

Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisier- ten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	3
Kurzfassung	4
1 Einleitung	10
2 Ausgangslage	11
3 Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	12
3.1 Der offene Leistungskatalog der Leistungen von Ärztinnen und Ärzten und von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren	13
3.2 Die Positivlisten der übrigen Leistungen	13
3.3 Auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen	14
3.4 Der Beitrag der OKP an die Pflege	15
4 Palliative Care als Versorgungskonzept	18
4.1 Finanzierungsprobleme bei der Umsetzung von Palliative Care in der Grundversorgung und von spezialisierter Palliative Care (ambulanter Bereich und Langzeitpflege)	20
4.1.1 Vernetzung und Koordination	20
4.1.2 Bildung und Information	21
4.2 Leistungen der Palliative Care in der Grundversorgung (ambulanter Bereich und Langzeitpflege)	25
4.2.1 Leistungen von Spitex-Organisationen	25
4.2.2 Leistungen in Pflegeheimen	31
4.2.3 Leistungen in sozialen Institutionen	35
4.2.4 Pädiatrische Palliative Care	37
4.2.5 Hausärztinnen und Hausärzte	38
4.3 Leistungen der spezialisierten Palliative Care (ambulanter Bereich und Langzeitpflege)	39
4.3.1 Leistungen der mobilen Palliativdienste	39
4.4 Schnittstelle ambulanter Bereich / Spital	46
4.4.1 Akut- und Übergangspflege	46
4.4.2 Leistungen des Palliativ-Konsiliardienstes	46
5 Zusammenfassung	49
6 Empfehlungen	50
7 Literaturverzeichnis	55

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohner-Innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz
EDI	Eigenössisches Departement des Innern
EVD	Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
H+	Verband der Schweizer Spitäler
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KLV	Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RAI	Resident Assessment Instrument
SEOP	Spitalexterne Onkologiepflege
Spitex	Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause

Terminologie

Pflegeheim	In Pflegeheimen wird von Bewohnerinnen und Bewohnern gesprochen
Spitex	Im Spitex-Bereich wird von Kundinnen und Kunden gesprochen
Soziale Institution	Im Sozialbereich wird von Benutzerinnen und Benutzern gesprochen

Zur Vereinfachung wird in diesem Dokument der Ausdruck «Patient» verwendet, falls nichts anderes erwähnt wird. Die Verwendung der männlichen Form schliesst in dieser Broschüre jeweils auch die weibliche Form mit ein.

Kurzfassung

Aufgrund von längeren und komplexeren Krankheitsverläufen sowie vermehrt chronischen Krankheiten nimmt die Brisanz des Themas der Gestaltung der letzten Lebensphase stetig zu. Palliative Care, welche massgeblich zur Verbesserung der Lebensqualität bis zum natürlichen Tod beiträgt, steht infolgedessen zunehmend im Zentrum der Diskussionen im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Die vorliegende Broschüre leistet im Rahmen der „Nationalen Strategie Palliative Care“ einen Beitrag zur Förderung der Palliative Care in der Schweiz. Im Fokus steht hierbei das Teilprojekt „Versorgung und Finanzierung“ und somit die Gewährleistung des Zugangs zu Palliative-Care-Leistungen für alle Menschen, unabhängig ihres sozioökonomischen Status. Angesprochen in diesem Handlungsfeld sind insbesondere Privatpersonen, die Kantone und die obligatorische Krankenversicherung. Die Broschüre basiert auf den „Nationalen Leitlinien Palliative Care“ und dem Dokument „Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care“, die im Rahmen der Strategie erarbeitet worden sind.

Der erste Teil dieser Broschüre beschäftigt sich mit dem gesetzlichen Rahmen bezüglich Pflegeleistungen. Im zweiten Teil werden Finanzierungsschwierigkeiten im ambulanten Bereich und in der Langzeitpflege beleuchtet, welche wesentlich zu

den Umsetzungsschwierigkeiten eines umfassenden Palliative-Care-Angebots beitragen.

Dabei liegt der Fokus auf Problemen, welche aus Sicht der Leistungserbringer trotz einer Anpassung des gesetzlichen Rahmens bestehen, und welche direkt oder indirekt mit der Finanzierung zusammenhängen. So bestehen zum Beispiel weiterhin Finanzierungsprobleme bei der Umsetzung von Palliative Care in der Grundversorgung und von spezialisierter Palliative Care im ambulanten sowie im Langzeitpflege-Bereich.

Definition von Palliative Care

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch-fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend mit einbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kurierung der Krankheit nicht mehr möglich und kein primäres Ziel mehr ist. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Grosses Gewicht wird auf die Multidimensionalität gelegt. In der Palliative Care wird der Mensch in seiner Ganzheit betreut, das heisst unter Berücksichtigung der

körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen. Dies erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Betreuenden. Gleichzeitig geht damit die Anwesenheit von verschiedenen Meinungen und Ansichten einher (Fachpersonen und Laien).

Gemäss den „Nationalen Leitlinien Palliative Care“ wird zwischen Palliative Care in der Grundversorgung und spezialisierter Palliative Care unterschieden. Die Grundversorgung in Palliative Care wird unter der Annahme, dass alle Gesundheitsfachpersonen die Grundsätze von Palliative Care kennen und anwenden können, von den Betreuenden der Grundversorgung sichergestellt (dazu zählen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Organisationen zur Pflege zu Hause, Alters- und Pflegeheime sowie Institutionen für Menschen mit Behinderungen oder Akutspitäler). Komplexe, schwierige Situationen, sowohl physisch, psychisch, sozial und/oder spirituell, erfordern spezialisierte Palliative Care.

Palliative-Care-Leistungen und deren Finanzierung

Palliative Care ist ein Versorgungskonzept. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, soweit sie der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen

dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG).

Befragungen bei den Vertreterinnen und Vertretern der kantonalen Gesundheitsdirektionen haben gezeigt, dass die Finanzierung ein gewichtiges Problem bei der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care darstellt. Betroffen sind sowohl die Grundversorgung wie auch der Bereich der spezialisierten Palliative Care.

Vernetzung / Koordination

Die Kontinuität der Pflege und die Anpassung der Behandlung an die schnellen Veränderungen der Patientenbedürfnisse sind die wichtigsten Bedingungen, um eine sichere, verantwortungsvolle und kostengünstige Betreuung sicherzustellen – sei es in Palliative Care, Psychiatrie oder in jeder komplexen und instabilen Situation. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ist sich diesen Problemen bewusst und hat in diesem Sinne Artikel 7 KLV angepasst. Seit dem 1. Januar 2012 werden Koordinationsleistungen der Pflegefachpersonen in komplexen Situationen explizit im Leistungsteil der KLV aufgeführt. Trotz dieser Anpassung bleiben gewisse Probleme besonders an der Schnittstelle ambulanter Bereich/Spitalbereich bestehen, mit dem Risiko eines Unterbruchs der Pflegekette und der Informationsweitergabe.

Aus-, Weiter- und Fortbildung für Fachpersonen in Palliative Care in der Grundversorgung und für spezialisierte Palliative Care und Hausärztinnen und Hausärzte

In der Literatur wird festgehalten, dass Fachpersonen eher wenig über die Ziele und das Vorgehen in Palliative Care aufgeklärt sind. Teilweise fehlt es an Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und Angebote für spezifische Unterstützung, durch die Notfall-Hospitalisationen und „unnötige“ Behandlungen vermieden werden können. Eine nachhaltige Verankerung der Palliative Care in der Schweiz ist ohne ausreichende Aus-, Weiter- und Fortbildung nicht möglich. Im Handlungsfeld Bildung der „Nationalen Strategie Palliative Care“ wurden dazu Massnahmen definiert und mit der Erarbeitung eines Nationalen Bildungskonzepts eine Basis für die Bildung auf allen Bildungsstufen geschaffen.

Palliative Care Leistungen von Spitex-Organisationen

Zu den hauptsächlichsten Schwierigkeiten, die von den Leistungserbringern der Spitex-Organisationen angebracht werden, gehören die psychosoziale Unterstützung für die Patienten und ihre Angehörigen, die Umsetzung von besonderen Massnahmen wie Präsenzzeiten, Nachtwachen und Trau-

erbesuche sowie die Zurverfügungstellung von Hilfsmitteln. Diese Leistungen haben einen direkten Einfluss auf die Pflege des Patienten. Aufenthalte im Akutspital werden vermieden und der Patient kann länger bei sich zu Hause bleiben. Angehörige mit geringen Kenntnissen, die nicht gut begleitet werden, weisen zudem oft eine grosse Nachfrage nach medizinischer Betreuung für sich auf und erkranken nach dem Tod des Patienten häufiger selber. Wenn die Finanzierung der personellen Ressourcen und der Sachmittel (wie Hilfsmittel) nicht frühzeitig geregelt wird, können die Betroffenen und ihre Angehörigen mit grossen, teilweise unüberwindbaren Kosten konfrontiert werden. Patienten entscheiden sich nicht selten für eine Hospitalisation, um der Familie diese Sorgen zu ersparen oder um die finanzielle Belastung zu verringern. Der Spielraum der Versicherer bei der Rückerstattung gewisser Leistungen erschwert die Möglichkeit, weiterhin zu Hause zu leben, ebenfalls.

Palliative Care Leistungen in Pflegeheimen

Die seit einiger Zeit zunehmende Komplexität der Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern im Pflegeheim hat zur Folge, dass die Finanzierung dem nötigen Zeitauf-

wand für spezialisierte Palliative Care, für Krisensituationen, für die Neueinschätzung von instabilen Pflegesituationen und im Todesfall nur ungenügend Rechnung trägt. Daraus kann abgeleitet werden, dass in Pflegeheimen der Zugang zu Palliative Care aufgrund der Finanzierung behindert sein kann, sobald eine instabile und komplexe Krisensituation insbesondere am Lebensende auftritt, wenn der Pflegeaufwand besonders intensiv ist oder wenn der Einsatz von spezialisierten Fachpersonen in Palliative Care nötig ist.

Diese ungenügende Finanzierung wirkt sich nicht nur auf die Pflege von Patientinnen und Patienten innerhalb des Pflegeheims aus, sondern auch auf den Zugang: Es ist vorgekommen, dass Personen, die spezialisierte Palliative Care in einer Langzeitpflegeeinrichtung benötigen, aufgrund mangelnder personeller und materieller Ressourcen der Eintritt in ein Pflegeheim verweigert wurde.

Palliative Care Leistungen in Sozialinstitutionen

Die Situation von Sozialinstitutionen bezüglich komplexen und instabilen Situationen am Lebensende ist ähnlich wie diejenige der Pflegeheime.

Pädiatrische Palliative Care

Wenn Kinder Palliative Care benötigen, handelt es sich angesichts der spezifischen pädiatrischen Bedürfnisse grundsätzlich um komplexe Situationen (Entwicklungsaspekt bei Kindern, Kommunikation sowie Einbezug der Eltern, Auswirkungen auf Geschwister etc.).

Diese Situationen werden in der vorliegenden Broschüre kurz beleuchtet. Um sich über die Situation in der Schweiz Klarheit zu verschaffen und einen präzisen und umfassenden Überblick zu erhalten, ist eine spätere Vertiefung dieses Themas wünschenswert.

Ärztliche Abrechnung (Tarmed)

Im Tarmed wird die bessere Entschädigung von kommunikativen und nicht-apparativen Leistungen diskutiert. Gerade diese Leistungen sind in der Grundversorgung unheilbar kranker, chronisch kranker und sterbender Patienten wichtig.

Leistungen der mobilen Palliativdienste

Mobile Palliativdienste unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung und bieten ihre Erfahrung in Palliative Care auf der Ebene der spezialisierten Palliativversorgung an. Das Angebot wurde in den letzten Jahren in vielen Kantonen ausgebaut. Dennoch sind die Verantwortlichkeiten,

Organisationsstrukturen und Aufträge der mobilen Palliativdienste noch nicht überall geregelt und unterscheiden sich regional. Der Zugang zu dieser spezifischen Unterstützung und allgemein zu einer angemessenen Betreuung in komplexen Situationen wird gebremst oder sogar verhindert, weil keine Anreizmassnahmen und damit nicht genügend spezialisierte Fachkenntnisse vor Ort vorhanden sind.

Schnittstelle ambulanter Bereich / Spital Akut- und Übergangspflege

Die Leistungserbringer machen darauf aufmerksam, dass der spezielle Charakter des „Palliative-Care-Status“ eines Patienten nicht unterschätzt werden darf. Die Aufenthaltsdauer des Patienten ist unvorhersehbar und es kann sein, dass er sporadisch spezialisierte Palliative Care benötigt. In diesem Zusammenhang wird die Begrenzung auf 14 Tage Übergangspflege als nicht angebracht bemängelt.

Leistungen der Palliativ-Konsiliardienste

Dieses Angebot ist noch ungenügend entwickelt, mit Ausnahme einiger Kantone, die für den Aufbau eines solchen Dienstes eine Finanzierungsgrundlage geschaffen haben.

Ausblick

Die Betreuenden in allen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen werden künftig mit einer immer älter werdenden Bevölkerung umgehen und für mehr Menschen am Lebensende sorgen müssen.

Die Zunahme von unheilbaren und chronischen Krankheiten im hohen Alter, aber auch von Krebserkrankungen, neurologischen Störungen oder chronischen Krankheiten bei jungen Menschen hat zur Folge, dass künftig die Komplexität der Pflege zunehmen und das Erkennen von spezifischen Bedürfnissen von Patienten an Bedeutung gewinnen wird. Dazu gehören etwa Personen mit einer Demenzerkrankung, die sich nur schwer ausdrücken können und über einen langen Zeitraum hinweg Pflege benötigen.

Aufgrund der Analyse der Schwierigkeiten bezüglich der Umsetzung eines umfassenden Palliative-Care-Angebots und unter Einbezug der Sicht von Pflegeleistungserbringern in der Praxis entwickelte die Arbeitsgruppe unter der Leitung der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und palliative.ch verschiedene Empfehlungen. Die Vorschläge basieren auf der Perspektive der befragten Leistungserbringer, wobei

die verschiedenen Themen als Ganzes behandelt werden. Im Zentrum steht eine garantierte Kontinuität der Pflegekette für Menschen, die Palliative Care benötigen. Die Empfehlungen beziehen sich auf die vier Bereiche Kompetenzen und Bildung von Pflegefachpersonen, Zugang zu spezialisierter Palliative Care, Langzeitpflege und ambulante Pflege. Nicht in dieser Broschüre berücksichtigt wird die spezialisierte Palliative Care im Spitalbereich. Zusammenfassend wird die Erarbeitung und Entwicklung einer regionalen, kantonalen oder sogar überregionalen, interkantonalen Vision der Palliative-Care-Strategie und deren Umsetzung durch ein koordiniertes Netzwerk als sinnvoll erachtet.

