



Bern, 12. Juni 2026

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

**Erhöhung des OKP-Beitrags für Pflegeleistungen der spezialisierten Palliative
Care**

Erläuternder Bericht



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Grundzüge der Vorlage	4
3	Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht	4
4	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	4
	Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs.....	4
	Art. 7a Beiträge	10
	Art. 7c Beteiligung der versicherten Person an den Pflegekosten	11
	Art. 8 Ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung	13
5	Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz	16
6	Kostenfolgen	16

Erläuternder Bericht

1 Ausgangslage

Im Rahmen seines Berichts «Finanzierung der Palliative Care» in Erfüllung der Motion 20.4264 SGK-SR vom 25. Juni 2025 stellte der Bundesrat fest, dass die Ergebnisse der Grundlagenarbeiten auf Verbesserungspotenzial bei den Pflegeleistungen im Rahmen der spezialisierten Palliative Care hindeuten.¹

Die im Zusammenhang mit der Motion 20.4264 durchgeführten Grundlagenarbeiten deuten u. a. darauf hin, dass die Erbringung von Pflegeleistungen insbesondere im Rahmen der spezialisierten Palliative Care mehr kostet, als wenn Pflegeleistungen in nicht-spezialisierten Settings erbracht werden.

Die Vergütung dürfte sich insbesondere mit der für 2032 vorgesehenen Umsetzung der einheitlichen Finanzierung verbessern. Mit der einheitlichen Finanzierung werden neu auch Pflegeleistungen aufgrund von tarifpartnerschaftlich verhandelten Tarifen vergütet. Diese Tarife müssen die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, d. h. sie müssen betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht sein und dürfen höchstens die Kosten einer effizienten Leistungserbringung decken.

Eine notwendige Voraussetzung für eine sachgerechte Vergütung ist, dass die Leistungserbringer Transparenz zu den im Rahmen der Palliative Care erbrachten Pflegeleistungen und deren Kosten herstellen. Bereits dazu laufende Arbeiten sind deshalb prioritär weiterzuverfolgen.

Der Bundesrat hat in seinem Bericht vom 25. Juni 2025 festgehalten, dass im aktuellen Finanzierungsregime bis zur Einführung der einheitlichen Finanzierung (für Pflegeleistungen für das Jahr 2032 vorgesehen) in erster Linie die Kantone gefordert seien, ihre Restfinanzierungsregelung und/oder einen allfälligen Palliative-Care-Zuschlag so auszugestalten, dass die im Rahmen von Palliative Care erbrachten Pflegeleistungen, insbesondere bei spezialisierter Palliative Care, sachgerechter vergütet werden. Er hat zudem festgestellt, dass mehrere Kantone bereits Massnahmen in diesem Sinne ergriffen haben, und die übrigen Kantone aufgefordert, ihre Restfinanzierungsregelungen entsprechend anzupassen.

Gleichzeitig hat der Bundesrat in seinem Bericht vom 25. Juni 2025 festgehalten, dass es – als Übergangsmassnahme bis zur Einführung von einheitlich finanzierten Tarifen für Pflegeleistungen ab 2032 – angezeigt sei, die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Artikel 7a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) spezifisch für Pflegeleistungen, die im Rahmen der spezialisierten Palliative Care erbracht werden, zu erhöhen. Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, eine entsprechende Änderung der KLV zu erarbeiten.

¹ Bundesrat (2025). Finanzierung der Palliative Care. Bericht des Bundesrates vom 25. Juni 2025 in Erfüllung der Motion 20.4264 SGK-SR vom 19. Oktober 2020. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/bundesratsberichte> > 2025

2 Grundzüge der Vorlage

Das EDI sieht für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege eine Erhöhung der Beiträge der OKP vor. Die Änderung bzw. die neuen Bestimmungen orientieren sich an der Systematik der heutigen Verordnung. In Artikel 7 KLV werden die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege definiert sowie die Voraussetzungen festgelegt, die dabei erfüllt werden müssen. In Artikel 7a KLV wird die Höhe der entsprechenden Beiträge definiert. Artikel 8 KLV legt für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege das Erfordernis eines ärztlichen Auftrags bzw. einer ärztlichen Anordnung fest.

3 Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht

Das Sozialversicherungsrecht der Europäischen Union (EU) sieht keine Harmonisierung der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit vor, sondern eine Koordination dieser Systeme, insbesondere auf der Grundlage der Verordnungen (EG) Nrn. 883/2004² und 987/2009³. Die Mitgliedstaaten können weitgehend selbst über die Struktur, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten und die Organisation ihrer Sozialversicherungssysteme bestimmen.

Aufgrund der zu unterschiedlichen einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit wurde kein Rechtsvergleich mit ausländischem Recht vorgenommen.

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

Abs. 1 Einleitungssatz

Der Wortlaut dieser Bestimmung wird dahingehend angepasst, dass die Bedarfsabklärung auch nach Absatz 2 Buchstabe a^{bis} erfolgen kann. Zudem wird der Verweis auf Artikel 8 korrigiert und durch einen Verweis auf Artikel 8a ersetzt.

Abs. 2 Bst. a^{bis} und b^{bis}

Nach Artikel 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die OKP einen Beitrag an die Kosten für Pflegeleistungen bei Krankheit. Nach Artikel 25a Absatz 4 KVG setzt der Bundesrat die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist dabei der Aufwand nach

² Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1; zuletzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 2019/1149, ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 21.

³ Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Sept. 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1; zuletzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 2017/492, ABl. L 76 vom 22.3.2017, S. 13.

Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden.

Für die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege wird mit den Buchstaben a^{bis} und b^{bis} eine neue Kategorie für die Pflegeleistungen geschaffen, die nach Artikel 7a mit einem spezifischen Beitrag vergütet werden sollen. In gewissen Patientensituationen kann die Erbringung von Pflegeleistungen erforderlich sein, die nur von in Palliative Care spezialisierten Leistungserbringern erbracht werden können. Diese können punktuell, d. h. zusätzlich zu den Pflegeleistungen von nicht-spezialisierten Leistungserbringern, oder dauerhaft erforderlich sein.

