Drittel aller Todesfälle beträgt. Quelle: EAPC 2009; \*\* = Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen, die im Jahr 2050 Palliative Care benötigen werden, dem Anteil der Verstorbenen entspricht, die 2020 an einer Krankheit starben, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweist. Quelle: Etkind et al. 2017.

\*\*\* = Schätzung der Anzahl Personen, die 2050 an einer spezifischen Todesursache versterben werden unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen aufgrund einer spezifischen Krankheit nach Altersgruppe, der Verteilung der Todesfälle nach Todesursache und Altersgruppe von 2020 entspricht.

<sup>46</sup> BFS 2020.

## 7. Fazit und Einbettung der Schätzungen

In diesem Kapitel werden zuerst die wesentlichen Erkenntnisse aus der Schätzung zum aktuellen und zukünftigen Palliative-Care-Bedarf zusammengefasst und diskutiert. Davon ausgehend werden die Ergebnisse aus Sicht der Arbeitsgruppe eingeordnet.

Folgende zentrale Erkenntnisse sind festzuhalten:

### Erkenntnis 1

Für das Jahr 2020 wird basierend auf wissenschaftlich etablierter Methodik geschätzt, dass in der Schweiz rund 50'000 Personen Bedarf an Palliative Care haben. Diese Schätzung greift für die Versorgungsplanung zu kurz und unterschätzt den tatsächlichen Bedarf aus verschiedenen Gründen.

Aus der vorliegenden Bedarfsschätzung geht hervor, dass derzeit in der Schweiz 50'000 Personen am Lebensende einen Bedarf an Palliative Care aufweisen. Davon benötigen 10'000 Personen zusätzlich spezialisierte Palliative Care. Mit einem populationsbasierten Palliative-Care-Bedarf von 65 bis 67 Prozent der Verstorbenen reiht sich die Schweiz damit im internationalen Vergleich nahe dem Mittelwert von 63,6 Prozent ein.<sup>47</sup> Diese populationsbasierten Bedarfsschätzungen basieren auf Daten der Todesfallstatistik und orientieren sich an der Häufigkeit der Todesfälle aufgrund von unheilbaren und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Damit wird der Bedarf an Palliative Care auf den Zeitpunkt des Lebensendes und auf die Todesursache reduziert. Gemäss Definition des Rahmenkonzepts beginnt Palliative Care jedoch schon früher und geht über die Symptomkontrolle am Lebensende hinaus. Palliative Care schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen, aber auch psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung während des gesamten Krankheitsverlaufes mit ein.<sup>48</sup> Vor diesem Hintergrund werden populationsbasierte Schätzungen nicht allen Aspekten und Personen der Palliative Care gerecht. Das zeigt sich vor allem bei multimorbiden Personen und Kindern.

Die pädiatrische Palliative Care wird mit populationsbasierten Schätzmethoden über die Todesfälle unzureichend abgebildet. Die pädiatrische Palliative Care unterscheidet sich von der Palliative Care für Erwachsene und für ältere Menschen bezüglich der Patientenpopulation, der Betreuung und der Versorgungsstrukturen.<sup>49</sup> Anders als Erwachsene leiden die meisten Kinder mit palliativem Betreuungsbedarf an schweren Schädigungen in der Neonatalperiode, neurologischen und neurometabolischen Krankheiten, gefolgt von genetisch bedingten Krankheiten und Krebserkrankungen.<sup>50</sup> Entsprechend kann ein Bedarf an Palliative Care auch erst im Krankheitsverlauf entstehen. Aufgrund der komplexen Krankheitsbilder und der familiären Situation ist oftmals eine hochspezialisierte palliative Betreuung mit gleichzeitiger Flexibilität notwendig. Die palliative Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist ein dynamischer Prozess und findet derzeit abwechselnd im Spital und zu Hause statt. Internationale Schätzungen für den Bedarf einer

<sup>47</sup> Morin et al. 2017.

<sup>48</sup> BAG et al. 2014.

<sup>49</sup> Bergsträsser et al. 2020.