1. Einleitung

Die letzte Lebensphase hat in den vergangenen Jahren im Bereich der Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewonnen. Mehr Menschen in der Schweiz sind von unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten betroffen. Die Krankheitsverläufe sind länger und komplexer geworden und es hat eine Verlängerung der letzten Lebensphase stattgefunden. Aus diesen Gründen braucht es Palliative Care. Angestrebt wird damit die Verbesserung der Lebensqualität von betroffenen Menschen und eine ganzheitliche Behandlung, wie auch ein möglichst gutes Leben mit der Krankheit bis zum natürlichen Tod.

Die vorliegende Broschüre wurde in zwei Teilen verfasst. Annette Grünig, GDK, und Marie-Thérèse Furrer, BAG, sind die Autorinnen des ersten Teils. Dieser umfasst den gesetzlichen Rahmen, darunter die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der zweite Teil wurde von Pia Coppex, GDK, verfasst und konzentriert sich auf die Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines umfassenden Palliative-Care-Angebots. Im Zentrum stehen die von Leistungserbringern monierten Finanzierungsschwierigkeiten im ambu-

lantem Bereich und der Langzeitpflege, die im Dokument „Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz“ beschrieben sind.¹ Berücksichtigt wird die Sicht der Pflegeleistungserbringer in der Praxis. Die Broschüre wird mit einigen kantonalen Umsetzungsbeispielen und Forschungsergebnissen vervollständigt. Die spezialisierte Palliative Care im Spitalbereich wird nicht behandelt, da die Erarbeitung eines geeigneten Abgeltungssystems für stationäre Leistungen im Bereich der spezialisierten Palliative Care zurzeit geprüft wird.

2. Ausgangslage

Bund und Kantone haben im Rahmen der Plattform „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ beschlossen, Palliative Care in der Schweiz gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren zu fördern. Sie haben dazu die «Nationale Strategie Palliative Care» erarbeitet und im Oktober 2009 offiziell verabschiedet. Im Oktober 2012 wurde die Verlängerung der Strategie bis 2015 beschlossen. Verschiedene Teilprojekte wurden geschaffen, um die geplanten Massnahmen umzusetzen. Das Ziel im Handlungsfeld „Versorgung und Finanzierung“ ist die Gewährleistung des Zugangs zu Palliative-Care-Leistungen für alle Menschen, unabhängig von ihrem sozio-ökonomischen Status. Angesprochen sind die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone, aber auch Privatpersonen.

Definition von Palliative Care

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch-fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend mit einbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuratation der Krankheit nicht mehr möglich und kein primäres Ziel mehr ist. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste, optimale Lebensqua-

lität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.²

Grosses Gewicht wird auf die Multidimensionalität gelegt. In der Palliative Care wird der Mensch in seiner Ganzheit betreut, das heisst unter Berücksichtigung der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen. Auch soll der kranke Mensch im Entscheidungsfindungsprozess unterstützt und ermutigt werden, seine Wünsche zu einem Zeitpunkt festzuhalten, zu dem seine kognitiven Funktionen dies noch vollumfänglich erlauben. In der Palliative Care ist der Einbezug des persönlichen Umfelds, der nahestehenden Bezugspersonen und der persönlichen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten zentral. Gemäss den „Nationalen Leitlinien Palliative Care“ wird unterschieden zwischen Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der Grundversorgung behandelt und betreut werden können, und Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer komplexen und/oder instabilen Krankheitssituation auf spezialisierte Palliative Care angewiesen sind.

¹ Palliative ch, BAG und GDK (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz

² BAG und GDK (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care. 1. Leitlinie: Definition des Begriffs «Palliative Care»

3. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) stellt den Zugang aller Versicherten zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung sicher. Sie übernimmt die Kosten der gesetzlichen Leistungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die als Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind. In diesem Rahmen werden kurative, präventive und palliative Leistungen vergütet. Nach Artikel 25 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim von Ärzten und Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, durchgeführt werden. Nach Artikel 33 Absatz 1 und 3 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen,

deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Zudem bestimmt er, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung neue oder umstrittene Leistungen zu vergüten hat, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet. Nach Artikel 56 KVG Absatz 1 und 2 muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen zudem auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden.

Palliative Care

Palliative Care ist ein Versorgungskonzept, jedoch kein Begriff der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vorgesehene Leistungen, können von den Versicherten nicht vergütet werden, so sind z.B. die psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung der Patientinnen und Patienten Elemente von Palliative Care, die nicht zum Leistungsbe-

reich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehören. Der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt gleichermassen für alle Versicherten. Der Begriff „Behandlung einer Krankheit“ bezieht sich auf alle Krankheiten. Dieser Grundsatz hat zur Folge, dass sowohl eine Schlechter- als auch eine Besserstellung der Patientengruppe, die Palliative Care benötigt, nicht möglich und auch nicht anzustreben ist.

3.1 Der offene Leistungskatalog der Leistungen von Ärztinnen und Ärzten und von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren

Nach KVG werden grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen vergütet, wenn nicht etwas anderes bestimmt wird (Vertrauensprinzip). Der Leistungskatalog ist offen, mit einer „Ausschluss- oder Voraussetzungsliste“. Der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen Arztleistungen wird damit implizit vermutet.

Palliative Care

In Bezug auf die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte und der Chiropraktorinnen und Chiropraktoren bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die Palliative Care

benötigen, sind die Bestimmungen des KVG anwendbar. Wegen des offenen Leistungskatalogs sind Lücken ausgeschlossen. Zwar werden von Seiten der Beteiligten zuweilen Lücken moniert. Beim näheren Hinsehen handelt es sich zumeist um Unsicherheiten in Bezug auf die Abrechnung der Leistungen oder um Fragen, die sich im Zusammenhang mit dem Schnittstellenmanagement stellen.

3.2 Die Positivlisten der übrigen Leistungen

Im Gegensatz zu den Leistungen der Ärztinnen und Ärzte werden für Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände, präventivmedizinische Leistungen, Leistungen bei Mutterschaft sowie für Leistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern Listen geführt, welche die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Leistungen in abschliessender Weise nennen. Die gesetzliche Grundlage für die sogenannten Positivlisten bildet Artikel 33 Absatz 2 KVG. Die eigentlichen Listen sind in Artikel 5-19 der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) enthalten.

3.3 Auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung geht von der Verantwortung des Arztes/der Ärztin für die Behandlung aus. Der Bundesrat hält in seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 in seinem Kommentar zu Artikel 29 KVG seines Vorschlags fest, dass die Grundversorgung für die Patient/-innen in erster Linie unter der Obhut und Führung des Arztes erbracht werden soll. Dieser soll sozusagen in einer Scharnierfunktion den Leistungsbedarf und die Bedarfsdeckung in zweckmässiger und optimaler Form zusammenführen, im Zusammenwirken mit den anderen Leistungserbringern. In ähnlicher Form werde dies auch der Chiropraktor tun. Für die anderen Leistungserbringer gelte demgegenüber, dass sie nur auf ärztliche Anordnung hin für die soziale Krankenversicherung tätig werden können. Der 6. Abschnitt der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) regelt in Artikel 46-58, welche Personen und welche Organisationen, die solche Personen beschäftigen, auf ärztliche Anordnung hin Leistungen zu

Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen können. Die Artikel 5-12 KLV enthalten für jede Leistungserbringerkategorie die diesbezügliche Positivliste. Diese Listen sind abschliessend.

Palliative Care

Für die Palliative Care von besonderer Bedeutung sind die in Artikel 7 KLV geregelten Leistungen der Pflege zu Hause, ambulant und im Pflegeheim. Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a nennt die Massnahmen der Abklärung und der Beratung, Buchstabe b nennt die Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung, die bei der Pflege zu Hause, ambulant und im Pflegeheim zum Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehören, und Buchstabe c nennt die Massnahmen der Grundpflege bei Patientinnen und Patienten, welche diese Tätigkeiten nicht selbst ausführen können. Ziffer 2 von Buchstabe c nennt die Massnahmen der Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen explizit und separat. Auf den ersten Blick könnte daraus auf eine Sonderbehandlung dieser Patientengruppe geschlossen werden. Da die Massnahmen der psychiatrischen oder psychogeriat-

rischen Grundpflege unter dem Titel „Massnahmen zur Grundpflege“ erwähnt werden, ist die Auslegung indessen im Sinne einer Grundpflege zu verstehen, die infolge der psychischen Erkrankung etwas anders aussieht als bei anderen Krankheiten. Die separate Erwähnung der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege eröffnet kein neues Leistungsspektrum. Im Rahmen des Teilprojekts „Versorgung und Finanzierung“ der Nationalen Strategie Palliative Care ist die Lösung von allfälligen Problemen bei der Pflege zu Hause, ambulant und im Pflegeheim ein wichtiges Anliegen. Aktuell finden Abklärungen statt, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei dementiellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind. Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten für die Änderungen der Verordnung, wurden keine „tatsächlichen“ Lücken im Leistungskatalog festgestellt. Trotzdem wurde von Seiten der Pflege Kritik laut, welche die KLV für die Leistungen im Bereich Palliative Care betreffen. Der Koordination in komplexen Pflegesituationen sowie der vorausschauenden Planung in instabilen Pflegesituationen

wurde auf Verordnungsebene nicht genügend Rechnung getragen.

Das Eidgenössische Departement des Innern hat die Ergänzung von Artikel 7 KLV mit Entscheid vom 20. Dezember 2011 beschlossen.

Zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zählen damit explizit auch die Koordinationsleistungen der Pflegefachpersonen in komplexen und instabilen Pflegesituationen, wenn sie von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann ausgeführt werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.

3.4 Der Beitrag der OKP an die Pflege

Am 1. Januar 2011 trat die neue Pflegefinanzierung in Kraft. Sie regelt die Aufteilung der Pflegekosten und deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Versicherten und die Kantone. Die Neuregelung soll für die Krankenversicherung kostenneutral sein und für sie zu keiner finanziellen Mehrbelastung führen. Die obligatorische

3. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Krankenpflegeversicherung leistet einen fixen, nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die ärztlich verordneten Pflegeleistungen. Die Vergütung der Pflege zu Hause soll pro Einsatz mindestens 10 Minuten umfassen. In Absatz 3 Artikel 7a KLV werden die Beiträge abgestuft nach dem Pflegebedarf für die Pflegeheime aufgeführt. Die Abstufung erfolgt mittels einer linearen 20-Minuten-Skala. Damit soll erstens eine genügende Differenzierung der Pflegebedürftigkeit sichergestellt werden. Zweitens lassen sich dank den Minutenangaben die heutigen - unterschiedlich ausgestalteten - Systeme auf einen gemeinsamen Nenner überführen. Dies bedeutet auch, dass die bestehenden Pflegebedarfssysteme beibehalten werden können.

Nach dem ab 1. Januar 2011 gültigen Artikel 25a Absatz 5 KVG dürfen höchstens 20 Prozent des höchstens vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten an die versicherte Person überwält werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden im Anschluss an einen Spitalaufenthalt während maximal 14 Tagen übernommen. Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung generell nicht

vergütet werden die Kosten des Aufenthalts im Pflegeheim. Der Wohnkanton und die Versicherer übernehmen die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anteilmässig. Der Wohnkanton setzt jeweils neun Monate vor Beginn des nächsten Kalenderjahres den für alle Kantonseinwohner und -einwohnerinnen geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

In Bezug auf die Kontrolle der voraussichtlich zu vergütenden Stunden wurde Artikel 8a Absatz 3 KLV angepasst. Seit dem 1. Januar 2011 ist die Begrenzung von 60 Stunden pro Quartal nicht mehr absolut formuliert, sondern wird als Möglichkeit festgehalten. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden.

Palliative Care

Palliative Care zeichnet sich durch die hohe Komplexität der medizinischen Behandlung und die in der Regel aufwändige Pflege aus. Insbesondere bei sehr intensiver und komplexer Pflege erscheint der Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht sehr hoch. Weil die Kantone für die

Regelung der Restfinanzierung zuständig sind, erwächst den Patientinnen und Patienten dadurch kein Nachteil. Ein höherer Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung würde sich nicht zu Gunsten der Versicherten auswirken.