Ausserhalb des spitalstationären Settings werden Leistungen der spezialisierten Palliativpflege in Hospizstrukturen sowie von mobilen Palliativdiensten erbracht. In der Praxis beträgt die Verweil- bzw. die Behandlungsdauer in der spezialisierten Palliative Care in den meisten Fällen wenige Tagen bis Monate. In der Regel werden Pflegeleistungen nach Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} in den letzten Tagen bzw. Wochen vor dem Tod erbracht, wobei es grundsätzlich nicht möglich ist, im Voraus einen festen Zeithorizont zu definieren.

Bei den Leistungen der spezialisierten Palliativpflege handelt es sich um Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Buchstabe a oder Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung nach Buchstabe b in komplexen Pflegesituationen. Diese erfordern bei gewissen Patientensituationen eine spezifische Qualifikation und Erfahrung, weshalb sie mit einem besonderen Aufwand und zusätzlichen Kosten verbunden sind. Bei den Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach den Buchstaben a^{bis} und b^{bis} handelt es sich somit um in Buchstabe a und b aufgelistete Massnahmen, die in gewissen Patientensituationen mit einem spezifischen Beitrag vergütet werden sollen.

Im Gegensatz zu den Massnahmen nach Buchstaben a und b erfordern die Massnahmen nach Buchstabe c auch in den genannten Patientensituationen grundsätzlich keine spezifische Qualifikation und Erfahrung in Palliative Care, weshalb sie auch von einem nicht-spezialisierten Leistungserbringer übernommen werden können. In der Praxis werden die ambulanten Pflegeleistungen nach Buchstabe c in der Regel von nicht spezialisierten Erstliniendiensten erbracht.

Um eine weitergehende Vergütung in ausgewählten Fällen vorzusehen, ist eine Definition der Fälle notwendig. Die spezialisierten Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} können nur bei erwachsenen Patientinnen und Patienten erbracht werden, die sich in der letzten Lebensphase befinden, eine weit fortgeschrittene, unheilbare und fortschreitende Erkrankung haben und eine komplexe Symptomatik aufweisen. Um den Besonderheiten der pädiatrischen Palliative Care Rechnung zu tragen, wird für Kinder eine Spezialregelung vorgesehen. Für Kinder sollen andere Kriterien als für Erwachsene gelten. Die spezialisierten Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} können bei Kindern erbracht werden, die sich wegen Krankheit oder Unfall in einem lebenslimitierenden oder lebensbedrohlichen Zustand befinden. In diesen Fallkonstellationen erfordern die nötigen Pflegeleistungen eine spezifische Qualifikation und Erfahrung, weshalb sie mit einem besonderen Aufwand und zusätzlichen Kosten verbunden sind.

Die Kriterien sind kumulativ zu erfüllen und durch einen Arzt oder eine Ärztin mithilfe eines geeigneten Instruments festzustellen (vgl. Art. 8).

Abs. 2^{bis} Bst. c

Für die Erbringung der spezialisierten Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Die Leistungen müssen von einem spezialisierten Leistungserbringer (nachfolgend: SPC-Leistungserbringer) bzw. vom erforderlichen qualifizierten Fachpersonal erbracht werden.

Die vorliegende Bestimmung listet diesbezüglich Mindestanforderungen auf, die sich auf vorhandene kantonale Regelungen stützen. Diese Anforderungen sollten es ermöglichen, den Bedarf an spezialisierter Palliative Care zu decken. Gleichzeitig sollten sie sicherstellen, dass die Leistungen nur von Leistungserbringern erbracht werden, die den erforderlichen Spezialisierungsgrad aufweisen. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Kantone die Anforderungen an die spezialisierten Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben b (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) und c (Pflegeheime) auch in einem Leistungsauftrag festhalten.

Folgende Anforderungen müssen insbesondere erfüllt sein:

- *Ziffer 1:* Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a (Pflegefachpersonen): die Pflegefachperson, die die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege erbringt, verfügt über eine angemessene Weiterbildung in Palliative Care (beispielsweise Niveau B2 / CAS oder höher, erreicht innerhalb eines Jahres nach Anstellung).
- *Ziffer 2:* Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause): die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege müssen durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern mit einer angemessenen Weiterbildung in Palliative Care (beispielsweise Niveau B2 / CAS oder höher, erreicht innerhalb eines Jahres nach Anstellung) vorgenommen werden.
- *Ziffer 3:* Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c (Pflegeheime): die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege müssen durch Pflegepersonal vorgenommen werden, das
 - über eine angemessene Weiterbildung in Palliative Care verfügt (beispielsweise: Assistenzpflegepersonal: Niveau A1; Sekundärpersonal: Niveau B1; Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner: Niveau B2 / CAS, erreicht innerhalb eines Jahres nach Anstellung);
 - mindestens 0,9 Vollzeitstellen pro Bett umfasst, wobei mindestens die Hälfte dieser Vollzeitstellen mit Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (HF / FH) besetzt sein muss. Diese Voraussetzungen gelten entweder auf Ebene des Pflegeheims insgesamt oder in der organisatorisch abgegrenzten Abteilung, in der der Patient oder die Patientin gepflegt wird.

Der SPC-Leistungserbringer kann auch Teil eines grösseren, nicht spezialisierten Leistungserbringers nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben b (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) und c (Pflegeheime) sein. So kann die spezialisierte SPC-Abteilung eines Pflegeheims oder der mobile Palliativdienst einer grösseren Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause die Anforderungen erfüllen und somit die

spezialisierten Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} erbringen. In diesem Fall muss aber sichergestellt sein, dass die spezialisierte SPC-Abteilung bzw. der mobile Palliativdienst organisatorisch und personaltechnisch von den anderen Abteilungen des Pflegeheims bzw. von den anderen Diensten der Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause klar abgetrennt ist. Nur so können die Versicherer überprüfen, ob die spezifischen Anforderungen für die Erbringung von Leistungen der spezialisierten Palliativpflege von diesem Dienst bzw. von dieser Abteilung erfüllt sind.