<sup>50</sup> Experteneinschätzung aus der Arbeitsgruppe Angebot/Bedarf, Sitzung am 28.02.2023.



palliativen Betreuung bei Kindern und Jugendlichen gehen von einer Prävalenz von 45 bis 67 Kindern mit Palliative-Care-Bedarf pro 10'000 Kinder in der Bevölkerung aus.<sup>51</sup>

Auch Experten/-innen sind sich einig darin, dass eine Operationalisierung des Palliative-Care-Bedarfs gemäss populationsbasierten Methoden nicht hinreichend ist, um die Komplexität der klinischen und sozialen Situation aller Palliative-Care-Patienten/-innen über ihren gesamten Krankheitsverlauf hinweg zu beschreiben.

#### Erkenntnis 2

Die Anzahl Personen, die Bedarf an der Versorgung in verschiedenen Strukturen haben, liegt zwischen 104'000 bis 715'000 Personen. Eine Person kann über den gesamten Krankheitsverlauf Bedarf an verschiedenen Versorgungsstrukturen haben, wobei ein fachlich empfohlener früher Einsatz von Palliative Care die Phase der Inanspruchnahme zusätzlich erweitert.

Aus der strukturspezifischen Bedarfsschätzung geht hervor, dass derzeit zwischen 104'000 bis 715'000 Personen einen Bedarf an palliativen Versorgungsstrukturen aufweisen. Im Gegensatz zur populationsbasierten Schätzung basiert die strukturspezifische Schätzung nicht ausschliesslich auf Daten der Todesfallstatistik. Der *strukturspezifische Bedarf an palliativen Versorgungsstrukturen am Lebensende* orientiert sich zusätzlich zum Sterbeort daran, wo Personen im Jahr vor ihrem Tod versorgt wurden. Damit wird der Bedarf an Palliative Care auf den Zeitraum des letzten Lebensjahres erweitert. Der *strukturspezifische Palliative-Care-Bedarf im Krankheitsverlauf* ist gänzlich losgelöst von der Todesfallstatistik. Dieser Bedarf wird ausgehend vom Lebens- und Versorgungsort jener Personen, die an einer unheilbaren und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit leiden, geschätzt. Ein solcher Ansatz berücksichtigt nicht nur jene Personen, die möglicherweise an einer unheilbaren und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit sterben, sondern auch jene, die an einer Krankheit leiden, an der sie aber letztendlich nicht versterben. Beide Ansätze berücksichtigen die Annahme, dass Personen mit unterschiedlichen Krankheitsverläufen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlicher Intensität Palliative Care benötigen.

Die grosse Bandbreite zeigt, dass selbst unter Berücksichtigung der Versorgung im Krankheitsverlauf der geschätzte Palliative-Care-Bedarf von der Betrachtungsweise und der Definition von Palliative Care abhängt. Entsprechend uneins sind sich auch Experten/-innen, was den Bedarf einzelner Strukturen betrifft.

#### Erkenntnis 3

Palliative Care ist ein weit gefasster Begriff, der in der Praxis unterschiedlich ausgelegt wird. Es gibt keine hinreichende Definition, die für ein einheitliches Verständnis ausreicht.

Gemäss dem Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz wird Palliative Care als ganzheitliche und patientenzentrierte Disziplin verstanden, in welcher der Mensch in seiner Ganzheit, das heisst unter Berücksichtigung der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen, betreut wird.<sup>52</sup> Dabei orientiert sich Palliative Care an den Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der betroffenen Patienten/-innen sowie ihrer Bezugspersonen. Die Dauer palliativer Behandlungen kann stark variieren; von Tagen, Wochen, Monaten bis hin zu Jahren. Palliative Behandlungen sind nicht nur auf die letzte Lebensphase beschränkt, sondern können gerade bei Personen mit chronischen

<sup>51</sup> Fraser et al. 2021.

<sup>52</sup> BAG et al. 2014.

Erkrankungen sehr früh in Ergänzung zu kurativen Behandlungen eingesetzt werden. Die Anteile an palliativen und kurativen Behandlungen hängt vom Zustand der Patienten/-innen ab. Mit zunehmender Verschlechterung des Gesundheitszustands nimmt der Anteil palliativer Behandlungen zu, während der Anteil kurativer Behandlungen abnimmt. Der Grossteil der Patienten/-innen kann im Rahmen der Grundversorgung palliativ behandelt und betreut werden. Mit zunehmender Instabilität des Krankheitsverlaufs und grösser werdender Komplexität der psychosozialen Situation benötigen Patienten/-innen zusätzlich spezialisierte Palliative Care. Diese zentralen prognostischen Faktoren beeinflussen den Palliative-Care-Bedarf in den einzelnen Versorgungsstrukturen. Die grosse Bandbreite der geschätzten Anzahl Personen mit strukturspezifischem Palliative-Care-Bedarf zeigt, wie komplex die Einschätzung der individuellen Patientenbedürfnisse, der verschiedenen Krankheitsverläufe und der bestehenden Versorgungsstrukturen ist.