4. Palliative Care als Versorgungskonzept

Wie in Kapitel 3 ausgeführt, ist Palliative Care ein Versorgungskonzept und kein Begriff aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Zuständig für die Gesundheitsversorgung sind die Kantone. Am 20. Januar 2012 haben sich rund 50 Vertreterinnen und Vertreter der kantonalen Gesundheitsdirektionen im Haus der Kantone getroffen, um über die „Nationale Strategie Palliative Care“ zu diskutieren und sich auszutauschen. Im Fokus standen dabei die Arbeiten in den Bereichen „Versorgung“ und „Finanzierung“ der Strategie. Anlässlich dieses Treffens teilten die Vertreterinnen und Vertreter der kantonalen Gesundheitsdirektionen mit, dass die Finanzierung ein gewichtiges Problem darstellt. Im Allgemeinen wurden Lücken bei Tätigkeiten ausgemacht, die nicht in den Leistungsrahmen des KVG passen: vorausschauende Planung, Koordination, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Netzwerk, Reisezeit, etc.³ Für die Kantone ist es grundlegend, dass diese Problematik umfassend angeschaut wird und alle Aspekte mitberücksichtigt werden. Die Leistungserbringer bestätigen dies, da es Leistungen gibt, die nicht von der OKP und der Mehrheit der Kantone übernommen werden, obwohl sie für ein angepasstes Angebot in Palliative Care nötig sind.⁴

Vor weiteren Ausführungen soll der Begriff «Pflege» definiert werden, da sich die Finanzierungsprobleme im Bereich Palliative Care häufig um die Definition der Pflege drehen. Der vorliegende Text stützt sich auf die Definition nach W. Hesbeen: **„Pflegen heisst, einem Menschen besondere Aufmerksamkeit entgegenzubringen, der eine besondere Situation erlebt und im Sinne einer Hilfestellung zu seinem Wohlbefinden und Gesundheit beitragen.“**⁵

Diese Definition weist auf die humanistische Dimension der Pflege und der Individualität der Begleitung hin. Sie trägt der zusätzlichen Pflege, die die anerkannte und vergütete Pflege ergänzt, Rechnung, also der Pflege, welche nicht gesehen wird und nicht sichtbar ist. Gemäss W. Hesbeen trennen zahlreiche Autoren die beruflichen Praktiken und weisen den einen die Patientenangelegenheiten und den anderen die Beschäftigung mit der Krankheit zu. In schwierigen Situationen wie einer Erkrankung wird das Gleichgewicht einer Person gestört und man kann sich vorstellen, dass kranke Menschen zusätzlich zur Wiederherstellung des Körpers besondere

Aufmerksamkeit bezüglich individueller Bedürfnisse brauchen. Dieser Wunsch kann auch im engeren Umfeld dieser Menschen entstehen. Die Ausführungen sollen darlegen, dass die Pflege von Menschen, deren Gesundheit schwer angeschlagen ist, ausser dem Fachwissen und der damit verbundenen Technik eine Vielzahl von Aspekten miteinschliesst. „Diese kleinen Dinge, die mit verschiedenen Elementen einer Lebenssituation zusammenhängen, sind für die gepflegte Person niemals banal. Sie verlangen nach grosser Aufmerksamkeit und Professionalität der betreuenden Personen.“⁶ **„Palliative Care ist komplexe Pflege, die von den Betreuenden grosse Fachkenntnis und viel Erfahrung verlangt.“**⁶

Es handelt sich hier um einen handlungsorientierten Ansatz, der auf verschiedene Aspekte verweist, seien es hochentwickelte, einfache oder sogar sehr einfache. Er ist inspiriert von theoretischen, philosophischen, wissenschaftlichen, technischen und weiteren Quellen und ist geprägt von der intuitiv bescheidenen Aufmerksamkeit den anderen gegenüber. Darum mobilisiert Palliative Care sowohl multidisziplinäre Pflege- und Unterstützungsteams wie auch Freiwillige. Es braucht

mehrdimensionale Pflegekompetenzen. Hierzu gehört das Erkennen von körperlichen, psychosozialen, spirituellen und funktionalen Bedürfnissen, ethischen und rechtlichen Herausforderungen, sowie die notwendigen Kompetenzen, um die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, persönliche und pflegerische Herausforderungen und Pflegesituationen am Lebensende zu meistern.⁷ Der zweite Teil dieser Broschüre wurde erarbeitet, um die von der OKP nicht vergüteten Leistungen zu benennen und aufzulisten, welche die palliative Behandlung aufgrund von finanziellen Einschränkungen möglicherweise verhindern. Die Angaben basieren auf Rückmeldungen von Fachpersonen und Organisationen aus den verschiedenen betroffenen Fachkreisen sowie auf einigen Umsetzungsbeispielen und Rückmeldungen von Kantonen. Die Ausführungen sind nicht vollständig, zeigen aber die wichtigsten Anliegen auf. Einige Forschungsergebnisse dienen dazu, die Rückmeldungen der Akteure zu unterstreichen. Die Problembereiche bei der Finanzierung befinden sich sowohl bei Palliative Care in der Grundversorgung wie auch bei der spezialisierten Versorgung.⁸ In einem ersten Schritt werden die Gemeinsamkeiten der beiden Bereiche ambulante Pflege und

3 BAG und GDK (2012): Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen, Stand Ende 2011, Ergebnisbericht vom 08. Februar 2012, S. 7

4 Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012, S. 38

5 Hesbeen W. (1999): Le caring est-il prendre soin? In: Revue Perspective Soignante, Ed. Seli Arslan, Nr. 4

6 Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008): Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs Avril 2008, www.msss.gouv.qc.ca/cancer

7 Desbiens, J.-F., Fillon, L. (2011): Multi dimensionnalité de la mesure de perception de compétence infirmière en soins Palliatifs. Université Laval, Québec, Canada. Actes du 1er Congrès international francophone de soins palliatifs et d'accompagnement, 17ème Congrès de la SFAP A la rencontre de nos diversités, A la rencontre de nos diversités, du 28 au 30 juin 2011 au Centre Cité de Lyon <http://congres.sfap.org/sites/default/files/pdf/Lyon2011/actes2011.pdf>

8 BAG und GDK (2012): Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen, Stand Ende 2011, Ergebnisbericht vom 08. Februar 2012, S. 7

Langzeitpflege dargelegt, danach werden beide spezifisch behandelt.

4.1 Finanzierungsprobleme bei der Umsetzung von Palliative Care in der Grundversorgung und von spezialisierter Palliative Care (Bereiche: ambulant und Langzeitpflege)

4.1.1 Vernetzung und Koordination
Krankheit und Therapie können zu unerwarteten und radikalen Veränderungen des täglichen Lebens führen. Um auf die verschiedenen Bedürfnisse der Patienten und ihres Umfelds einzugehen, wird ein interdisziplinärer Ansatz mit enger Zusammenarbeit und Absprache zwischen den Betreuenden verfolgt. Diese Aspekte sind wesentlich, um die Pflege- und Begleitkontinuität zu garantieren.
Gemäss den Leistungserbringern wird die Koordination der Leistungserbringung sowie die Einstellung auf plötzliche Änderungen in instabilen Pflegesituationen heute nur ungenügend berücksichtigt. Diese Aufgaben sind integraler Bestandteil der Pflege und Behandlung. Sie ermöglichen ein effizientes, angemessenes und wirtschaftliches Behandlungsmanagement in Einklang mit dem

Recht von Patientinnen und Patienten auf gleiche Behandlung im Krankheitsfall. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands und das Nachlassen der Körperfunktionen verlangen nach konstanten Anpassungen, sowohl bei der Unterstützung der kranken Person und deren Umfeld, wie auch bei der Medikation und der Pflege zur Linderung der Symptome, um für den Patienten und seine Angehörigen die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Die Pflegekontinuität und die Anpassung der Behandlung an die schnellen Veränderungen der Patientenbedürfnisse sind die wichtigsten Bedingungen, um eine sichere, verantwortungsvolle und kostengünstige Betreuung sicherzustellen – sei es in Palliative Care, Psychiatrie oder in komplexen und instabilen Situationen sowie in der besonderen Situation des Übergangs zwischen der Akutbehandlung und der Rehabilitationsphase, der Verlegung in die Langzeitpflege oder der Rückkehr nach Hause.
Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ist sich diesen Problemen bewusst und hat in diesem Sinne Artikel 7 KLV angepasst.⁹ Seit dem 1. Januar 2012 werden Koordinationsleistungen der Pflegefachpersonen in komplexen Situationen explizit im Leistungsteil des KLV aufgeführt.

Trotz dieser Anpassung bleiben gewisse Probleme besonders an der Schnittstelle ambulanter Bereich/Spitalbereich bestehen. Beim Übergang von stationären Einrichtungen zum ambulanten Bereich und umgekehrt geschieht oft ein Unterbruch der Behandlungskette. Das ist insbesondere bei fragilen Patienten am Lebensende mit grossen Einbussen der Lebensqualität verbunden. Eine wichtige Ursache für diese Schnittstelle besteht nach Aussage der Leistungserbringer darin, dass Hausärzte oder Spitex nicht an einem Gespräch zur Entlassungsplanung im Spital teilnehmen können, da sie eine solche Leistung nicht in Rechnung stellen können (gleichzeitige Verrechnung ambulanter und stationärer Leistungen). Palliative Care besteht aus interdisziplinärer Zusammenarbeit von mehreren Leistungserbringern. Der Mehrwert für den Patienten ergibt sich aus der Zusammenarbeit der verschiedenen Partner, die nicht der Optik eines einzigen Leistungserbringers oder einer individuellen Leistung entspricht.

4.1.2 Bildung und Information Aus-, Weiter- und Fortbildung für Fachpersonen in Palliative Care in der Grundversorgung und für spezialisierte Palliative Care und Hausärztinnen und Hausärzte

Die Fachpersonen der Grundversorgung (Hausärztinnen und Hausärzte, Ärztinnen und Ärzte im Akutspital, Spitexpersonal, Pflegepersonal im Langzeitbereich, etc.) sind meist die erste Anlaufstelle für Betroffene und deren Angehörigen.¹⁰ Die Probleme in Situationen am Lebensende sind komplex und verlangen von den betreuenden Personen grosses Fachwissen und viel Erfahrung.
Gemäss S. Eychmüller (palliative-ch, 2008) ist der Begriff Palliative Care bei den Fachpersonen bekannt.¹¹ Jedoch wissen diese eher wenig über die Ziele und das Vorgehen, und es fehlt teilweise an Wissen über Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Schmerztherapie, Atemnot, Schlafstörungen, usw.) sowie auch an Angeboten für spezifische Unterstützung, um unerwünschte Notfall-Hospitalisationen und „unnötige“ Behandlungen zu vermeiden.
Diese Punkte zeigen die Konsequenzen einer ungenügenden Bildung auf. Es ist anerkannt, dass die Entwicklung von Kompetenzen in Palliative Care von Gesund-

⁹ Medienmitteilung des EDI (2011): Änderungen bei der Vergütung der Leistungen durch die OKP

¹⁰ GfK Switzerland AG (2009): Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

¹¹ Eychmüller, S. (2008): Palliative Care: Spezialisierung oder Grundversorgung? palliative-ch Nr. 4 2008

heitsfachpersonen zentral für die Verbesserung der Lebensqualität von Kranken ist.¹² Deshalb wurde auch im Handlungsfeld Bildung, ausgehend von den „Nationalen Leitlinien Palliative Care“, ein Bildungskonzept „Palliative Care und Bildung“ erarbeitet, das als Grundlage für die breitere Verankerung von Palliative Care in den verschiedenen Bildungsgängen namentlich der universitären Medizinberufe und nicht-universitären Gesundheits- und Sozialberufe sowie weiterer relevanter Berufsgruppen dient. Die Umsetzung des Bildungskonzepts ist je nach Bildungsstufe unter Berücksichtigung der bestehenden Strukturen in der Schweizerischen Bildungssystematik, der Verantwortlichkeiten und gesetzlichen Vorgaben anzugehen. Die Palliativmedizin wird im Schweizerischen Lernzielkatalog (SCLO) für die medizinischen Fakultäten expliziter aufgenommen und in sämtlichen Weiterbildungsgängen der Humanmedizin stärker integriert werden, zudem soll es auch eine Klärung betreffend einer Möglichkeit zur ärztlichen Spezialisierung und Fortbildung in Palliativmedizin geben. Im Bereich der Fachhochschulen soll überprüft werden, ob aufgrund des Nationalen Bildungskonzepts in den Aus- und Weiterbildungen gegebenenfalls Anpassungen bzw. Ergänzungen im Bereich Palliative Care notwendig sind. Im

Bereich der Berufsbildung geht es darum, dass die Verbundpartner, im Speziellen die Organisationen der Arbeitswelt, überprüfen, ob aufgrund des Nationalen Bildungskonzepts in den einzelnen Ausbildungsgängen der beruflichen Grundbildung und der höheren Berufsbildung allfällige Anpassungen bzw. Ergänzungen zu den bereits bestehenden Kompetenzen im Bereich Palliative Care notwendig sind.

Diese Verankerung in der formalen Bildung löst aber die Problematik der Fortbildung, insbesondere einer interprofessionellen Fortbildung, nicht. Eine Herausforderung sind abgestimmte und stufengerechte, am Bedarf und an der Aufgabenteilung in der Praxis ausgerichtete Lernziele und Kompetenzen, die von einem gesamtschweizerisch einheitlichen Verständnis von Palliative Care ausgehen. Insbesondere sind in der Aus- und Weiterbildung auch zu entwickelnde Querschnittskompetenzen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aufzuzeigen (interprofessionelle Module).

Die Bildung ist ein zentrales Element für den gleichberechtigten Zugang zu Angeboten der Palliative Care und gibt namentlich den Pflegenden die Möglichkeit, die Bedürfnisse und Mittel zu erkennen, die im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden oder dem Patienten und seiner

Familie notwendig sind.

Das Qualitätsbestreben stellt grosse Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung. Ohne genügende Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten ist eine nachhaltige Verankerung der Palliative Care in der Schweiz nicht möglich. „Für eine echte Teamarbeit braucht es eine einheitliche Philosophie und einen einheitlichen Zugang, wobei aber jeder sein Fachgebiet behalten und weiterentwickeln soll. Die Normen verlangen eine Aus- und Weiterbildung der Pflegefachpersonen, die es erlaubt, dass die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten für qualitativ angemessene Palliative Care erworben sowie eine gemeinsame Pflegephilosophie verankert wird.“¹³ Diese sollte sich nicht nur auf Krisensituationen oder auf die letzten Tage vor dem Lebensende beschränken. Dies wird von Laurent et al. bestätigt.¹⁴ Für sie kann „Palliative Care einige Tage oder Wochen nach dem Eintritt des Patienten in die Einrichtung beginnen, auch wenn dieser hier einige Jahre leben wird. Es handelt sich um einen Ansatz, der im Leitbild festgehalten wird, mit spezifischen Prozessen und Vorgehensweisen. Die Pflegefachperson schafft ein sicheres und angenehmes Umfeld. Die Ruhe, Gelassenheit, besondere Aufmerksamkeit gegenüber dem Nächsten führen zu einem verlangsamt-

ten Rhythmus im Vergleich zu einer stabilen chronischen Situation.“

Damit möglichst viele Personen erreicht werden, die über die nötigen rollenspezifischen Kompetenzen verfügen, muss der Zugang zu diesem Wissen erleichtert werden. Mit anderen Worten geht es darum, Personen zu erreichen, welche über die Eignung und Einstellung, die die Pflegesituationen erfordert, verfügen.

Die Finanzierung ist für einen Ausbildungsgang elementar und kann für gewisse Personen ein grosses Hindernis darstellen. Nachfolgend werden einige kantonale Beispiele vorgestellt, im Rahmen derer die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen und die Information der Bevölkerung gefördert werden.