Bestehende Labels oder Zertifizierungen im Bereich Palliative Care⁴ sehen oft einen höheren Personalschlüssel bzw. eine höhere Personaldotation vor, berücksichtigen jedoch dabei in der Regel nicht nur den Pflege-, sondern auch den Betreuungsaufwand und weitere Leistungen, die nicht in den Leistungsumfang nach KVG fallen und die die OKP folglich nicht vergütet. Zudem bestehen zurzeit noch keine einheitlichen Qualitätsstandards, die von allen Akteuren (insbesondere Leistungserbringern und Kantonen) anerkannt werden.

Die Voraussetzungen nach Absatz 2^{bis} Buchstabe c sind nicht als Zulassungsbedingungen anzusehen, da diese bereits in Artikel 39 Absatz 1 i. V. m. Absatz 3 KVG (Pflegeheime), Artikel 49 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102; Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen) und Artikel 51 KVV (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) festgelegt sind. Die bestehenden Zulassungsbedingungen sind vorliegend nicht tangiert und es wird auch keine neue Leistungserbringerkategorie geschaffen. Vielmehr geht es um eine analoge Anwendung von Artikel 43 Absatz 2 Buchstabe d KVG, wonach für die Vergütung bestimmter Leistungen zusätzliche Bedingungen vorgesehen werden können bzw. Artikel 58h KVG, wonach der Bundesrat zur Qualitätsentwicklung und zur Sicherung und Wiederherstellung des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen Massnahmen vorsehen kann.

Die Leistungsvoraussetzungen nach Absatz 2^{bis} Buchstabe c gelten ausschliesslich im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis}. Eine ähnliche Regelung ist beispielsweise auch in Absatz 2^{bis} Buchstaben a und b KLV zu finden. Es obliegt den Versicherern, zu überprüfen, ob die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Diesbezüglich ist anzumerken, dass die Voraussetzungen nach Absatz 2^{bis} Buchstaben a oder b kumulativ zu den Voraussetzungen nach Absatz 2^{bis} Buchstabe c zu erfüllen sind, wenn es sich um entsprechende Leistungen handelt. Dies ergibt sich auch aus der Formulierung in Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} («Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Buchstabe a» bzw. «Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung nach Buchstabe b»). Beispielsweise muss die Koordination der Massnahmen in der spezialisierten Palliative Care im ambulanten Bereich durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann mit einer angemessenen Weiterbildung in Palliative Care vorgenommen werden (Abs. 2^{bis} Bst. c Ziff. 1 oder 2), die oder der auch eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann (Abs. 2^{bis} Bst. a i.V.m. Abs. 2 Bst. a Ziff. 3 i.V.m. Abs. 2 Bst. a^{bis}).

⁴ Z. B. Labels von Qualité Palliative (<https://www.qualitepalliative.ch/>) sowie von Hospize Schweiz (<https://www.hospize.ch/>)

Abs. 2^{quater}

Für die Pflegeleistungen im Pflegeheim leistet die OKP bereits einen Beitrag nach Artikel 7a Absatz 3 KLV. Dabei handelt es sich um einen pauschalen Beitrag pro Tag an sämtliche Kosten der Pflegeleistungen, einschliesslich allfälliger Pflegeleistungen von externen Leistungserbringern. Die OKP leistet deshalb grundsätzlich keinen zusätzlichen Beitrag nach Artikel 7a Absatz 1 KLV für zusätzlich oder parallel geleistete Pflegeleistungen von anderen Leistungserbringern.

Pflegeheime, die keine spezialisierte Palliative-Care-Abteilung haben bzw. kein in Palliative Care spezialisiertes Pflegepersonal beschäftigen, ziehen jedoch teilweise spezialisierte mobile Palliativdienste (MPD) hinzu, sei es für Schulungs- oder Beratungsleistungen oder auch für die Erbringung von Pflegeleistungen, die spezialisiertes Palliativ- oder Pflegewissen erfordern (bspw. bei sehr anspruchsvoller Wundpflege). In der Praxis dürften nicht spezialisierte Pflegeheime bei Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Leistungen der spezialisierten Palliativpflege oft an ihre Grenzen kommen, weil sie nicht über das spezialisierte Fachpersonal verfügen. Zur Sicherstellung einer ausreichenden Palliativversorgung der Bevölkerung und zur Vermeidung von Hospitalisationen dürfte es sinnvoller sein, spezialisierte Gesundheitsfachpersonen punktuell hinzuziehen zu können, als dass die Pflegeheime selbst spezialisierte Fachpersonen anstellen oder Spitalüberweisungen veranlassen.

Für diese Fallkonstellation wird daher eine Spezialregelung geschaffen. Zusätzlich zum Beitrag an das nicht spezialisierte Pflegeheim nach Artikel 7a Absatz 3 KLV übernimmt die Versicherung neu auch einen Beitrag an den ambulanten SPC-Leistungserbringer für die Erbringung von ambulanten Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} KLV bei Patientinnen oder Patienten, die sich in einem (nicht spezialisierten) Pflegeheim nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c KLV aufhalten. Dieser Beitrag entspricht den Beiträgen nach Artikel 7a Absatz 1^{bis} KLV (112.90 bzw. 99 Franken pro Stunde). Der SPC-Leistungserbringer muss die Leistungsvoraussetzungen nach Artikel 7 Absatz 2^{bis} Buchstabe c erfüllen. Die Anzahl der vergüteten Stunden ist auf insgesamt zehn Stunden pro Patientin oder Patient über einen Zeitraum von vier Monaten limitiert. Der Zeitraum von vier Monaten richtet sich nach der Dauer des ärztlichen Auftrags bzw. der ärztlichen Anordnung nach Artikel 8 Absatz 2 Buchstabe c. Wird der ärztliche Auftrag bzw. die ärztliche Anordnung nach Artikel 8 Absatz 4 verlängert, gilt die Limitierung von zehn Stunden pro Patientin oder Patient erneut für einen Zeitraum von vier Monaten.

Diese Möglichkeit kommt nur in den Fällen zur Anwendung, in denen das Pflegeheim, in dem sich der Patient oder die Patientin aufhält, keine Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} erbringt bzw. die Leistungsvoraussetzungen von Artikel 7 Absatz 2^{bis} Buchstabe c nicht erfüllt. Falls das Pflegeheim bereits Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} erbringt, ist der Einsatz eines weiteren spezialisierten Leistungserbringers nicht gerechtfertigt, insbesondere aus Sicht der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien).