#### I Erkenntnis 4

Die Schätzungen zum strukturspezifischen Bedarf an Palliative Care entsprechen Grössenordnungen, da eine exakte Schätzung nicht möglich ist.

Bedarfsschätzungen sind generell schwierig, besonders dann, wenn diese heruntergebrochen werden auf die Versorgungsstrukturen, denn Palliative Care folgt dem Patienten/der Patientin. Jeder Patient/jede Patientin sollte eine palliative Versorgung erhalten, die seinem/ihrem Behandlungsziel entspricht, unabhängig davon, wo die Behandlung stattfindet. Entsprechend kann der Bedarf an spezifischen Strukturen nach Alter, Krankheit, Krankheitsverlauf, sozialem Umfeld und individuellen Wünschen der Patienten/-innen variieren.<sup>53</sup> Hinzukommt, dass eine Person im Verlauf der Erkrankung mehrmals (allenfalls auch dieselben) Versorgungsstrukturen in Anspruch nehmen muss. Eine «exakte» Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs im Krankheitsverlauf setzt ein einheitliches Verständnis von Palliative Care und umfassende Informationen über die klinische, psychologische und soziale Situation der einzelnen Personen voraus. Diese Informationen liegen derzeit in der Schweiz nicht vor.<sup>54</sup>

Auch existieren bislang keine hinreichenden Kriterien, um sowohl die Komplexität als auch die Instabilität für alle Patientensituationen, Institutionen und Versorgungsstrukturen zu beschreiben. Mit der strukturspezifischen Bedarfsschätzung wurde eine Annäherung an die Komplexität vorgenommen. Die Experten/-innen sind sich uneins, inwiefern es sich dabei um eine Unterschätzung oder Überschätzung des Bedarfs in den Versorgungsstrukturen handelt. Nicht zuletzt auch deshalb, weil der Bedarfsschätzung keine spezifischen Qualitätskriterien für die einzelnen Strukturen zugrunde liegen. Generell sei jedoch davon auszugehen, dass die Anzahl Personen mit einem Palliative-Care-Bedarf, die ambulant versorgt werden, unterschätzt werde, insbesondere auch diejenigen, die mobile Dienste in Anspruch nehmen. Gleiches gelte für Kinder mit Palliative-Care-Bedarf: Hier sei von einer generellen Unterschätzung der Anzahl Kinder mit Palliative-Care-Bedarf in allen Versorgungsstrukturen auszugehen.

<sup>53</sup> BAG 2018.

<sup>54</sup> Junker 2012.

## | Erkenntnis 5

Der Bedarf an Palliative Care wird bis 2050 zunehmen – insbesondere durch die demografische Entwicklung, die eine Zunahme von 25 bis 30 Prozent nahelegt. Die konkreten Auswirkungen weiterer gesellschaftlicher Entwicklungen können in verschiedene Richtungen gehen und sind derzeit nicht zu quantifizieren.