Beispiele kantonaler Umsetzung

Im Kanton Basel-Landschaft wird pro 40 Bewohner in einem Pflegeheim eine Pflegeperson in Palliative Care weitergebildet. Sie wird zur internen Ansprechperson (wie die Wundexpertin). Damit befindet sich der Experte/die Expertin bereits in der Institution.

Im Kanton Genf werden alle Spitex-Mitarbeitenden der Fondation des services d'aide et de soins à domicile mit Aus- und Weiterbildungen für Palliative-Care-Situa-

¹² T. Currat, F. Teika-Lüthi, J. Pereira (2008): Vidéos réflexives en soins palliatifs: un outil pédagogique, Im Rahmen des 1. Internationalen frankophonen Kongresses Palliative Care und Betreuung, 17ter Kongress der SFAP A la rencontre de nos diversités, Du 28 au 30 juin 2011 au Centre Cité de Lyon (2008): <http://congress.sfap.org/sites/default/files/pdf/Lyon2011/actes2011.pdf>

¹³ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008): Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs, Avril 2008

¹⁴ Laurent, Françoise, Bourgeois, Yvan, Matthey, Vincent (2008): Reconnaissance des prestations de soins infirmiers et d'assistance données en EMS lors de situations de crise caractérisées par un pronostic vital menacé. 2.Phase: Pilotprojekt 2009

tionen sensibilisiert und haben Zugang zu Supervision.¹⁵ Der Kanton verfügt über 54 Pflegeheime. Zwischen 2003 und 2010 haben vierzig davon eine Grundausbildung in Palliative Care durchgeführt, die von der Fédération genevoise des établissements médico-sociaux (Fegems) organisiert wurde. Ein Drittel davon hat die Zwischenbildung in Palliative Care durchgeführt (formation relais en soins palliatifs). 80% stellen einen Vertrauensarzt an, der eine Ausbildung in Palliative Care der Fegems absolviert hat. Zwei Drittel der Pflegeheime haben eine Pflegefachperson als Ansprechperson für Palliative Care bestimmt, mehr als die Hälfte davon verfügt über eine Spezialisierung in Palliative Care und Gerontologie.

Der Kanton Waadt hat ein Gesamtkonzept für Palliative Care erarbeitet und finanziert die Sensibilisierungskurse, die Ausbildung von Ansprechpersonen, die Ausbildung der Mitarbeitenden der mobilen Palliativdienste und teilweise der Palliative-Care-Abteilungen sowie 80% der Ausbildung von Freiwilligen und Angehörigen inner-

halb von Einrichtungen.¹⁶ Das gesamte Programm kostet fünf Franken pro Jahr und pro Einwohner. Die Ausbildungstätigkeit kostet weniger als 1 Franken pro Jahr und pro Einwohner.¹⁷

Im Rahmen der kantonalen Strategie im Tessin sind verschiedene Studienprogramme (Kurs A2, B1, B2, zahlreiche jährliche SBK-Angebote) der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana angegliedert.¹⁸

Im Kanton Thurgau finanziert der Kanton vier Halbtage für Sensibilisierungskurse Palliative Care für alle Mitarbeitenden der Pflegeheime und der Spitex sowie für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.¹⁹ Für die Förderung, Information und Vernetzung der Palliative Care haben der Kanton Graubünden und palliative gr, die kantonale Sektion der Fachgesellschaft palliative ch, einen Leistungsvertrag abgeschlossen.²⁰ Der Kanton delegiert die Aufgaben in den erwähnten Bereichen an palliative gr und finanziert die Aufgaben des beauftragten Sekretariats in Höhe von 100'000 Franken pro Jahr.

4.2 Leistungen der Palliative Care in der Grundversorgung (ambulanter Bereich und Langzeitpflege)

4.2.1 Leistungen von Spitex-Organisationen

Zu den hauptsächlichsten Schwierigkeiten, die von den Leistungserbringern der Spitex gemeldet werden, gehören die psychosoziale Unterstützung für die Patienten und ihre Angehörigen, die Umsetzung von besonderen Massnahmen wie Präsenzzeiten, Nachtwachen und Trauerbesuche und das Bereitstellen von weiteren Mitteln. Diese verschiedenen Elemente werden im folgenden einzeln beschrieben.

Psychosoziale Unterstützung

Die psychosoziale Unterstützung und Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen wird in der internationalen Literatur als Qualitätsmerkmal eingestuft.²¹ Die Spitex-Organisationen monieren eine ungenügende Abgeltung der Sozialberatung, besonders bei juristisch-sozialen Fragen sowie der Beratung (Unterstützung, Bildung) für die Angehörigen.

Neben den verschiedenen Arten der Hilfe ist es für die verschiedenen Fachkreise grundlegend, dass die Patienten und ihre Angehörigen umfassend über die beste-

henden Angebote informiert werden. Der Informationsprozess ist ein integraler Bestandteil des üblichen Behandlungsablaufs. Die vorliegende Broschüre geht getrennt auf Patienten und Angehörige ein.

Für Patientinnen und Patienten

Neben der Lebensdauer ist das zentrale Element jeder palliativen Betreuung die Lebensqualität des Patienten (und folglich der Angehörigen). Ein grosser Anteil der Palliative Care-Patienten leidet unter Ängsten, Depressionen und anderen Formen von psychischem Stress, weshalb häufig eine spezifische Betreuung nötig ist. Wie es Guillemette Laval richtig bemerkt: „Der Patient in Palliative Care durchlebt eine schwierige existenzielle Krise und es erfordert Trauerarbeit, um seine Vorstellung, von dem was er sich vom Leben erwartet und vorstellt, ändern zu können (...). Die von den Patienten erlebten „Gefühle und Erwartungen“ können sich von einem Moment auf den anderen ändern. Der Patient durchlebt Ablehnung, Leugnung, Verweigerung, Auflehnung, Wut, Aggressivität, Beherrschung (Rationalisierung), Rückzug, Trauer, Rückschritt, aber auch Kampfbereitschaft, Annahme und Sublimation. Das Vertrauensverhältnis zum Arzt, den Pflegefachper-

15 Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), Direction générale de la santé, Service de la planification et du réseau de soins, GE

16 Etat de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique

17 Poletti, N., Boitel, J.-L., Ducret, S., Leuba, A. (2011). Outils d'évaluation des symptômes: un changement de pratique. Equipe mobile de soins palliatifs, Association du Réseau de la Communauté Sanitaire de la région lausannoise (ARICOS), Lausanne, Schweiz, Actes du 1er Congrès international francophone de soins palliatifs et d'accompagnement, 17ème Congrès de la SFAP A la rencontre de nos diversités, 28. bis 30 Juni 2011 im Centre Cité in Lyon

18 Dr. H. Neuenschwander, palliative ch

19 Kanton Thurgau, Gesundheitsamt

20 Kanton Graubünden, Gesundheitsamt, Fachstelle Spitex und Altersfragen

21 Pasman, H.R.W., Brandt, H.E., Dellens, L., Francke, A.L. (2009): Quality-indicators for palliative care: a review of the literature In: Journal of Pain and Symptom Management, 38(1), 145-156

sonen und anderen Gesundheitspartnern erlaubt Empathie und Unterstützung. Die Sorgen, die der Patient im Umgang mit seinen Angehörigen erlebt und umgekehrt, führen zu einer sozialen Belastung. Sie entspricht den sozialen Schwierigkeiten (Beruf, finanzielle Lage, Wohnen zu Hause). Schmerzhaftes Fragen nach dem Sinn seines Lebens und des Lebens im Allgemeinen können zu einer spirituellen Belastung führen. Ursprünglich kommt Palliative Care aus der spirituellen Unterstützung der Pflegefachpersonen und Ärzte. Es ist wichtig, sich mit diesen Belastungen auseinanderzusetzen.²²

Es ist unbestritten, dass diese Leistungen einen direkten Einfluss auf die Pflege des Patienten haben. Aufenthalte im Akutspital können vermieden und dem Patienten wird ermöglicht, länger bei sich zu Hause zu bleiben. Oncosuisse weist jedoch im „Nationalen Krebsprogramm Schweiz 2011–2015“ (S. 145) darauf hin, dass „die Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung (...) ungelöst (ist). Besonders Psychologen und andere Fachpersonen werden noch ungenügend hinzugezogen, obwohl die Möglichkeit besteht, diese auf ärztliche Verordnung hin beizuziehen. Zudem ist auch die finanzielle Abgeltung einer psychoonkologischen Betreuung in einer palliativen Situation von

jenen Patienten ungelöst, die nicht mehr ins Spital oder in die Praxis kommen können.“²³

Für Angehörige

„Die Familien werden durch das Leiden ihres Nächsten, durch die von der Krankheit ausgelösten Veränderungen und dem Bewusstsein der nahenden Trennung geprüft. Sie sind mit Verlust und einer psychischen und physischen Erschöpfung konfrontiert, insbesondere wenn der Patient zu Hause ist. Zwischen dem, was der Patient und dem, was die Familie weiss, was der Patient und was die Familie erlebt, können Diskrepanzen bestehen, die zu weiteren Schwierigkeiten führen.“²⁴

Die Leistungserbringer stellen fest, dass Angehörige mit geringen Kenntnissen und geringer Begleitung häufig eine grosse Nachfrage nach medizinischer Betreuung für sich selber haben und nach dem Tod des Patienten häufiger selber erkranken. Die Schwierigkeit bei der Finanzierung besteht darin, dass es sich um Leistungen handelt, die nicht notwendigerweise die Anwesenheit des Patienten erfordern und nicht gemäss Art. 25 KVG dazu dienen, eine Krankheit zu diagnostizieren oder zu behandeln, obwohl sie nach dem Pathogeneseprinzip künftige Gesundheitsprobleme bei den Hinterbliebenen verhindern können.

Beispiele kantonaler Umsetzung

Der Kanton Solothurn finanziert im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen einen Teil des spirituellen Beistands, der von den drei Landeskirchen angeboten wird - dies kommt auch Patienten am Lebensende zugute.²⁵ Im Kanton Thurgau sind für Spitex-Organisationen mit einem Leistungsauftrag der Gemeinde 4 Franken pro Pflegestunde für die nichtgedeckten Zusatzkosten der Palliative Care vorge-sehen. Die Organisation muss den kantonalen Spitex-Richtlinien entsprechen.

Im Kanton Waadt gibt es seit dem 1. Dezember 2011 das «Espace Pallium», ein Informations- und Beratungszentrum für Angehörige von Personen in palliativen Situationen. Hier werden Unterstützung geboten, Adressen vermittelt und Austauschmöglichkeiten geschaffen. Das Angebot ist für die gesamte Bevölkerung des Kantons Waadt kostenlos.

Trauerbesuche

Nach dem Tod eines Patienten zu Hause sind nach Aussagen der Leistungserbringer häufig zwei bis drei Trauerbesuche bei den Angehörigen nötig, die von Gesundheitsfachpersonen oder von in Palliative Care ausgebildeten Freiwilligen gemacht werden.

Die Anzahl der Besuche hängt von den Todesumständen ab („schwieriger Tod“ mit Komplikationen, Alter der Angehörigen beispielsweise bei Kindern, Partnern, Familiensituation, alleinstehend oder Familie weit entfernt ...). Nicht nur für die Familie ist in besonderen Situationen ein Debriefing nützlich, um pathologischer Trauer vorzubeugen, sondern auch für das Team und die Garantie einer angepassten Behandlung.

Schwierigkeiten bereitet den Leistungserbringern die Tatsache, dass diese Leistungen nicht in Rechnung gestellt werden können, da es sich um Leistungen in Abwesenheit des Patienten handelt. Für die Trauerbegleitung müsste für den betroffenen Angehörigen ein Dossier eröffnet und ihm einen Teil der Leistung angerechnet werden.

Beispiele kantonaler Umsetzung

Im Tessin wurden Selbsthilfegruppen geschaffen. Sie weisen einen grossen Erfolg auf und werden ausschliesslich aus Spenden finanziert (Angebot sowie Fortbildungen und Supervisionen für Fachpersonen).

Im Kanton Thurgau organisiert der ambulante Hospizdienst das Café „Quelle“ für Menschen, die einen Verlust erlebt haben.

²² Laval G., Villard M.-L., Comandini F., Carlin N. (2003): Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage. Faculté de Médecine Grenoble

²³ Oncosuisse (2011): Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015

²⁴ Laval et. al (2003)

²⁵ Kanton Solothurn, Gesundheitsamt, Kantonsärztlicher Dienst

Nachtwache, Präsenzzeiten

Gemäss den Leistungserbringern sind Bereitschaftsdienste und Nachtwachen sowie deren Finanzierung grundlegend, da für ein echtes Wohnen zu Hause die Betreuung in der Nacht oder am Wochenende nicht unterbrochen werden darf. Vermeidbare notfallmässige Spitaleinweisungen kommen häufig dann vor, wenn Fachpersonen nicht erreichbar sind. Verunsicherung bei den Angehörigen oder ein Mangel an spezifischer Pflege, beispielsweise Schmerzmanagement durch Verabreichung von Medikamenten alle vier Stunden, Dekubitusprophylaxe, Behandlung weiterer Symptome (Schwindel, Erbrechen, Durchfall, Aufregung, ...) führen zu unnötigen Hospitalisationen.

Im Zusammenhang mit Nachtwachen (ohne Pflegeleistungen) und Präsenzzeiten, die nicht nach KVG abgerechnet werden können, erwähnen die Spitex-Organisationen unter anderem Schwierigkeiten bei der Organisation des Bereitschaftsdienstes (besonders bezüglich der Einhaltung des Arbeitsgesetzes).

Einige Freiwilligenorganisationen bieten Nachtwachen an, was jedoch nicht ausreicht, wenn in Betracht gezogen wird, dass Freiwillige weder Pflegeleistungen vornehmen noch Medikamente verabreichen dür-

fen, selbst wenn sie von einer Fachperson vorbereitet wurden. Gemäss den Leistungserbringern können diese Situationen beim Patienten und seinen Angehörigen besonders in Situationen, die eine intensive Betreuung erfordern, finanzielle Probleme schaffen, weil nicht die gesamten Kosten abgedeckt werden (Wegzeiten und Präsenzzeiten) oder der gewährte Pflegeaufwand schnell überschritten wird.