Diese Spezialregelung bleibt zudem auf Leistungen beschränkt, die in den Leistungsumfang nach KVG fallen. Nicht im Leistungsumfang nach KVG enthalten sind beispielsweise Schulungen des Pflegepersonals des Pflegeheims durch den MPD. In diesem Fall leistet die OKP keinen Beitrag bzw. Zuschlag.

Abs. 3

Nach Artikel 25a Absatz 2 KVG werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP), welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden, von der OKP und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG) vergütet. Dafür vereinbaren Versicherer und Leistungserbringer Pauschalen.

Als Leistungen der AÜP nach Artikel 25a Absatz 2 KVG gelten nach der bisherigen Bestimmung in Artikel 7 Absatz 3 KLV die Leistungen nach Absatz 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a–c.

Bei AÜP handelt es sich somit um Pflegeleistungen, die ausserhalb des spitalstationären Settings erbracht werden, die jedoch während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet werden. Nach dieser Zeit werden diese Pflegeleistungen wieder nach den Regeln der Pflegefinanzierung vergütet.

Diese Bestimmung wurde insbesondere im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung eingeführt. Im Vorfeld war befürchtet worden, dass die Vergütung aufgrund der leistungsbezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) bei den Spitälern Anreize schaffte, Patientinnen und Patienten zu früh zu entlassen. Damit verfrühte Entlassungen aufgefangen werden können, schuf das Parlament die AÜP. Mit der AÜP sollen Pflegebedürftige nach einem Spitalaufenthalt soweit unterstützt werden, dass sie ihre vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wiedererlangen und in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Die AÜP sollte somit eine dauerhafte Rückkehr nach Hause bzw. in das Setting, in dem die Personen vorher gepflegt wurden, ermöglichen.

Leistungen der spezialisierten Palliativpflege haben gerade nicht die Wiederherstellung des früheren gesundheitlichen Zustands zum Ziel. Sie werden bei Patientinnen und Patienten erbracht, die sich u. a. in der letzten Lebensphase befinden. Diese Pflegeleistungen werden in der Regel in den letzten Tagen bzw. Wochen vor dem Tod erbracht. Die Bestimmung in Artikel 7 Absatz 3 KLV wird daher dahingehend präzisiert, dass sie nur für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c Anwendung findet, nicht aber für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege.

Zudem wird der Verweis auf Artikel 8 korrigiert und durch einen Verweis auf Artikel 8a ersetzt.

Abs. 4

Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} dürfen nur auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag und aufgrund einer Bedarfsabklärung nach Artikel 8a erbracht werden. Ob zuerst die Bedarfsabklärung oder eine ärztliche Anordnung bzw. ein ärztlicher Auftrag vorliegt, ist dabei unbeachtlich. Das Erfordernis der ärztlichen Anordnung bzw. des ärztlichen Auftrags wird in Artikel 8 weiter präzisiert.

Zudem wird der Verweis auf Artikel 8 korrigiert und durch einen Verweis auf Artikel 8a ersetzt.

Art. 7a Beiträge

Abs. 1

Der Wortlaut von Absatz 1 wird leicht angepasst. Der Hinweis auf Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 wird gestrichen, da die Leistungen im nachfolgenden Text im Einzelnen aufgeführt werden.

Für die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} werden für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 7 Abs. 1 Bst. a KLV) und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 7 Abs. 1 Bst. b KLV) die heute in Artikel 7a Absatz 1 festgelegten Beiträge um 36 Franken erhöht. Konkret werden für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a^{bis} 112.90 Franken (Art. 7a Abs. 1 Bst. a^{bis}), bzw. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b^{bis} 99 Franken pro Stunde (Art. 7a Abs. 1 Bst. b^{bis}) geleistet; vorausgesetzt, dass der Leistungserbringer die Leistungsvoraussetzungen von Artikel 7 Absatz 2^{bis} Buchstabe c Ziffer 1 oder 2 erfüllt.

Gesamtschweizerisch sind keine Leistungs- und Kostendaten zu den ambulanten SPC-Leistungserbringern vorhanden. Deshalb wird die Erhöhung des Beitrags grundsätzlich auf Basis der Erhöhung des Beitrags für die SPC-spezialisierten Pflegeheime nach Absatz 3^{bis} festgelegt. Die Erhöhung des OKP-Beitrags entbindet die Kantone nicht von ihrer Pflicht, eine sachgerechte Restfinanzierung vorzusehen. Aus diesem Grund wird der Zuschlag auf 54 Prozent der prognostizierten Mehrkosten beschränkt, welche die Erfüllung der Mindestanforderungen mit sich bringen dürfte.⁵ Die Erhöhung soll nicht dazu führen, dass sich der prämienfinanzierte Anteil an der Vergütung der Leistungen der spezialisierten Palliativpflege stark erhöht. Entsprechend sind die Kantone aufgefordert, ihre Restfinanzierungsregelung falls nötig anzupassen, so dass der nicht mit erhöhtem OKP-Beitrag finanzierte Teil der Mehrkosten über die Restfinanzierung abgedeckt wird und eine sachgerechtere Vergütung der Leistungen der spezialisierten Palliativpflege sichergestellt werden kann.⁶

⁵ Dieser Prozentsatz entspricht dem geschätzten Finanzierungsanteil der OKP an den gesamten Kosten der Pflegeleistungen (Stand 2022; die OKP übernahm 2022 schätzungsweise rund 54 Prozent dieser Kosten, vgl. Unterlagen zur Volksabstimmung zur Änderung des KVG [Einheitliche Finanzierung der Leistungen], <https://www.bag.admin.ch/de/volksabstimmung-zur-aenderung-des-bundesgesetzes-ueber-die-krankenversicherung-kvg-einheitliche-finanzierung-der-leistungen>).