Bis im Jahr 2050 wird der Palliative-Care-Bedarf um 25 bis 30 Prozent zunehmen, wobei der stärkste Anstieg bei den älteren Personen zu erwarten ist. Dies aufgrund der wachsenden Bevölkerung und dem steigenden Anteil älterer Menschen. Werden sich die Entwicklungen der letzten Jahre gleichermassen fortsetzen, wird der Anteil Personen über 65 Jahre um die Hälfte steigen, während sich der Anteil Personen über 80 Jahre verdoppeln wird.<sup>55</sup> Diese Entwicklungen haben Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Mit zunehmendem Alter treten Mehrfacherkrankungen und Erkrankungen wie Demenz und Krebs auf. Gemäss jüngsten Prognosen für die Schweiz wird die Anzahl Personen, die an Demenz leiden, bis 2050 um 117 Prozent steigen.<sup>56</sup> Auch Krebserkrankungen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass sich die Zahl der Krebsfälle weltweit bis 2040 fast verdoppeln wird.<sup>57</sup> Das bedeutet, dass in der Schweiz in Zukunft nicht nur mehr ältere Menschen, sondern auch mehr Menschen, die Pflege benötigen, leben. Diese Entwicklungen gehen einher mit Schätzungen zum steigenden Bedarf an Alters- und Langzeitpflege des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan). Das Obsan geht davon aus, dass der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege – je nach erwartetem Gesundheitszustand der Bevölkerung – bis im Jahr 2040 um 47,1 bis 64,7 Prozent steigen wird.<sup>58</sup> Aufgrund der Verdoppelung der Anzahl Personen über 80 Jahre wird der grösste Anstieg in den Alters- und Pflegeheimen erwartet, gefolgt von der Spitex-Pflege und -Betreuung und betreuten Wohnformen. Inwiefern sich diese Prognosen auf den Bedarf an Palliative Care auswirken, ist derzeit nicht zu quantifizieren. Denn der zukünftige Palliative-Care-Bedarf und die Inanspruchnahme von entsprechenden Versorgungsstrukturen hängen unter anderem von der Gesundheit der Bevölkerung, individuellen Präferenzen der Patienten/-innen, der Qualität der einzelnen Versorgungsstrukturen, medizinischen Fortschritten, sozio-kulturellen Einflüssen und der regionalen Versorgungspolitik ab. Es ist gemäss Experten/-innen schwierig, die Wirkung dieser Einflüsse vorherzusagen. Dementsprechend vage sind auch die Experteneinschätzungen zum zukünftigen Palliative-Care-Bedarf im Jahr 2050.

<sup>55</sup> BFS 2020.

<sup>56</sup> GBD (2022).

<sup>57</sup> <https://qco.iarc.fr/tomorrow/en>, Zugriff am 14.03.2023.

<sup>58</sup> Füglistler-Dousse/Pellegrini 2019.

## 8. Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012a): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), (2012b): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015 – Bilanz «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» und Handlungsbedarf 2013–2015, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), palliative.ch (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care», Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), palliative.ch (2015): Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018): Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018. Bern.
- Bergsträsser, E.; Flury, M.; Wieland, J.; Zimmermann, K.; Tschudi, N. (2020): Spezialisierte pädiatrische Palliative Care in der Schweiz, In: Pädiatrie, Nr. 2/20, S.13-16.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2020): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020-2050. BFS, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Personen in Alters- und Pflegeheimen 2017. BFS, Neuchâtel.
- Bieri, O.; Amberg, H.; Büchler, C. (2019): Situationsanalyse spezialisierte Palliative Care. Interner Bericht zuhanden der Age-Stiftung. Interface, Luzern und Lausanne.
- 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. In: PLoS ONE 11(9): e0160932. doi:10.1371/journal.pone.0160932
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2009): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1; European Association for Palliative Care (EAPC). In: European Journal of Palliative Care, 12: S. 216-227. Georg Thieme Verlag, Stuttgart und New York.
- Etkind, S.N.; Bone, A.E.; Gomes, B.; Lovell, N.; Evans, C.J.; Higginson, I.J.; Murtagh, F.E.M. (2017): How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. In: BMC Med, 15(1): S.102-112.