Beispiele kantonaler Umsetzung

Im Kanton Waadt haben Spitex-Organisationen in solchen Situationen die Möglichkeit, für 25 Franken pro Stunde Präsenzzeit Hilfswachen einzusetzen. Steuerabzüge sind möglich.

Im Kanton Wallis bieten die sozialmedizinischen Zentren Nachtwachen durch Pflegehilfen (Auxiliaire de vie). Der Patient übernimmt dabei eine Stundenpauschale. Die öffentliche Hand im Wallis unterstützt diese Leistung finanziell, indem die Mehrausgaben übernommen werden.

Im Kanton Tessin war die Institutionalisierung des medizinischen und pflegerischen Bereitschaftsdienstes für die Betreuung zu Hause (24/24, 7/7) der entscheidende Schritt, um den Verbleib

zu Hause zu fördern. Dabei werden vor allem die Ängste der Patienten und Angehörigen gelindert. Die Kosten für den Kanton belaufen sich auf 200 Franken pro Tag, beziehungsweise pro Nacht, und werden über das Budget des Hospice Ticino abgerechnet. Seit der Einführung dieses Dienstes kommt es praktisch zu keinen Notfall-Hospitalisationen mehr. Im Kanton Thurgau bietet der ambulante Dienst „Hospiz“ für Menschen am Lebensende wie auch ihren Angehörigen während den letzten Lebenstagen und Wochen Anwesenheit und Unterstützung. Im ambulanten Hospizdienst sind Seelsorger der Landeskirchen integriert.

Zusätzlich zu den erwähnten Elementen hat Bundespräsidentin Eveline Widmer-Schlumpf am Tag der Kranken (4. März 2012) in ihrer Ansprache zum Motto: „Beruf und Pflege – wie schaffe ich bloss beides?“ die Unterstützung der Angehörigen erwähnt:

„In der Schweiz werden heute rund 60 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause betreut. Ungefähr 160'000 Personen pflegen zusätzlich zu ihrer beruflichen Tätigkeit Angehörige. In Zukunft dürften diese Zahlen noch ansteigen. Entwicklungen in

der Medizin lassen die Lebenserwartung steigen – auch bei Menschen mit einer chronischen Krankheit. (...) Von nahestehenden Personen betreut zu werden, im familiären Umfeld leben zu können, das ist für viele ein grosses Stück Lebensqualität. (...) Hier das richtige Gleichgewicht zu finden, ist eine Herausforderung. Nicht selten steigt durch die zunehmende Belastung bei den Pflegenden selbst das Risiko einer Erschöpfung, das Risiko einer Erkrankung. (...) Wir haben für ein Umfeld zu sorgen, dass es möglich macht, beide Aufgaben nebeneinander zu erfüllen. Und zwar über den „Tag der Kranken“ hinaus!“

In diesem kurzen Auszug wird die Situation der Angehörigen gut beschrieben. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Erlebte und die Schwierigkeiten ebenfalls für Menschen gelten, die nicht berufstätig sind. Es ist daher wichtig Rahmenbedingungen zu schaffen, um das Gleichgewicht im Leben der Angehörigen sicherzustellen.²⁶

Finanzierung der zusätzlichen Mittel
Hilfsmittel wie Pflegebetten, druckreduzierende Matratzen, Gehhilfen, Nachtstühle, etc. sind wichtig, damit eine Patientin,

26 EFD, Ansprache von Bundespräsidentin Eveline Widmer-Schlumpf zum Tag der Kranken (4. März 2012): „Beruf und Pflege – wie schaffe ich bloss beides?“
<http://www.efd.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/00467/index.html?lang=de&msg-id=43641>

ein Patient zu Hause betreut und gepflegt werden kann. Die Abgabe von solchen Hilfsmitteln ist im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) geregelt. Gemäss Art. 21 übernimmt die Invalidenversicherung (IV) die Kosten für Hilfsmittel im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste. Wenn die täglichen Aktivitäten durchgehend eingeschränkt sind und die betroffene Person zu Hause lebt, gewährt die IV eine Hilflosenentschädigung (dies jedoch erst ab einem Jahr). Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen können Ergänzungsleistungen beantragen. Trotz des rechtlichen Rahmens erwähnen die Leistungserbringer Finanzierungsprobleme für Situationen am Lebensende (durchschnittlich zwischen 40 und 50 Tagen), die sich schnell ändern und von grossen Wechseln zwischen stabilen und instabilen Phasen und dem Komplexitätsgrad geprägt sind. Wenn die Finanzierung der personellen und technischen Mittel nicht frühzeitig geregelt wird, können die Betroffenen und ihre Angehörigen mit grossen, teilweise unüberwindbaren Kosten konfrontiert sein. Ein Leistungserbringer stellt fest, dass ein Zahlungsrückstand bei der Kostenübernahme eine grosse Belastung für die Patienten und ihre Familien darstellt, und Patienten

sich nicht selten für eine Hospitalisation entscheiden, um der Familie diese Sorgen zu ersparen. Zudem prangern die Leistungserbringer den Interpretationsspielraum der Versicherer bei der Rückerstattung gewisser Leistungen an, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Erwähnt werden unter anderem die Übernahme von Grippe-Nadeln und Port-A-Cath-Nadeln, die kürzlich von der MiGel gestrichen wurden.²⁷ Die Uneinlichkeit bei der Rückerstattung schaffe eine Behandlungsungleichheit in den verschiedenen Regionen der Schweiz. Dieses Beispiel kann angesichts der Komplexität und des Umfangs der finanziellen Fragen als Detail angesehen werden, nichtsdestotrotz scheint diese Art von Details in der Praxis problematisch zu sein. Die Leistungserbringer stellen fest, dass die bestehenden Schwierigkeiten bei der Finanzierung von Leistungen wie Nachtwachen und zusätzlichen Hilfsmitteln häufig dazu führen, dass die Behandlung und Pflege der Patientinnen und Patienten aus Kostengründen eher im Spital durchgeführt werden.²⁸ Aus dem Blickwinkel der Versorgungsplanung wirft dies Fragen auf, weil bekannt ist, dass „Hospitalisationen und Akutpflege den Grossteil der von der öffentlichen

Hand übernommenen Gesamtkosten am Lebensende ausmachen.“²⁹ Dies entspricht indessen nicht unbedingt dem Willen des Patienten und seiner Angehörigen. Gleichzeitig ist im Zuge der Förderung einer ganzheitlichen Behandlung mit angepassten und patientengerechten Angeboten in Palliative Care die Vernetzung notwendig, nur so wird ein gerechter Zugang für die gesamte Bevölkerung sichergestellt. Dies wird von den Ergebnissen der Studie von Costantini et al. bestätigt, für die „ein gutes Palliative-Care-System im ambulanten Bereich (Spitex, Unterstützungsdienst, Fallmanagement) es erlaubt, eine gewisse Anzahl von Hospitalisationen zu verhindern.“³⁰ Die finanziellen Aspekte betreffend zeigt die in Kanada durchgeführte Studie von Guerriere et al., dass ein Grossteil der Kosten der Pflege zu Hause (70%) von Privaten getragen wird (Angehörige) und der öffentliche Sektor sich nur mit rund 26% daran beteiligt.³¹ Es muss untersucht werden, ob sich die Situation in der Schweiz ähnlich darstellt und inwieweit die Möglichkeit, zu Hause zu wohnen, von finanziellen Schwierigkeiten erschwert wird. Situationen am Lebensende müssen besonders untersucht werden, um zu bestimmen, ob die bestehenden Massnahmen angemessen sind und um gegebenenfalls Lösungsvorschläge auszuarbeiten.

4.2.2 Leistungen in Pflegeheimen

Die neue Pflegefinanzierung ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Sie regelt die Aufteilung der Pflegekosten und deren Übernahme durch die Krankenversicherung, durch die Versicherten und die Kantone. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen fixen, nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die ärztlich verordneten Pflegeleistungen. Die hauptsächlichsten Schwierigkeiten, die von den Leistungserbringern in Pflegeheimen gemeldet werden, betreffen den Zeitaufwand: für die erforderliche Pflege, für die Einstufung einer Pflegesituation, sowie bei einem Todesfall. Die Situationen werden nachfolgend beschrieben.

Bedarfsabklärung

Pflegeleistungen, die den maximalen Beitrag pro Tag überschreiten
Gemäss der Erhebung über den Pflegeaufwand „Reconnaissance des prestations de soins infirmiers et d'assistance données en EMS“ des Waadtländer Pflegenetzwerks (ARC) und ASCOR gibt es gewisse Pflegesituationen, die annähernd 1000 Pflegeminuten pro Tag oder sogar darüber hinaus verlangen.³² Gemäss den für die vorliegende Broschüre befragten Leistungserbringern sind Bewohnerinnen und Bewohner, die

27 BAG, Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGel)
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html?lang=de>

28 Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012, S.38

29 Walker, Hugh et al. (2011): Resource use and costs of end-of-life/palliative care: Ontario adult cancer patients dying during 2002 and 2003. In: *Journal of Palliative Care* 27:2, S. 79-88; Dumont, Serge et al. (2009): Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: a Canadian perspective. In: *Palliative Medicine* 23/8, S. 708-717

30 Costantini, M./Higginson, I.J./Boni, L. et al. (2003): Effect of a palliative care home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. In: *Palliative Medicine* 2003/17, S. 315-321

31 BAG (2011): Literaturanalyse zur Kosteneffektivität von Palliative Care

32 Laurent, F./Bourgeois, Y./Matthys, V. (2008)

mehr als 220 Pflegeminuten pro Tag erfordern, heute keine Ausnahme mehr. Europaweit beherbergen Pflegeheime für betagte Menschen immer mehr ältere Menschen, die schwere Krankheiten oder Behinderungen aufweisen.³³ Die demographische Entwicklung und der technische Fortschritt in der Medizin führen bei mehr Patienten mit chronischen Krankheiten zu komplexen Situationen am Lebensende. Dies wird in der Obsan-Studie „Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter“ bestätigt.³⁴ Diese Studie zeigt, dass die Zukunft der Pflege von betagten Menschen nicht nur von einem Anstieg der Anzahl betagter pflegebedürftiger Menschen geprägt wird, sondern dass auch eine Verlagerung stattfindet: Die älteren Menschen bleiben länger zu Hause und gehen erst in ein Pflegeheim, wenn der Pflegebedarf sehr hoch ist. Dies ist insbesondere bei Mehrfacherkrankungen und der damit verbundenen Behandlung der Fall. Die Bewohnerinnen und Bewohner in diesen Einrichtungen leiden unter verschiedenen Krankheiten, darunter Krebserkrankungen, aber auch Demenzerkrankungen, neurologische Leiden, Rheumatismus, etc. Multimorbidität und schwierige Symptom-

kontrolle führen zu einem erhöhten Pflegeaufwand. Laurent et al. erwähnen in der Studie „Reconnaissance des prestations de soins infirmiers et d'assistance données en établissements médico-sociaux“ für das Jahr 2007 im Kanton Waadt eine jährliche Rate von 30 Todesfällen auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner.³⁵ Auf der Grundlage der erhobenen Daten fanden die Autoren heraus, dass zwei von drei verstorbenen Personen vor dem Tod eine Krisensituation erlebten. In der letzten Lebensphase litten die Patienten häufig unter Schmerzen, Atembeschwerden, Atemnot oder Übelkeit. Dazu kommen oft psychische Beschwerden, wie Angstzustände oder Depression. Diese Situationen erfordern spezifische biomedizinische Kenntnisse und soziale Kompetenzen, die besonders qualifiziertes Personal nötig machen. In lebensbedrohlichen Krisensituationen können bis zu 18 Stunden Pflege pro Tag erforderlich sein (zeitweise gleichzeitiger Einsatz von mehreren Fachpersonen nötig). Allgemein schätzen nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die Organisationen der betroffenen Bereiche (Curaviva³⁶ und H+³⁷) die Begrenzung auf 12 Pflegestufen

als ungenügend ein, um die zusätzlichen Kosten der Personaldotation, des qualifizierten Personals, der Medikamente und Verlegungen abzudecken, die bei der Palliative Care Behandlung in komplexen und instabilen Situationen entstehen. Ein Leistungserbringer berichtet, dass er sich 2011 mit einer ganz neuen Situation konfrontiert sah: Neurologische Patienten und stark übergewichtige Patienten wurden von Pflegeheimen abgelehnt, da die heutigen Pflegebedarfsstufen den grossen Pflegeaufwand und die speziellen technischen Mittel nicht abdecken.³⁸ Diese Personen wurden schliesslich in ein Akutspital eingeliefert. Der Leistungserbringer kommt zum Schluss, dass eine solche Situation nicht richtig sei. Es müsste ohne die Erleidung finanzieller Einbussen möglich sein, Menschen in Pflegeheimen zu pflegen, für die der maximale Zeitbedarf der nächsthöheren Kategorie nicht ausreicht. Laurent et al. stellen die Hypothese auf, dass „die Gewichtung der Pflegetätigkeit nach Zeitaufwand zu einer Unterschätzung führt, da sie nicht genügend berücksichtigt, dass jede Pflegetätigkeit mehr Zeit erfordert, wenn es sich um einen Patienten in einer Krisensituation handelt (im Vergleich

zu einer stabilen, chronischen Situation).“³⁹ Die Gesundheitsfachpersonen in Pflegeheimen bemerken, dass das Krisenmanagement eine Neueinstufung der Situation im interdisziplinären Team verlangt, sowie die Erarbeitung von neuen Pflegezielen. Sie erwähnen ebenfalls den schwierigen, täglichen Umgang mit solchen anspruchsvollen Situationen. Laurent et al. konstatieren, dass „um Personen zu pflegen, die sich in einer Krisensituation befinden, Betreuende durch das aktuelle Finanzierungssystem verpflichtet werden, die Pflegezeit zu benutzen, die eigentlich für andere Bewohner vorgesehen wäre. (...) Angesichts des Einsatzes, den solche Situationen verlangen, verstehen wir die Infragestellung der Einrichtungen und das Gefühl, an die Grenzen ihrer Möglichkeiten gelangt zu sein, sowohl aus Sicht der Betreuenden wie auch der Finanzen.“⁴⁰ In Pflegeheimen kann daher der Zugang zu Palliative Care gehemmt sein. Diese sind regelmässig mit instabilen und komplexen Krisensituationen besonders am Lebensende konfrontiert, welche äusserst zeitaufwändig sind und den Einsatz von spezialisierten Palliative-Care-Fachpersonen verlangen.