⁶ Die Mehrkosten der Erfüllung der Mindestanforderungen können nicht genau beziffert werden, da auf nationaler Ebene keine hinreichenden Daten zu den Leistungen und Kosten der Palliative Care vorliegen. Die Mehrkosten wurden deshalb mit Hilfe vorhandener statistischer Daten zu den Bruttolöhnen und zum Skill-Grade-Mix des Pflegepersonals geschätzt. Wie der Bundesrat in seinem Bericht vom 25. Juni 2025 ausgeführt hat, ist die Transparenz zu den Leistungen und Kosten, die im Rahmen von Palliative Care erbracht werden, mangelhaft. Sie sollte deshalb insbesondere im Hinblick auf die Tarifierung der Pflegeleistungen im Rahmen der einheitlichen Finanzierung verbessert werden. Die Kantone können im Gegensatz zum EDI in die Leistungs- und Kostendaten der Leistungserbringer einsehen. Deshalb sollten sie eine spezifische Restfinanzierungsregelung wenn möglich auf vorhandene Leistungs- und Kostendaten abstützen.

Abs. 3^{bis}

Für die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} werden für Pflegeheime (Art. 7 Abs. 1 Bst. c KLV) die in Absatz 3 festgelegten Beiträge um 37 Franken pro Tag erhöht, unter der Voraussetzung, dass das Pflegeheim die Leistungsvoraussetzungen von Artikel 7 Absatz 2^{bis} Buchstabe c Ziffer 3 erfüllt.

Diese Erhöhung wurde auf Basis der Leistungsvoraussetzungen von Artikel 7 Absatz 2^{bis} Buchstabe c Ziffer 3 berechnet. Diese Leistungsvoraussetzungen dürften Mehrkosten in der Höhe von 69 Franken pro Bett und Tag zur Folge haben. Auch hier entbindet die Erhöhung des OKP-Beitrags die Kantone nicht von ihrer Pflicht, eine sachgerechte Restfinanzierung vorzusehen. Aus diesem Grund wird auch hier der Zuschlag auf 54 Prozent der prognostizierten Mehrkosten beschränkt, welche die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen mit sich bringen dürfte.

Bei den Patientinnen und Patienten in Hospizstrukturen wird im Schnitt ein Pflegebedarf gemäss Beitragsstufe 8 (141–160 Minuten pro Tag) ermittelt.⁷ Vor diesem Hintergrund dürften lediglich Patientinnen und Patienten mit einem täglichen Pflegebedarf von mehr als vier Stunden von einer Erweiterung der OKP-Pflegebeitragsstufen über die bestehenden zwölf Stufen hinaus profitieren können (zusätzliche Stufen bspw. ab 240 Minuten Pflege pro Tag), die Mehrheit der Patientinnen und Patienten jedoch nicht. Gleichzeitig würde eine Erweiterung der Beitragsstufen die OKP und die Pflegebedürftigen (höherer Patientenbeitrag) zusätzlich belasten und die Restfinanzierer (Kantone und Gemeinden) entlasten. Deshalb wird auf eine solche Erweiterung verzichtet.

Art. 7c Beteiligung der versicherten Person an den Pflegekosten

Die aktuell geltende Pflegefinanzierung sieht eine Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten vor. Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Artikel 33 Buchstabe j KVV enthält ab dem 1. August 2026 eine Kompetenzdelegation an das EDI, die nach Artikel 25a Absatz 5 KVG massgebenden Höchstbeiträge für die Berechnung der maximalen Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten zu bezeichnen.⁸

Abs. 1

Im aktuellen Regime der Pflegefinanzierung orientiert sich die maximale Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten am höchsten OKP-Beitrag nach Artikel 7a KLV. Artikel 25a Absatz 5 KVG wird in der Praxis heute so umgesetzt, dass der maximale Beitrag der Pflegebedürftigen an die Kosten der Pflegeleistungen je nach Vergütungskategorie unterschiedlich ausfällt. So hängt die Beteiligung der Versicherten davon ab, ob die Pflegeleistungen im Pflegeheim oder in einem ambulanten Setting erbracht werden. Die heutige Praxis wird nun in der KLV wie folgt verankert:

⁷ Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime (2023), abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Services > Zahlen und Statistiken > Zahlen & Fakten zu Pflegeheimen > Kennzahlen der Pflegeheime

⁸ AS 2026 ...

- **Buchstabe a:** Für die Krankenpflege zu Hause beträgt der höchste OKP-Beitrag 76.90 Franken pro Stunde (Art. 7a Abs. 1 Bst. a). Die Versicherten, die Pflegeleistungen beziehen, müssen sich deshalb heute pro Tag mit höchstens 15.35 Franken an den Pflegekosten beteiligen (entspricht 20% von 76.90 Fr., nach unten abgerundet), und dies unabhängig davon, wie viele Pflegestunden an diesem Tag erbracht werden.
- **Buchstabe c:** Im Pflegeheim beträgt der höchste OKP-Beitrag 115.20 Franken pro Tag (Art. 7a Abs. 3 Bst. I). Die Versicherten, die Pflegeleistungen im Pflegeheim beziehen, müssen sich deshalb heute pro Tag mit höchstens 23 Franken an den Pflegekosten beteiligen (entspricht 20% von 115.20 Fr., nach unten abgerundet).

Mit der Erhöhung des OKP-Beitrags für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege erhöht sich nach Artikel 25a Absatz 5 KVG auch der höchste Pflegebeitrag für die Versicherten, die solche Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Die spezifischen Höchstbeiträge, die sich daraus ergeben, werden in der KLV daher neu definiert:

- **Buchstabe b:** Für Versicherte, die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} in Anspruch nehmen, die von einem ambulanten SPC-Leistungserbringer erbracht werden, beträgt der höchste OKP-Beitrag 112.90 Franken pro Stunde (Art. 7a Abs. 1 Bst. a^{bis}). Diese Versicherten müssen sich deshalb pro Tag mit höchstens 22.55 Franken an den Pflegekosten beteiligen (entspricht 20% von 112.90 Fr., nach unten abgerundet), auch hier unabhängig davon, wie viele Pflegestunden an diesem Tag erbracht werden. Diese Erhöhung des maximalen Patientenbeitrags soll den Versicherten nur für die Tage in Rechnung gestellt werden, an denen sie ambulante Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} bezogen haben. Falls am selben Tag zwei ambulante Leistungserbringer, darunter ein ambulanter SPC-Leistungserbringer, Leistungen für dieselbe Patientin bzw. denselben Patient erbringen, muss sich die Patientin bzw. der Patient mit höchstens 7.20 Franken an den Kosten der vom ambulanten SPC-Leistungserbringer erbrachten Pflegeleistungen beteiligen. Für die Leistungen des anderen ambulanten Leistungserbringers (Erstliniendienst) gilt weiterhin ein maximaler Patientenbeitrag von 15.35 Franken.
- **Buchstabe d:** Für Versicherte, die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} in Anspruch nehmen, die von einem stationären SPC-Leistungserbringer erbracht werden, beträgt der höchste OKP-Beitrag 152.20 Franken pro Stunde (Art. 7a Abs. 3^{bis} i.V.m. Abs. 3 Bst. I). Diese Versicherten müssen sich deshalb pro Tag mit höchstens 30.40 Franken an den Pflegekosten beteiligen (entspricht 20% von 152.20 Fr., nach unten abgerundet).