- Finucane, A.M.; Bone, A.E.; Etkind, S.; Carr, D.; Meade, R.; Munoz-Arroyo, R.; Moine, S.; Iyayi-Igbinovia, A.; Evans, C.J.; Higginson, I.J.; Murray, S.A. (2021): How many people will need palliative care in Scotland by 2040? A mixed-method study of projected palliative care need and recommendations for service delivery. In: *BMJ Open*. 11:e041317. doi:10.1136/bmjopen-2020-041317
- Fraser, L.K.; Gibson-Smith, D.; Jarvis, S.; Normann, P.; Parslow, R.C. (2021): Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England. In: *Palliative Medicine*. 35(9); 1641-1651. doi:10.1177/0269216320975308.
- Füglister-Dousse, S.; Pellegrini, S. (2021): Hospitalisierungen von Betagten im letzten Lebensjahr. Verbleib zuhause versus Heimaufenthalt. In: *Obsan Bulletin* 4/2021. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Füglister-Dousse, S.; Pellegrini, S. (2019): Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt. Analyse der Abfolge von Aufenthalten in Spital und Pflegeheim. In: *Obsan Bulletin* 2/2019. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Global Burden of Disease GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators (2022): Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. In: *Lancet Public Health*. 7: e105-25. doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8
- Junker, C. (2012): Inventar der Datensituation über Palliative Care. BAG, Bern.
- Liechti, L.; Küenzi, K. (2019): Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG, Bern.
- May, P.; Johnston, B.M.; Normand, C.; Higginson, I.J.; Kenny, R.A.; Ryan, K. (2020): Population-based palliative care planning in Ireland: how many people will live and die with serious illness to 2046? In: *HRB Open Research*. 2(35). doi.org/10.12688/hrbopenres.12975.2
- Meier, F.; Auerbach, H. (2013): Bedarfsanalyse Hospizbetten in der Gesundheitsregion Winterthur. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur.
- Morin, L.; Aubry, R.; Frova, L.; Frova, L.; MacLeod, R.; Wilson, D.M.; Loucka, M.; Csikos, A.; Ruiz-Ramos, M.; Cardenas-Turanzas, M.; Rhee, Y.; Teno, J.; Öhlén, J.; Deliens, L.; Houttekier, D.; Cohen, J. (2017): Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. In: *Palliative Medicine*. 31(6);526-536. doi.10.1177/0269216316671280journals.sagepub.com/home/pmj
- Murray, S.; Kendall, M.; Boyd, K.; Sheikh, A. (2005): Illness trajectories and palliative care. In: *British Medicine Journal (BMJ)*; 330; 30. April 2005; S. 1007-1011
- Schwaller, B.; Jehle, K. (2014): Bedarfsabklärung für ein Hospiz in der Zentralschweiz, Hochschule Luzern, Luzern.

Wächter, M; Bommer, A. (2014): Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz - Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Hrsg. BAG.

# Anhang

## A 1 Arbeitsgruppe Angebot und Bedarf

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat für die Bearbeitung der Motion 20.4246 SGK-S «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care» zwei Arbeitsgruppen zusammengestellt. Die Arbeitsgruppe «Angebot und Bedarf» fungiert im Rahmen des Mandats von Interface als «Soundingboard». Das Gremium von Fachpersonen und Experten/-innen begleitete das Mandat von Interface im Rahmen von zwei Workshops mit Fachinputs beratend. Die Arbeitsgruppe steht unter der Leitung des BAG (Sektion Nationale Gesundheitspolitik).

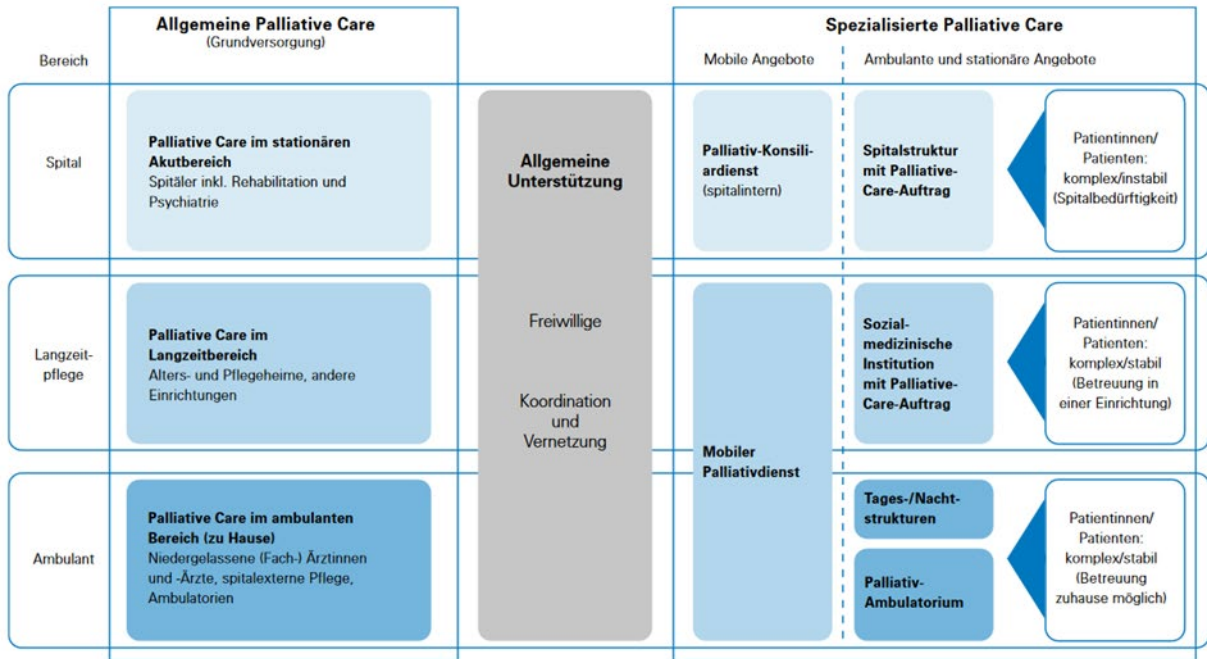
### DA 1: Mitglieder der Arbeitsgruppe Angebot und Bedarf