33 Pott, M., Debons, J. (2011): Mourir en institution: impact sur le vivre-ensemble. Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé, Lausanne, Schweiz. Im Rahmen des 1.international frankophonen Kongresses der Palliative Care und Betreuung, 17ter Kongress der SFAP A la rencontre de nos diversités, Vom 28. bis 30 Juni 2011 im Centre Cité in Lyon
<http://congres.sfap.org/sites/default/files/pdf/Lyon2011/actes2011.pdf>

34 Höglinger, François, Bayer-Oglesby, Lucy, Zumburn, Andrea (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, S. 136
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4340>

35 Laurent, Françoise, Bourgeois, Yvan, Matthys, Vincent (2008): Reconnaissance des prestations de soins infirmiers et d'assistance données en EMS lors de situations de crise caractérisée par un pronostic vital menacé. 2.Phase: Pilotprojekt 2009, S. 37
http://www.reseau-ascor.ch/Rapports/equipe_mobile/Etude_SP_20_decembre_08.pdf

36 Curaviva Schweiz (2011): Stellungnahme von Curaviva Schweiz zur Anpassung von Artikel 7 KLV

37 H+ (2011): Anhörungsantwort von H+ zur Anpassung von Artikel 7 der Krankenpflege- Leistungsverordnung KLV

38 Amyotrophe Lateralsklerose

39 Laurent et al. (2008), S. 37 http://www.reseau-ascor.ch/Rapports/equipe_mobile/Etude_SP_20_decembre_08.pdf

40 ibid, S. 44

Neueinstufung bei Krisensituationen

Unter den Schwierigkeiten, die die Leistungserbringer nennen, werden die Bedingungen und nötigen Zeiträume erwähnt, um bei Krisen eine Neueinstufung der Situation vorzunehmen. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Art, wie die Einstufung geregelt wird, für stabile Situationen vorgesehen ist und bei einer Verschlechterung mehrere Wochen vergehen, bevor eine neue Einstufung gewährt wird. Ein Patient am Lebensende in einer Krisensituation benötigt die Erbringung von intensiveren Leistungen der Palliative Care, wenn auch nur für eine kurze Zeit, diese werden aber über eine tiefere Kategorie abgerechnet als seine tatsächliche Behandlung verlangt. Dieser Unterschied zwischen dem Zeitpunkt, zu dem die Pflege erfolgt und dem Zeitpunkt, zu dem die Pflege finanziert wird, kann zu Problemen bei den finanziellen und personellen Mitteln des Pflegeheims führen. Dies wird bekräftigt durch Laurent et al.: „Für ‚kurze‘ Krisenphasen stellt die schnelle Veränderung der Situation bei der Neueinstufung ein Problem dar, umso mehr als sie häufig mit dem Tod endet (5 bis 7 Tage zwischen Beginn der Krise und dem Tod).“⁴¹ Sie zeigen, dass eine Krisensituation, auch wenn sie nur sehr kurz ist, spezifische Kennt-

nisse und eine entsprechende Verfügbarkeit des Teams verlangt. Zudem zeigen die in der Untersuchung erhobenen Daten eindeutig, dass „die Mehrheit der Kranken vor dem Sterben eine solche Krise durchleben.“⁴²

Zeitbedarf im Todesfall

Mit dem Zeitbedarf im Todesfall ist die postmortale Pflege gemeint, die Begleitung der Familie inklusive dem Abholen der persönlichen Gegenstände, der Abschied der Betreuenden vom verstorbenen Menschen und die Vorbereitungen für die Aufnahme eines neuen Bewohners, einer neuen Bewohnerin. Verschiedene Pflegeheime sind sich einig, dass dafür rund 72 Stunden nötig sind. Die Heime machen auf die finanziellen Schwierigkeiten aufmerksam, die dadurch entstehen, dass das Zimmer leer steht und keine Pflegeleistungen mehr verrechnet werden können, obwohl es wichtig ist, dass dieses Bett nicht sofort wieder belegt wird. Laurent et al. machen ebenfalls aufmerksam, dass „in Betracht gezogen werden [muss], dass ein Pflegeteam, das mit dem Tod eines Bewohners konfrontiert ist, für den Austausch über die durch den Tod und das Leid hervorgerufenen Fragen unterschiedlich viel Zeit benötigt.“⁴³

Beispiele kantonaler Umsetzung

Der Kanton Neuenburg splittet Stufe 12 in 5 Unterstufen, dabei wurden 4 Unterstufen à 20 Minuten und eine 5. Stufe, die bei 300.01 Minuten beginnt, hinzugefügt.⁴⁴ Für die Fälle, die 300 Minuten übersteigen, wird die kantonale Finanzierung individuell in Abhängigkeit der von jedem Bewohner benötigten Pflegeminuten berechnet. Beispielsweise: 350 Minuten à Fr. 0.74. Dies ergibt Fr. 259.- pro Tag. Davon abgezogen wird der Anteil der Versicherer in der Höhe von Fr. 108.- und der Anteil des Bewohners in der Höhe von Fr. 21.60. Der Kantonsanteil beträgt damit 129.40. Der Kanton Graubünden hat die Pflegestufen für Pflegeheime von 12 auf 16 erhöht. Die Bewohner, die viel Pflege und Palliative Care benötigen, können im Heim betreut und gepflegt werden. Die Beiträge der OKP und die Kostenbeteiligung der Bewohner bleiben in den Zusatzstufen konstant. Die Restkosten von Fr. 126.00 (Stufe 13) bis Fr. 297.00 (Stufe 16) werden von der öffentlichen Hand getragen (75% Gemeinden, 25% Kanton).

Im Kanton Thurgau erhalten die Pflegeheime zusätzliche Beiträge für Restkostenfinanzierung, falls sie zertifiziert sind (5% über anrechenbare Kosten). Einige Pflegeheime haben eigene Palliative Care Konzepte erarbeitet und streben eine Zertifizierung an.

Um Krisensituationen in Pflegeheimen auszugleichen, finanziert der Kanton Waadt in eindeutig festgelegten Situationen eine zusätzliche Pflegehilfe zur Unterstützung, die jedoch nicht für die Betreuung des Patienten in einer Krise eingesetzt wird. Die Verantwortung bleibt beim Pflegeteam. Nach den ersten sieben Tagen wird davon ausgegangen, dass die Situation sich zu einer „langfristigen“ Situation entwickelt. Es wird von den betroffenen Heimen verlangt, dass systematische Neueinstufungen vorgenommen werden.

4.2.3 Leistungen in sozialen Institutionen

Pflegeleistungen

Soziale Institutionen sind grundsätzlich im Sozialbereich und nicht im Gesundheitsbereich angesiedelt. In diesen Institutionen sind vor allem Betreuungsfachpersonen angestellt, die nicht über die Kompetenz verfügen, Pflegeinterventionen durchzu-

41 *ibid.*, S.43

42 *ibid.*, S.43

43 *ibid.*, S.44

44 Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique, NE

führen. Die Pflegepersonaldotation hängt von den Problemen ab, die die betreuten Menschen haben.

Je nach Kanton gibt es unterschiedliche Vorgaben, die die Finanzierung von Pflegeleistungen in Institutionen für Menschen mit einer Behinderung (psychisch, sinnesbezogen, Mehrfachbehinderung, Abhängigkeit, etc.) regeln.

Gemäss CURAVIVA rechnen verschiedene Institutionen ihre Pflegeleistungen mittels BESA oder RAI ab. Dadurch befinden sie sich in der gleichen Situation wie die Pflegeheime. Auch sie können in komplexen und instabilen Situationen und am Lebensende nicht alle Leistungen in Rechnung stellen.

Beispiele kantonaler Umsetzung

Im Kanton Wallis werden das Organigramm, die Personaldotation (Administration, Betreuung, Pflege) und die Abgeltungsbedingungen systematisch durch Departementsentscheide anerkannt. Wenn Palliative Care nötig ist, wird sie vom Pflegepersonal der Institution durchgeführt (Pflegefachpersonen, etc.). Diese wird vom Kanton finanziert (Sozialwesen) und nicht vom Gesundheitswesen (Versicherer/Kanton). Die Institution kann, falls nötig, externe Fachpersonen anfordern. Die Kosten des Pflegepersonals werden in das Gesamtbudget einbezogen und

teilweise vom Pensionspreis⁴⁵ und grösstenteils durch kantonale Subventionen für das Sozialwesen gedeckt.⁴⁶

Im Kanton Waadt bestehen keine expliziten Regeln über die Finanzierung von medizinischen oder pflegerischen Leistungen. Auch wenn die Betreuenden dieser Einrichtungen oft Palliative Care verabreichen, werden sie dafür nicht abgegolten. In komplexen (Krisen-) Situationen (Palliative Care oder psychiatrische Dekompensation) können die Institutionen eine Verstärkung der Dotation bei der Dienststelle für Fürsorge und Sozialwesen beantragen. Zwischen den verschiedenen betroffenen Kreisen wird aktuell eine Diskussion über den möglichen Einsatz von Spitex-Organisationen in sozialen Institutionen in besonderen Situationen geführt.⁴⁷

Im Kanton Waadt werden Institutionen für Kinder mit einer Behinderung wie Sonderschulen behandelt und nicht wie Lebensräume, auch wenn die Kinder im Internat leben. Diese Institutionen haben keinen Auftrag für Palliative Care. Falls die Situation eines Kindes Palliative Care erfordert, empfiehlt die Aufsichtsbehörde, sich nach den Wünschen der Eltern zu richten (oder der gesetzlichen Vertreter), um ein Palliative-Care-Protokoll anzuwenden; einmal erstellt, wird es

von einem pädiatrischen medizinischen Dienst in Übereinkunft mit den Eltern bewertet. Bei der Begleitung am Lebensende entscheiden die Eltern über den Pflegeort. Daheim oder das Spital sind die am häufigsten gewählten Orte.⁴⁸ Mit Ausnahme von einer oder zwei Situationen (eine Institution im Tessin beispielsweise) verfügt keine der Institutionen für behinderte Menschen über eine Konkordatsnummer und damit über eine direkte Finanzierung für medizinische und pflegerische Leistungen.⁴⁹

4.2.4 Pädiatrische Palliative Care

Wenn Kinder Palliative Care benötigen, handelt es sich angesichts der spezifischen pädiatrischen Bedürfnisse grundsätzlich um komplexe Situationen (Entwicklungsaspekt bei Kindern, Kommunikation sowie Einbezug der Eltern und die Auswirkungen auf Geschwister).⁵⁰

Beispiele kantonaler Umsetzung

Im Kanton Waadt wurde vor sechs Jahren ein mobiler pädiatrischer Palliativdienst gegründet.⁵¹ Das pädiatrische mobile Angebot (Palliativ-Konsiliardienste und mobile Palliativdienste) interveniert in zweiter Linie zu Hause, im Spitalbe-

reich (Universitäts- und Regionalspitäler) und in Institutionen für Kinder mit einer Behinderung. Der Auftrag des Dienstes besteht darin, die Betreuenden der Grundversorgung (Pflegeteams, Pädagogen, Betreuer) zu beraten, zu unterstützen und auszubilden. In gewissen Situationen übernimmt sie die Koordination zwischen allen in die Betreuung involvierten Partnern. Sie kommt bei Beratungen für Kinder und Familien immer in Zusammenarbeit mit den Betreuenden der Grundversorgung zum Einsatz. Die Leistungen des Dienstes können nicht in Rechnung gestellt werden.

Wenn ein Kind in einer palliativen Situation medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause benötigt, werden die Leistungen gemäss der Konvention von santésuisse als ambulante Pflege der Invaliden- oder der Krankenversicherung in Rechnung gestellt.

In Folge einer Umfrage bei Trauerfamilien im Jahr 2004 können Eltern, die ein Kind verloren haben, seit 2007 von den Fachpersonen, die das Kind bis zum Lebensende gepflegt haben, Unterstützung erhalten. Diese Unterstützung wird vom pädiatrischen Palliativdienst des CHUV

45 Zu Lasten der Palliative Care und damit der Kantone/Gemeinden seit Umsetzung NFA

46 Dienststelle für Sozialwesen des Kanton Wallis

47 Etat de Vaud, département de la santé et de l'action sociale, service de la santé publique

48 P. Fahrni, Infirmière coordinatrice, Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien – DMCP Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) du CHUV

49 Dienststelle für Sozialwesen des Kanton Wallis

50 BAG und GDK (2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care

51 P. Fahrni, CHUV

angeboten. Der Palliativdienst bietet Klarheit, kann den Trauerprozess erklären und spezifische Bedürfnisse der Eltern erkennen und diese an weitere Stellen leiten, die ihnen helfen können.⁵² Die Unterstützung wird vom CHUV finanziert. Im Rahmen der Hospize im Kanton Tessin gibt es ein Angebot für pädiatrische Palliative Care. Es handelt sich um eine Unterstützung in zweiter Linie. Das Angebot besteht in enger Zusammenarbeit mit der Kinderspitex und der Pädiatrie in Bellinzona. Aufgrund der kleinen kritischen Masse kommt sie jedoch nur selten zum Einsatz. Aus diesem Grund ist es bis jetzt kaum möglich gewesen, diese Einsätze zu institutionalisieren. Im Kinderspital Zürich wurde 2008 ein Kompetenzzentrum für Pädiatrische Palliative Care geschaffen.

4.2.5 Hausärztinnen und Hausärzte

Das Behandlungsmodell von Patienten mit unheilbaren Krankheiten und/oder einer fortgeschrittenen chronischen Krankheit verlangt ein gemeinsames Vorgehen der Leistungserbringer, sowohl ambulant als auch im Spital. Wenn der Patient ambulant behandelt wird, figuriert normalerweise der Hausarzt als Case Manager.