Für die Pflegeleistungen für Patientinnen und Patienten, die keine Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} in Anspruch nehmen, vergütet die OKP nach wie vor die Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 oder nach Absatz 3, weshalb nach wie vor die entsprechenden Höchstbeiträge massgebend sind für ihre Beteiligung an den Kosten der Pflegeleistungen. Die höheren Beiträge für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege tangieren ihren maximalen Patientenbeitrag nicht. Sie müssen sich somit weiterhin mit höchstens 15.35 Franken (bei Pflege im ambulanten Bereich) bzw.

23 Franken (bei Pflege im Pflegeheim) pro Tag an den Kosten der Pflegeleistungen beteiligen.

Abs. 2

In Fällen nach Artikel 7 Absatz 2^{quater}, in denen ein MPD und ein Pflegeheim Leistungen für dieselbe Patientin bzw. für denselben Patient erbringen, leistet die OKP für dieselbe versicherte Person parallel zwei separate Beiträge an zwei unterschiedliche Leistungserbringer. Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG gilt jedoch auch bei solchen Konstellationen nur ein einziger Höchstbeitrag. In dieser Fallkonstellation beträgt der höchste OKP-Beitrag somit weiterhin 115.20 Franken pro Tag (Art. 7a Abs. 3 Bst. I) gemäss Artikel 7c Buchstabe c. Die Versicherten im Pflegeheim müssen sich deshalb pro Tag weiterhin mit höchstens 23 Franken an den Pflegekosten beteiligen, auch wenn sie zusätzlich Leistungen der spezialisierten Palliativpflege durch einen ambulanten SPC-Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Zudem dürfte es auch administrativ aufwändig sein, für den punktuellen Beizug eines spezialisierten Leistungserbringers eine zusätzliche Patientenbeteiligung zu erheben. Auf die Erhebung einer zusätzlichen Patientenbeteiligung wird daher verzichtet.

Darüber hinaus sollen Patientinnen und Patienten, die teilweise bereits einen beträchtlichen Teil der Kosten der Palliative Care selber tragen, nach Möglichkeit nicht zusätzlich belastet werden. Die Kantone haben bereits heute die Kompetenz, eine tiefere Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten vorzusehen oder diese vollständig zu erlassen.

Abs. 3

Die Beteiligung nach Absatz 1 wird pro Tag erhoben, an dem die jeweiligen Pflegeleistungen bezogen werden. Insbesondere soll der erhöhte maximale Patientenbeitrag nach Absatz 1 Buchstaben b und d den Versicherten nur für die Tage in Rechnung gestellt werden, an denen sie ambulante Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} bezogen haben.

Art. 8 Ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung

Abs. 1^{bis}

Der Arzt oder die Ärztin bestimmt mit einem geeigneten Instrument, ob der Patient oder die Patientin Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} benötigt. Der Arzt oder die Ärztin hält dies im ärztlichen Auftrag oder in der ärztlichen Anordnung fest. Das Instrument soll insbesondere dazu dienen, den Bedarf an spezialisierter Palliative Care gegenüber den Versicherern nachzuweisen.

Für diese Prüfung soll ein einziges Instrument schweizweit verwendet werden. Das Instrument soll ausweisen, ob die patientenbezogenen Kriterien gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} im Einzelfall erfüllt sind, z.B. in Form eines Fragebogens. Mit diesem Instrument können die patientenbezogenen Kriterien in Anlehnung an die Praxis präzisiert werden. Das Instrument soll auch eine differenzierte Beurteilung der Situation von Kindern ermöglichen, d. h. auch eine Prüfung der spezifischen patientenbezogenen Kriterien ermöglichen, die für Kinder gelten.

Die Akteure sind fachlich am besten geeignet, um ein solches Instrument zu entwickeln. Versicherer, Leistungserbringer und Kantone werden daher eingeladen, sich auf ein solches geeignetes Instrument zu einigen. Bis eine solche Einigung erzielt worden ist, dürfte es sinnvoll sein, die bestehenden fachlich anerkannten Instrumente zu verwenden. Damit sind Instrumente gemeint, die in der Praxis etabliert sind, z. B. der EPS-Test⁹ oder ID-Pall¹⁰. Nicht gemeint sind hingegen weitere Instrumente, die eine umfassende Abklärung der Pflege- und Betreuungssituation des Patienten bzw. der Patientin anstreben und daher über den Bedarf an Leistungen der spezialisierten Palliativpflege hinausgehen, wie insbesondere SENS¹¹.

Das Instrument für die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen der spezialisierten Palliativpflege ermöglicht eine qualitative Beurteilung im Einzelfall, um einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care zu erkennen. Dieses Instrument ersetzt die Pflegebedarfsermittlungsinstrumente nach Artikel 8a und 8b KLV nicht. Die Bestimmungen bzw. die Praxis zur Pflegebedarfsermittlung bzw. zu den Pflegebedarfsermittlungsinstrumenten werden dabei keineswegs tangiert. Der (quantitative) Bedarf an Leistungen der spezialisierten Palliativpflege ist weiterhin mit den Pflegebedarfsermittlungsinstrumenten nach Artikel 8a und 8b zu ermitteln und gegenüber dem Versicherer auszuweisen. Grundsätzlich ist jeder Leistungserbringer weiterhin dafür verantwortlich, den geplanten Bedarf an den Pflegeleistungen, die von ihm erbracht werden, gegenüber dem Krankenversicherer auszuweisen. Falls mehrere Leistungserbringer involviert sind, dürfte die Koordination der Pflegeleistungen (nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 3 KLV oder nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a^{bis} KLV) je nach Fallkonstellation vom Erstliniendienst (primärer Leistungserbringer) übernommen werden.