	<i>Organisation</i>	<i>Name, Vorname</i>
1	Spitex Schweiz	Adam Franziska
2	Inselspital/Kinderklinik Bern und Alani	Bender Hans-Ulrich
3	HPlus	Berger Stefan
4	Senesuisse	Coppex Pia
5	Kanton Aargau	Engel Simone
6	Viva Eichhof, Luzern	Früh Joel
7	Palliativezentrum Hildegard	Gärtner Jan
8	santésuisse	Gnägi Markus
9	santésuisse	Grimm Oriane
10	palliative.ch	Gurtner Renate
11	Krebsliga Schweiz	Hälg Regula
12	Dachverband Hospize Schweiz	Hermann Dieter
13	Senevita	Hirsig Urs
14	FMH	Imhof Anna
15	Dachverband Hospize Schweiz	Jean-Petit-Matile, Sibylle
16	Inselspital/Kinderklinik Bern und Alani	Keller Simone
17	Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie	Kunz Roland
18	ARTISET	Leser Markus
19	Kanton Bern	Mueller Angela
20	Palliaviva	Schmidt Ilona
21	ADSP BEJUNE	Voirol Cyrille
223	Schweizerischer Seniorenrat	Wandeler Elsbeth

## A 2 Übersicht Versorgungsstrukturen der Palliative Care

Darstellung DA 2 zeigt ein theoretisches Konzept zu den Versorgungsstrukturen in der Schweiz aus dem Jahr 2014. Die Darstellung dient als konzeptionelle Übersicht. In der Praxis sind die einzelnen Strukturen und deren Aufgaben weniger klar abgrenzbar.

DA 2: Versorgungsstrukturen der Palliative Care



Quelle: Bundesamt für Gesundheit BAG, palliative.ch, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. 2014: Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen/spezialisierte/versorgungsstrukturen.pdf.download.pdf/versstrukt-spez-pc-ch.pdf>, Zugriff am 18.10.2022.