Gemäss der Stellungnahme der Tarifgruppe von „Hausärzte Schweiz“, die explizit für die Tariffragen im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care erarbeitet wurde, besteht eine Unterdotierung von kommunikativen und nicht apparativen Leistungen. Gerade diese Leistungen sind aber in der Grundversorgung unheilbar kranker, chronisch kranker und sterbender Patienten wichtig. Bei der Tarmed Finanzierung stellen sich hauptsächlich folgende Probleme:

- Bei Hausbesuchen gibt es Limitationen. Komplex kranke Menschen benötigen regelmässige, häufige und im Schnitt längere Hausbesuche.
- Das Vorgehen und die notwendige Zeit ist sehr wichtig, um Entscheide wie die Beendigung von lebensverlängernden Massnahmen zu treffen, besonders bei Patienten, deren Krankheitssituation instabil ist (beispielsweise ALS-Patienten).
- Patientenverfügungen, die im Detail die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten für die Behandlung enthalten, stellen ein wichtiges Instrument für die Leistungserbringer dar, um die Selbstbestimmung des erkrankten Menschen sicherzustellen und die Behandlung optimal zu planen. Es braucht Zeit und eine umfassende Beratung, um eine Patientenverfügung

detailliert auszufüllen. Mit dem Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzrechts am 1. Januar 2013 wurde der verbindliche Charakter der Patientenverfügung definitiv auf Bundesebene festgelegt.

Eine Tarmed-Revision ist im Gange, die auch das Kapitel über Schmerzbehandlung betreffen wird.

4.3 Leistungen der spezialisierten Palliative Care (ambulanter Bereich und Langzeitpflege)

4.3.1 Leistungen der mobilen Palliativdienste

Die mobilen Palliativdienste unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung. Sie sind beratend und anleitend tätig und bieten ihre Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Sie tragen dazu bei, dass Patientinnen und Patienten mit instabilen Krankheitssituationen zu Hause oder im Pflegeheim bleiben können und ihre Symptome optimal behandelt bzw. stabilisiert werden.

Wenn nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart wird, bleibt die Verantwortung der Behandlung bei den Betreuenden der Grundversorgung. Auf Anfrage beteiligt sich

der mobile Palliativdienst in festgelegten Situationen direkt an der Betreuung der Patienten.

Zum heutigen Zeitpunkt sind die Verantwortlichkeiten, Organisationsstrukturen und Aufträge der mobilen Palliativdienste noch nicht überall geregelt und unterscheiden sich regional.

In der Westschweiz und im Tessin sind die Dienste grundsätzlich „in zweiter Linie“ tätig und wenden sich nicht direkt an die Patienten.

Die Deutschschweiz kennt gemischte Formen, bei der die spezialisierte Palliative Care relativ häufig in den Aufgabenbereich der mobilen Palliativdienste der Grundversorgung fällt (beispielsweise spitalexterne Onkologiepflege SEOP).

Die Leistungen der Pflegenden in der Grundversorgung sind KVG-anerkannt. Sie werden von den Krankenversicherern übernommen, wenn die Leistungserbringer vom Kanton anerkannt sind und die Bedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen. Ein Grossteil der Leistungen der mobilen Palliativdienste, die in „zweiter Linie“ tätig sind, sind nicht Leistungen im Sinne der OKP. Deshalb erfolgt die Abgeltung nicht über das KVG, sondern die Leistungen müssen über

52 Ganière, J., Fahrni-Nater, P. (2011): Le soutien postdécès des familles: un modèle pour les professionnels qui ont soigné l'enfant en fin de vie. Equipe soins palliatifs pédiatriques du canton de Vaud, Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne, Schweiz. Im Rahmen des 1. internationalen frankophonen Kongresses der Palliative Care und Betreuung, 17ten Kongress der SFAP A la rencontre de nos diversités, Vom 28. bis 30 Juni 2011 im Centre Cité in Lyon

Leistungsverträge mit Kantonen/Gemeinden finanziert werden.

Als Leistungen, die nicht unter die OKP fallen, werden folgende erwähnt: Koordinationstreffen mit oder ohne Patient und Familie, Wegzeiten, telefonischer Kontakt mit dem Patienten, seiner Familie oder Fachpersonen, Erstellen von Patientendokumentationen, psychologische Unterstützung für Angehörige, Pflgeteams und, in besonderen Situationen, für Lehrkräfte, die mit einer schweren Krankheit oder einem Todesfall in der Klasse konfrontiert sind.

Obwohl der Nutzen mobiler Palliativdienste anerkannt ist, ist ihre Finanzierung in der Schweiz noch nicht einheitlich geregelt, wie die untenstehenden Beispiele zeigen.

Eine Literaturreview von Candy (2011) zeigt den unbestrittenen Nutzen dieses Angebots auf: Die im Rahmen von „hospice care“ zu Hause betreuten Patienten wurden im Vergleich zu Patienten mit regulärer Versorgung weniger oft hospitalisiert und verstarben auch weniger oft im Spital.⁵³ Spitalaufenthalte waren zudem kürzer und es gab weniger Notfallhospitalisationen. Die Kosten der „hospice care“-Versorgung zu Hause waren pro Person und Tag ein Drittel geringer als bei der regulären Versorgung, bedingt durch eine geringere Inanspruchnahme von medizinischen Hilfsmitteln, Labortests etc.⁵⁴

Diese Ergebnisse werden in der Studie von Hammer (2009) bestätigt, die Einsparungen für die öffentliche Hand durch weniger Spitaleinweisungen und Vermeidung von Kosten für Notfalleinsätze ermittelte.⁵⁵ Leistungserbringer erwähnen zudem als Schwierigkeit, dass der Bedarf an spezialisierter Behandlung in komplexen und instabilen Situationen nicht erkannt wird und der Nutzen der mobilen Palliativdienste nicht bekannt ist.

Zugang zu spezialisierter Palliative Care in Pflegeheimen

Die Leistungserbringer bemerken, dass Pflegeheime (mit Ausnahme einiger Kantone) die mobilen Palliativdienste nur selten oder gar nicht in Anspruch nehmen. Dies obwohl Heime häufig viele Bewohner haben, deren Pflege aufgrund ihrer Polymorbidität und Polysymptomatologie anspruchsvoll ist. Dafür gibt es mehrere mögliche Gründe.

Erstens muss berücksichtigt werden, dass Pflegeheime Lebensräume anbieten. Sie sind jedoch immer öfter auch der Ort an dem die Bewohner sterben. Dies bedeutet, dass die Begleitung am Lebensende oft im Zentrum der fachlichen Betreuung steht, auch wenn dies nicht immer so gesehen wird.

Zweitens ist zu vermuten, dass die Betreuenden der Grundversorgung sich nur an den mobilen Palliativdienst wenden, wenn die Situation ihre eigenen Kompetenzen übersteigt und die Fachkenntnis von Spezialisten erfordert.

Drittens ist es notwendig, dass Situationen, in denen die Symptome auf einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care hinweisen, korrekt eingeschätzt werden. Dies bedingt entsprechende Kompetenzen bei den Fachpersonen.

Schliesslich werden auch Finanzierungsprobleme erwähnt. Ausser in den Kantonen, die die Finanzierung der mobilen Palliativdienste, die in zweiter Linie tätig sind, regeln, müssen die Einsätze dieser Palliativdienste über die Tagespauschale des Patienten finanziert werden. Der Zugang zu dieser spezifischen Unterstützung und allgemein zu einer angemessenen Betreuung in komplexen Situationen wird gebremst oder sogar verhindert, weil keine Anreizmassnahmen und damit nicht genügend spezialisierte Fachkenntnisse vor Ort vorhanden sind.

Zugang zu spezialisierter Palliative Care im Bereich der Spitex-Organisationen

Auch im ambulanten Bereich wird die Finanzierungsproblematik erwähnt. Die Schwierigkeit bei der Zusammenarbeit scheint

grösser zu sein als in den Pflegeheimen, einige Leistungserbringer erwähnen sogar ein gewisses Konkurrenzverhalten. Diese Situation tritt besonders auf, wenn der mobile Palliativdienst in der Grundversorgung zum Einsatz kommt.

Häufig steht den Gemeinden ein Gesamtbudget für die Spitex zur Verfügung, mit der Folge, dass kleine Gemeinden mit begrenzten finanziellen Möglichkeiten auf spezialisierte Organisationen verzichten. Es wird zudem vermutet, dass die oben genannten Punkte betreffend dem Bildungsgrad und der beruflichen Erfahrung ebenfalls für den ambulanten Bereich gelten.

Einige Leistungserbringer weisen darauf hin, dass die Instrumente für die Einstufung des Pflegebedarfs für die Probleme und Bedürfnisse von Menschen in Palliativsituationen nicht detailliert genug sind. Dabei könnte schneller erkannt werden, ob zielgerichtete Massnahmen oder sogar der Beizug einer spezialisierten Fachperson nötig sind. Erwähnt wird zudem, dass konstruktive Zusammenarbeit ebenfalls von der Grösse der Spitex-Organisation abhängt.

Bei den Pflegeleistungen, die in Rechnung gestellt werden können, wie beispielsweise Beratungen zu Hause oder besondere Pflegeberatung werden Probleme der doppelten Rechnungsstellung zwischen den „regu-

⁵³ Candy, B. et al. (2011): Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. In: International Journal of Nursing Studies 48, S. 121-133

⁵⁴ Bundesamt für Gesundheit (2011): Literaturanalyse zur Kosteneffektivität von Palliative Care

⁵⁵ Hammer, Thomas (2009): Kostenanalyse der palliativmedizinischen Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung in Sachsen, Universität Leipzig, Dissertation

4. Palliative Care als Versorgungskonzept

lären“ und den spezialisierten Betreuenden der Grundversorgung erwähnt. Die von den Leistungserbringern erwähnten Elemente weisen darauf hin, dass in einigen Regionen Unklarheit über die Zuständigkeiten besteht und keine klar definierten Leistungsaufträge im Rahmen einer globalen Strategie vorliegen. Dadurch wird die Vernetzung der Palliative Care im ambulanten Bereich erschwert. Die betroffenen Einzugsbereiche könnten sich vorstellen, überregionale oder sogar interkantonale Angebote zu schaffen.

Beispiele kantonaler Umsetzung

Im Jurabogen (Kantone Jura, Neuenburg und französischsprachiger Teil des Kantons Bern) wurde am 1. Januar 2012 der mobile Palliativdienst BEJUNE (EMSP BEJUNE) geschaffen.⁵⁶ Die Tätigkeit des mobilen Palliativdienstes BEJUNE verteilt sich auf drei Standorte (eine Filiale pro Kanton). Er kommt ausschliesslich in zweiter Linie zum Einsatz, sei es im Spital, Pflegeheim oder auf Anfrage der Spitex oder des Hausarztes auch beim Patienten zu Hause. Die drei Kantone bilden eine interkantonale Vereinigung, zu welcher der mobile Palliativdienst BEJUNE gehört und der ausschliesslich von diesem finanziert wird. Die medizinischen

Leistungen werden den Versicherern in Rechnung gestellt. Er ist unabhängig von anderen Gesundheitsinstitutionen der Region, bildet aber Synergien mit den Palliativstationen des Spitals Neuenburg und La Chrysalide in La Chaux-de-Fonds, die Neuenburger Filiale ist beispielsweise in deren Lokalitäten untergebracht. Der mobile Palliativdienst BEJUNE bietet Fortbildungen für die Betreuenden der Grundversorgung an. Der Kanton Freiburg baut das ursprüngliche Projekt „Voltigo“ der Freiburger Krebsliga aus.⁵⁷ Es hat den Aufbau eines Netzwerkes zur Unterstützung, Rehabilitation und Palliative Care für Krebsbetroffene im Kanton Freiburg zum Ziel. Ein Teil des Projektes besteht in der Schaffung eines mobilen Palliativdienstes und eines Palliativ-Konsiliardienstes im Spital. Die Diskussionen über die künftigen Finanzierungsmodalitäten sind noch im Gange. Im Kanton Genf hat der Regierungsrat am 22. Februar 2012 ein Entwicklungsprogramm Palliative Care 2012-2014 verabschiedet. Das Programm gehört zu den Legislaturzielen der Regierung und will den Zugang zu Palliative Care (für alle) garantieren. Das Pflegeangebot wird mit der Eröffnung einer „unité de soins palliatifs communautaire (USPc)“ erwei-

tert, die über eine Vereinbarung zwischen den Hôpitaux universitaire de Genève und der „Fondation des services d'aide et de soins à domicile“ geregelt wird. Die Koordination der Betreuenden zu verbessern, die Anzahl der ausgebildeten Partner zu erhöhen, die Fortbildungen nach nationalen Vorgaben zu harmonisieren sowie die Bevölkerung über bestehende Angebote zu informieren gehören zu den Schwerpunktaufgaben. Dem Genfer Netzwerk für Palliative Care bietet die USPc Evaluation, Beratung, Unterstützung, Supervision und Leitung an. Sie kommt auf Anfrage der Gesundheitsfachpersonen zum Einsatz, von Patienten und ihrem Umfeld. Im Kanton Graubünden wird ein Projekt „Palliativer Brückendienst“ lanciert. Der Brückendienst wird operativ vom Kompetenzzentrum des Kantonsspitals Graubünden geführt und wird in den Regionen durch mehrere kompetente Fachteams ergänzt. Der Leistungsauftrag und die Betriebsbewilligung werden durch den Kanton an eine bereits anerkannte Spitex Organisation erteilt. Damit wird der Brückendienst in organisatorischer, administrativer und finanzieller Hinsicht einem Spitex Dienst mit kommunalem Auftrag gleichgestellt.

Das Palliative Netzwerk Kanton Solothurn (palliativecare-so.ch) hat beim Lotteriefonds ein Finanzierungsgesuch für ein Pilotprojekt zur verbesserten Vernetzung der verschiedenen Beteiligten der Palliative Care von Patienten im ambulanten Bereich eingereicht. Nach Abschluss des Projekts wird entschieden, ob die Vereinigung einen fixen Leistungsauftrag erhält, der vom Kanton beziehungsweise vom ordentlichen Budget des Innendepartements finanziert würde. Der Kanton Tessin kennt schon seit 20 Jahren ein entsprechendes System: das Hospice Ticino kommt in zweiter Linie zu Hause und der Servizio di Cure Palliative in zweiter Linie in Spitälern zum Einsatz.⁵⁸ Diese zwei Strukturen haben auch einen Bildungsauftrag am Krankenbett, um die Qualität der „primary care givers“ nachhaltig sicherzustellen. Die Leistungen des Hospice Ticino werden wie die kantonalen Spitex-Organisationen subventioniert (80% Gemeinden und 20% Kanton). Das Hospice Ticino hat ein Jahresbudget von rund 1.3 Millionen Franken, wovon rund 1 Million gedeckt ist, der Rest wird über Spenden finanziert. Im Spital wird der Servizio di Cure Palliative von demselben finanziert.