Die Erbringung von Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b (Massnahmen der Untersuchung und Behandlung) benötigt bereits eine ärztliche Anordnung (Art. 7 Abs. 4 und Art. 8 KLV). Es ist davon auszugehen, dass Patientinnen oder Patienten mit einem Bedarf an Leistungen der spezialisierten Palliativpflege ärztlich betreut werden und solche Massnahmen benötigen. Das Erfordernis einer zusätzlichen, spezifischen ärztlichen Anordnung für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} auf Basis eines geeigneten Instruments ist vor diesem Hintergrund mit einem vertretbaren administrativen Aufwand verbunden.

In der Praxis dürften heute in der Regel SPC-spezialisierte Pflegefachpersonen einen solchen Test durchführen (z. B. den EPS-Test). Diese Personen dürfen den Test weiterhin vorbereiten, das Ergebnis dieser Prüfung muss aber ärztlich bestätigt werden.

Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung wie auch die vorgesehenen Beschränkungen insbesondere im Bereich der Pflege dienen zudem ebenfalls dazu, eine Koordination zwischen Ärztin bzw. Arzt und Pflegepersonal sicherzustellen und den Dialog zwischen den verschiedenen Beteiligten aufrechtzuerhalten. Damit können allfällige Doppelspurigkeiten in der Behandlungskette vermieden werden.

⁹ <https://www.andreasweberstiftung.ch/eps-test> [abgerufen am 27.10.2025]

¹⁰ <https://www.chuv.ch/fr/soins-palliatifs/spl-home/personnel-de-la-sante/id-pall/id-pall> [abgerufen am 27.10.2025]

¹¹ Vgl. zu SENS beispielsweise <https://www.palliative-ostschweiz.ch/fachunterlagen/> [abgerufen am 27.10.2025]

Abs. 2 Bst. c

Für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} darf der Arzt oder die Ärztin den Auftrag oder die Anordnung für eine Dauer von höchstens vier Monaten erteilen.

Abs. 3

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt nach der bisherigen Bestimmung in Absatz 3 der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Mit dieser Regelung soll verhindert werden, dass die ärztliche Anordnung oder der ärztliche Auftrag immer wieder verlängert oder erneuert werden muss, wenn die Leistungen aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Zustands benötigt werden.

Diese Bestimmung wird neu dahingehend präzisiert, dass sie nur für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b (Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung) Anwendung findet. Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination) und c (Massnahmen der Grundpflege) können ohnehin ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden (vgl. Art. 7 Abs. 4).

Leistungen der spezialisierten Palliativpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} dürfen zwar – ähnlich wie die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b – nur auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Sie dürfen aber nur bei Patientinnen und Patienten erbracht werden, die sich u. a. in der letzten Lebensphase befinden. Wie schon oben ausgeführt, werden diese Pflegeleistungen in der Regel in den letzten Tagen bzw. Wochen vor dem Tod erbracht. Auch wenn es grundsätzlich nicht möglich ist, im Voraus einen festen Zeithorizont zu definieren, sind diese Pflegeleistungen grundsätzlich zeitlich begrenzt und beziehen sich daher gerade nicht auf einen dauerhaften gesundheitlichen Zustand. Somit soll die Regelung von Artikel 8 Absatz 3 für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege keine Anwendung finden, d.h. der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung gilt nicht unbefristet und muss nach höchstens vier Monaten verlängert werden.

Für Kinder wurde in Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a^{bis} und b^{bis} eine Spezialregelung vorgesehen. Die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege können bei Kindern erbracht werden, die sich wegen Krankheit oder Unfall in einem lebenslimitierenden oder lebensbedrohlichen Zustand befindet. Auch diese Kriterien deuten darauf hin, dass diese Pflegeleistungen in der Regel zeitlich begrenzt sein dürften, weshalb die Anwendung von Artikel 8 Absatz 3 auch in diesen Fällen ausgeschlossen wird.

Abs. 4

Aufträge und Anordnungen nach Absatz 2 Buchstabe c können verlängert werden.

5 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Die vorgeschlagene KLV-Änderung steht nicht im Widerspruch zu den internationalen Verpflichtungen der Schweiz. Sie ist insbesondere vereinbar mit den internationalen Verpflichtungen der Schweiz, die sich aus dem Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und aus dem Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA; SR 0.632.31) ergeben. Gemäss Anhang II des FZA und Anhang K, Anlage 2 des EFTA-Übereinkommens sowie gemäss Artikel 95a KVG wendet die Schweiz in ihren Beziehungen zu den EU- oder EFTA-Staaten das europäische Recht zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit an, darunter insbesondere die Verordnungen (EG) Nrn. 883/2004¹² und Nr. 987/2009¹³. Die Leistungen bei Krankheit nach KVG fallen in den sachlichen Anwendungsbereich dieser Vorschriften. Entsprechende Bestimmungen wurden in das Abkommen vom 9. September 2021 über die Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich (SR 0.831.109.367.2) aufgenommen, das seit dem 1. November 2021 in Kraft ist.

Das europäische Recht zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit zielt nicht auf eine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit ab. Den Vertragsstaaten steht es weitgehend frei, die konkrete Struktur, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten und die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherheit festzulegen. Sie müssen jedoch die in den Verordnungen (EG) Nrn. 883/2004 und 987/2009 festgehaltenen Koordinierungsgrundsätze einhalten, wie das Diskriminierungsverbot, die Anrechnung der Versicherungszeiten und die grenzüberschreitende Leistungserbringung. Diese Prinzipien werden von der vorliegenden Revision nicht tangiert.

6 Kostenfolgen

Die vorliegende OKP-Beitragserhöhung soll insbesondere zum Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung mit spezialisierter Palliative Care beitragen. Wie der Bundesrat in seinem Bericht vom 25. Juni 2025 festgehalten hat, bestehen klare Hinweise, dass der

¹² Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, in der für die Schweiz gemäss Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen jeweils verbindlichen Fassung (eine unverbindliche, konsolidierte Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR 0.831.109.268.1) sowie in der für die Schweiz gemäss Anlage 2 Anhang K des EFTA-Übereinkommens jeweils verbindlichen Fassung.