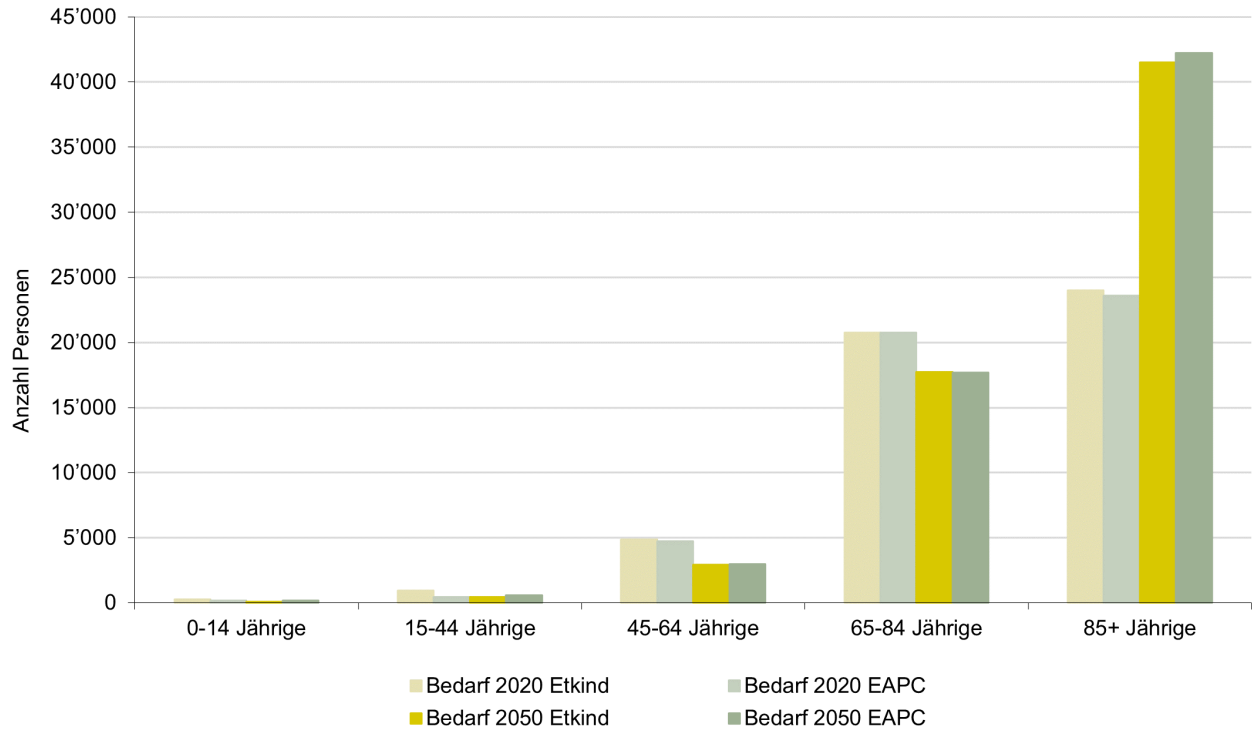


### A 3 Verwendete Datenquellen

<b>DA 3: Verwendete Datenquellen</b>		
<i>Datenquelle</i>	<i>Jahr</i>	<i>Analyse-Zweck</i>
Bundesamt für Statistik (BFS), Statistik der Todesfälle	2020	Anteil Bevölkerung mit aktuellem Palliative Care Bedarf
Bundesamt für Statistik (BFS), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)	2020	Hinweise auf die Anzahl Patienten/-innen mit Palliative-Care-Bedarf nach Versorgungsstrukturen
Bundesamt für Statistik (BFS), Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung	2050	Anteil Bevölkerung mit zukünftigem Palliative Care Bedarf
Medizinische Statistiken der Krankenhäuser (MS)	2020	Anzahl Patienten/-innen, die im Spital versorgt werden.
Bundesamt für Statistik (BFS), Statistik Sozialmedizinischer Institutionen (SOMED)	2020	Hinweise auf die Anzahl Patienten/-innen mit Palliative-Care-Bedarf nach Versorgungsstrukturen
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Statistik zum Sterbeort	2006–2020	Hinweise auf die Anzahl Patienten/-innen mit Palliative-Care-Bedarf nach Versorgungsstrukturen
Bundesamt für Statistik (BFS), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)	2020	Allenfalls ergänzend zur Schätzung der Anzahl Patienten/-innen zu Hause
Strukturdaten, palliative.ch	2021	Anzahl Patienten/-innen, die in spezialisierten Palliative Care Strukturen versorgt werden
Strukturdaten, Hospize (gemäss Kantonsbefragung 2018)	2018	Anzahl Patienten/-innen, die in sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative Care Auftrag versorgt werden
Quelle: Darstellung Interface.		

A 4 Zukünftiger Palliative-Care-Bedarf nach Altersgruppen

DA 4: Zukünftiger Palliative-Care-Bedarf nach Referenzszenario und Altersgruppen



Quelle: Darstellung Interface.

Legende: EAPC = Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen, die Palliative Care benötigen, konstant zwei Drittel aller Todesfälle der jeweiligen Altersgruppe beträgt. Quelle: EAPC 2009; Etkind = Schätzung des Palliative-Care-Bedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der Verstorbenen, die Palliative Care benötigen, dem Anteil der Verstorbenen entspricht, die 2020 an einer Krankheit starben, die auf einen Palliative-Care-Bedarf hinweist. Quelle: Etkind et al. 2017.