¹³ Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Sept. 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, in der für die Schweiz nach Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen jeweils verbindlichen Fassung (eine unverbindliche, konsolidierte Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR 0.831.109.268.11) sowie in der für die Schweiz gemäss Anhang K Anlage 2 zum EFTA-Übereinkommen jeweils verbindlichen Fassung.

Bedarf an Palliative Care in der Schweiz insgesamt nicht gedeckt ist, wobei das Angebot kantonal und regional unterschiedlich ist. Für das teilweise fehlende Angebot gibt es u.a. finanzielle Gründe, wie eine vermutlich nicht immer sachgerechte Vergütung der im Rahmen von Palliative Care erbrachten KVG-Leistungen und eine stark von privaten Mitteln abhängige Finanzierung der Palliative Care-Leistungen ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG.

Jährlich werden in rund 11 000 Situationen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten Leistungen der spezialisierten Palliativpflege ausserhalb des spitalstationären Settings – d. h. zu Hause oder im Pflegeheim (Hospizstruktur) – erbracht. Insgesamt dürfte ausserhalb des spitalstationären Settings der Bedarf der erwachsenen Patientinnen und Patienten bei ca. 18 000 Situationen pro Jahr liegen.¹⁴

Die Kostenfolgen der Erhöhung des Beitrags für Leistungen der spezialisierten Palliativpflege sind schwierig zu berechnen, weil sich nicht prognostizieren lässt, inwiefern die Änderung sich auf das Angebot an und Nachfrage nach spezialisierter Palliative Care auswirkt. Ausserdem ist es nur möglich, grobe Schätzungen zur Leistungsmenge vorzunehmen, weil der Leistungsbedarf bei Palliative Care sehr unterschiedlich sein kann.

Die Kostenfolgen werden deshalb aufgrund von Annahmen geschätzt. Die Annahmen basieren auf den verfügbaren Studien und Grundlagenarbeiten, die im Zusammenhang mit der Umsetzung der Motion 20.4264 durchgeführt wurden.¹⁵ Dabei wurden Annahmen zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (im Pflegeheim) bzw. zur Anzahl benötigter bzw. erbrachter Pflegestunden (zu Hause) getroffen.¹⁶ Die für die OKP resultierenden Mehrkosten wurden für die aktuelle Versorgung (ca. 11 000 Situation) wie auch für eine bedarfsdeckende Versorgung (ca. 18 000 Situationen) berechnet. Zudem werden die Mehrkosten auch für die Versorgung von Kindern mit Bedarf an Leistungen der spezialisierten Palliativpflege geschätzt.¹⁷

¹⁴ Vgl. Polynomics (2025): Kosten und Finanzierung von Palliative Care; Tabelle 6, S. 39. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/forschungsberichte-kranken-und-unfallversicherung> > 2025

¹⁵ Vgl. hierzu Interface (2025): Analysen zum Palliative-Care-Bedarf und -Angebot. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/palliative-care-themen-und-projekte>; Polynomics (2025)

¹⁶ Mittlere Aufenthaltsdauer in Hospizen: 34 Tage (vgl. Polynomics 2025: 28), Schätzung BAG der durchschnittlich benötigten Anzahl Stunden: 30 Stunden zu Hause, 6 Stunden bei Einsatz eines mobilen Palliativdienstes im Pflegeheim.

¹⁷ Zur Versorgung von Kindern mit Bedarf an spezialisierter Palliative Care gibt es ausserhalb des spitalstationären Settings keine Daten. Deshalb wird davon ausgegangen, dass Kinder jährlich in rund 10 000 Situationen einen entsprechenden Bedarf aufweisen (vgl. Interface 2023: Vertiefte Abklärungen zum Pädiatrischen Palliative-Care-Bedarf in der Schweiz. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/palliative-care-themen-und-projekte> > Wie hoch ist der Bedarf nach Palliative Care?)

Die Erhöhung des Beitrags dürfte für die OKP jährliche Kostenfolgen in der Grössenordnung eines tieferen zweistelligen Millionenbetrags haben. Bei dieser Schätzung ist das mögliche Kostendämpfungspotenzial einer Erweiterung des Angebots von Palliative Care allerdings nicht berücksichtigt. Dieses dürfte insbesondere dann entstehen, wenn am Lebensende Spitalaufenthalte reduziert und die Patientinnen und Patienten in einem günstigeren Setting versorgt werden.

Die oben erwähnten Mehrkosten für die OKP dürften keinen wesentlichen Effekt auf die Prämien haben – und sich damit in finanzieller Hinsicht auch nicht spürbar auf die Prämienzahlenden auswirken. Entsprechend dürften auch die Auswirkungen auf das Prämienvolumen und die von Bund und Kantonen finanzierte individuelle Prämienverbilligung vernachlässigbar sein. Für die Versicherten dürfte die Beitragserhöhung grundsätzlich den Zugang zu Leistungen der spezialisierten Palliativpflege verbessern (unter der Voraussetzung, dass die Kantone ein bedarfsdeckendes Angebot sicherstellen). Für Versicherte mit Bedarf an Leistungen der spezialisierten Palliativpflege erhöht sich die Beteiligung an den Pflegekosten um gut sieben Franken pro Tag, falls die Kantone nicht vorsehen, dass ihre Beteiligung teilweise oder vollständig übernommen wird.¹⁸

¹⁸ Erhöhung der Beteiligung um höchstens 7.20 Franken für Versicherte, die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege zu Hause in Anspruch nehmen (insgesamt max. 22.55 Fr. pro Tag) sowie Erhöhung der Beteiligung um höchstens 7.35 Franken für Versicherte, die Leistungen der spezialisierten Palliativpflege in einem Pflegeheim in Anspruch nehmen, das auf Palliative Care spezialisiert ist (eigenständiges Hospiz oder spezialisierte Abteilung eines Pflegeheims). Vgl. auch Ausführungen in Ziffer 4 zu Artikel 7c Beteiligung der versicherten Person an den Pflegekosten.