⁵⁶ Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique, NE, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, Office des hôpitaux République et Canton du Jura, Service de la santé publique

⁵⁷ Direktion für Gesundheit und Soziales, Amt der Gesundheit GeSA, FR

⁵⁸ Neuenschwander H, Gamondi C, (2012): Palliative Care im Netzwerk - Erfahrungen aus 20 Jahren am Beispiel Tessin. In: Therapeutische Umschau, 2012; 69(2): 126-131

4. Palliative Care als Versorgungskonzept

Im Kanton Thurgau besteht seit Mai 2011 ein mobiler Palliativdienst „Palliative Plus“, dessen Leistungen vollständig vom Kanton finanziert werden. Das Team setzt sich aus erfahrenen Pflegefachpersonen des Kantonsspitals Münsterlingen und der Krebsliga Thurgau zusammen, bei medizinischen Fragen ist ein Palliativ-Arzt rund um die Uhr im Hintergrund verfügbar. Palliative Plus berät und unterstützt Spezialisten wie Hausärzte, Spitex-Organisationen und Pflegeheime bei der Behandlung, Betreuung und Pflege von schwer kranken Menschen, ob zu Hause oder in Einrichtungen. Palliative-Care-Beratung wird auch in weiteren Einrichtungen und Spitälern des Kantons angeboten. Das Team ist via Helpline telefonisch rund um die Uhr erreichbar, ein Besuch vor Ort ist, wenn nötig, ebenfalls möglich. Im Kanton Uri gibt es für den Bereich Palliative Care keine besondere oder separate Finanzierung von Seiten des Kantons.⁵⁹ Die öffentliche Hand spricht im Moment keine speziellen Beiträge an die Kosten der Palliative Care. Der Kanton übernimmt hingegen die Pflegekosten der Spitex-Organisationen und die Gemeinden die Pflegekosten

der Pflegeheime. Der Kanton deckt damit gewisse Palliative Care-Leistungen, die nicht der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden können. Im Kanton Wallis sind die mobilen Palliativdienste integraler Bestandteil des Kompetenzzentrums für Palliative Care des Spital Wallis und werden über den Kanton finanziert.⁶⁰ Sie kommen in komplexen und instabilen Situationen in zweiter Linie zum Einsatz. Im Kanton Waadt sind die mobilen Palliativdienste in die Pflegenetze integriert und werden vollständig vom Kanton finanziert. Der Kanton Zug gewährt einen jährlichen Beitrag an die Palliative Gesellschaft Zug, gestützt auf Artikel 54 des Gesundheitsgesetzes vom 30. Oktober 2008, um diese für Information, Übermittlung und Koordination im Bereich Palliative Care zu unterstützen.⁶¹ Der Beitrag wird ausbezahlt, wenn die vereinbarten Bedingungen eingehalten werden. Die Gemeinden des Kantons Zürich sind gesetzlich dazu verpflichtet, Palliative Care im ambulanten Bereich anzubieten. Sie können dies mittels eigener Spitex-Organisationen tun, die manchmal selber spezialisierte Palliative Care anbieten oder diese Aufgaben mittels Leistungs-

auftrag spezialisierten Organisationen übertragen (beispielsweise Onko Plus und Kinderspitex). Noch nicht alle Gemeinden haben den gesetzlichen Auftrag umgesetzt.

Perspektiven

Die Betreuenden der Spitex-Organisationen und Pflegeheime werden künftig mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung umgehen müssen und für mehr Menschen am Lebensende sorgen. Unheilbare und chronische Krankheiten im hohen Alter, aber auch Krebserkrankungen, neurologische Störungen oder chronische Krankheiten bei jungen Menschen nehmen zu. Dies hat zur Folge, dass für die Betreuenden künftig die Komplexität der Pflege zunehmen und das Erkennen von spezifischen Bedürfnissen von Patienten an Bedeutung gewinnen wird. Dies sind vor allem Patienten, die sich unter Umständen nur schwer ausdrücken können und umfassende medizinische Pflege über einen langen Zeitraum hinweg benötigen. Die von Schindler und Jaspers durchgeführte Analyse von empirischen Daten geht von der Annahme aus, dass 25% aller Menschen, die an einer Krebserkrankung sterben, in den letzten Lebensmonaten

komplexe Pflegesituationen durchleben, die von der konventionellen Pflege nur ungenügend betreut werden können und häufig zu notfallmässigen Hospitalisationen führen.⁶² Die verschiedenen hier aufgeführten Elemente führen zum Schluss, dass einerseits die Kompetenzen und Kenntnisse der Gesundheitsfachpersonen unterstützt und gefördert werden müssen, um eine qualitativ hochstehende Grundversorgung zu garantieren. Dazu gehören insbesondere eine Stärkung der Einschätzungskompetenz für eine patientengerechte Behandlung. Andererseits braucht es die Förderung der spezialisierten Palliative Care-Strukturen, darunter die mobilen Palliativdienste, damit die Betreuenden bei Bedarf auf Experten zurückgreifen können. Mehrere Leistungserbringer weisen darauf hin, dass dabei die Netzwerkarbeit sehr wichtig ist, um Konkurrenzsituationen zwischen den verschiedenen Anbietern zu vermeiden. Es braucht eine überregionale oder sogar interkantonale Denkweise mit klar definierten Verantwortlichkeiten, die einen gerechten, schnellen Zugang zu patientengerechter Palliative Care für den betreffenden Einzugsbereich sicherstellt.

59 Kanton Uri, Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion, Amt für Gesundheit

60 Dienststelle für Gesundheitswesen des Kantons Wallis

61 Kanton Zug, Gesundheitsdirektion, Medizinalamt und Kantonsärztlicher Dienst

62 Jaspers, B., & Schindler, T. (2004): Gutachten. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Zitiert in Peter Voll et al. (2010)

4.4 Schnittstelle ambulanter Bereich / Spital

Hier werden einige Elemente des Spitalbereichs erwähnt, auch wenn diese nicht das Thema dieser Broschüre sind. Sie spielen nichtsdestotrotz eine wichtige Rolle an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten Bereich und dem Spital und tragen wesentlich zur Kontinuität der Pflegekette bei.

4.4.1 Akut- und Übergangspflege

Die Leistungserbringer weisen darauf hin, wie wichtig es ist, dass während des ganzen Prozesses vom Eintritt bis zum Austritt eine umfassende patientengerechte Betreuung gewährt wird, insbesondere beim Übergang zwischen der Akutpflege und der Rehabilitation sowie bei einer Verlegung vom Spitalbereich in den ambulanten Bereich.

Die Leistungserbringer machen darauf aufmerksam, dass der spezielle Charakter des „Palliative-Care-Status“ eines Patienten nicht unterschätzt werden darf. Die Aufenthaltsdauer des Patienten ist unvorhersehbar und es kann sein, dass er sporadisch akute palliative Pflege benötigt. Sie bemängeln in diesem Zusammenhang die Begrenzung auf 14 Tage Übergangspflege.

4.4.2 Leistungen des Palliativ-Konsiliardienstes

Der Palliativ-Konsiliardienst umfasst ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulatorien und in zweiter Linie an die Patienten und deren Angehörige. Der Dienst ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung bei der Bewältigung komplexer Situationen von Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen an. Diese Leistung kann sowohl in Form einer einmaligen Beratung, als auch bei fortgesetzter Beratung im Sinne einer Liaison-Tätigkeit erfolgen.

Dadurch wird die Betreuung vor Ort verbessert und Patienten können gegebenenfalls aus der Akutabteilung im Spital entlassen und gezielt auf eine Palliativstation aufgenommen werden. Zahlreiche Studien bestätigen, dass Patienten, die auf diese Art beraten werden, viel tiefere Kosten verursachen als Patienten mit regulärer Versorgung.⁶³ Diese Einsparungen lassen sich unter anderem mit selteneren Aufenthalten auf der Intensivpflegestation, kürzeren Spitalaufenthalten, besserer Koordination der Pflege und Unterstützung sowie einer

Milderung der Schmerzen und anderen Symptomen erklären.

Der frühe Einsatz von Palliative Care führt nicht nur zu substantiellen Einsparungen, sondern vor allem auch zu einer besseren Patientenorientierung über die Angebote der Palliative Care.

Die Umsetzung dieser Strukturen harzt noch, unter anderem wegen der nicht leicht zu lösenden Finanzierungsfrage. Trotzdem haben einige Kantone eine Finanzierung geschaffen, die es erlaubt, solche Strukturen aufzubauen.

Beispiele kantonaler Umsetzung

Im Kanton Genf bieten die HUG zwei spezialisierte Einheiten in Palliative Care an, zwei mobile medizinische pflegerische Schmerz- und Palliativdienste, zwei Ansprechpersonen Palliative Care, eine spezialisierte Pflegefachfrau für Schmerzen und Palliative Care sowie für Begleitung in Palliative Care ausgebildete Freiwillige. Sie koordinieren die Palliative Care bereichsübergreifend, die eine Interessengruppe Palliative Care in Pädiatrie (interdisziplinär), eine gerontologische spitalexterne Abteilung und ein Seelorgeteam umfasst, mit dem Ziel, dass jeder Patient, der Palliative Care benötigt, Zugang zu diesen Angeboten erhält.

Im Kanton Thurgau wird in den zwei Akutspitälern (Münsterlingen und Frauenfeld) ein Beratungsdienst Palliative Care angeboten. Im Kantonsspital Münsterlingen werden Palliative Care-Beratungen von einem interdisziplinären Team (Palliative-Care-Ärzte und -Pflegefachpersonen) durchgeführt. Bei Bedarf werden weitere Fachpersonen beigezogen (Psychologie, Sozialdienst, usw.). Im Kantonsspital Frauenfeld werden Patienten, die Palliative Care benötigen, von einem erfahrenen Pflege team begleitet, die als Liaison dienen. Bei dringenden Fragen ist das Team „Palliative Plus“ rund um die Uhr erreichbar, auch am Wochenende. Für die nicht gedeckten Kosten, die durch die höhere Personaldotation und die interdisziplinäre Arbeitsweise der Palliative Care-Abteilung entstehen, besteht ein zusätzlicher Finanzbedarf von insgesamt 2.6 Millionen. Konkret kostet die Schaffung der 0,2 Vollzeitäquivalenten pro Bett in diesen Abteilungen und der mobile Palliativdienst Palliative Plus pro Einwohner und Jahr Fr. 10.50.⁶⁴ Im Kanton Wallis sind die Konsiliar-Palliativdienste integraler Bestandteil des Kompetenzzentrums für Palliative Care des Spital Wallis und werden vom Kanton finanziert. Sie werden in komplexen und

63 Morrison, Sean R. et al. (2008): Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs, *Archives of Internal Medicine* 168/16, S. 1783-1790
 Penrod, Joan D. (2010): Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital costs, *Journal of Palliative Medicine* 13/6, S. 973-979
 Hanson, L. C. (2008): Clinical and economic impact of palliative care consultation, *Journal of Pain & Symptom Management*
 Stephens, Sheila (2008): Hospital-based palliative care: Cost-effective care for patients with advanced disease, *The Journal of Nursing Administration* 8/3, S. 143-145

64 Bei Vollzeit-Anstellung

4. Palliative Care als Versorgungskonzept

instabilen Situationen in zweiter Linie beigezogen.
Im Kanton Waadt besteht am CHUV seit 1996 ein Konsiliar-Palliativdienst. Die Finanzierung wird vom CHUV gewährt. Im Spital Riviera in Vevey wird in Kürze ein neues Team seine Tätigkeit aufnehmen. Gemäss den Leistungsvereinbarungen müssen alle Spitäler im Kanton Zürich über interdisziplinäre Teams verfügen, die im ganzen Spital tätig sind, um die Grundversorgung in Palliative Care zu gewährleisten.

5. Zusammenfassung

Im Mittelpunkt dieses Dokuments stehen die Schwierigkeiten, die die Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Finanzierungsfrage erleben. Obwohl in der OKP eine Anpassung auf Verordnungsebene erfolgt ist, bestehen aus Sicht der Leistungserbringer weiterhin gewisse Schwierigkeiten, die direkt oder indirekt mit der Finanzierung zusammenhängen.

Aus den Rückmeldungen der Leistungserbringer wird klar ersichtlich, dass eine ungenügende oder fehlende Finanzierung den Ausbau von Palliative-Care-Angeboten behindert und den Zugang zu Palliative Care in der Grundversorgung und zu spezialisierter Palliative Care für Patienten und deren Angehörige beeinflusst.

Der gerechte und schnelle Zugang ist im Moment noch nicht in der ganzen Schweiz für alle Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten und ihre Angehörigen gewährleistet, obwohl in den Kantonen und Gemeinden schon verschiedene Lösungen umgesetzt wurden.

Die vorliegende Broschüre zeigt die Vielfalt der Faktoren auf, die zu einer angemessenen Palliative-Care-Behandlung führen.

Darunter fallen unter anderem die erforderlichen Fachkenntnisse für Palliative Care in der Grundversorgung und spezialisierte Palliative Care, die teamübergreifende Zusammenarbeit und das vernetzte Arbeiten für eine kontinuierliche Betreuung und eine geeignete Orientierung im Gesundheitswesen, das Erkennen der unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen in dieser besonderen Situation, der Ausbau des Angebots an Palliative-Care-Strukturen, mögliche und erwünschte Synergien sowie die Wahl des Sterbeortes usw.

Die in dieser Broschüre aufgeführten Beispiele der kantonalen Modelle zeigen die Vielfalt der Antworten auf, stellen aber nicht den Anspruch, die aktuelle Situation in der Schweiz in Bezug auf die Umsetzung von Palliative Care in der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care vollständig wiederzugeben.

6. Empfehlungen

Die Empfehlungen fassen die prägnantesten Elemente aus den Rückmeldungen der Leistungserbringer zusammen.

Die Gewährleistung des Zugangs und der Kontinuität der Pflegekette für Menschen, die Palliative Care benötigen, verlangt nach einer regionalen, kantonalen und sogar kantonsübergreifenden Vision für eine Palliative-Care-Strategie. Wichtig ist zudem die Umsetzung eines umfassenden Angebots in der Form eines koordinierten Netzwerks von spezialisierten Strukturen mit klar festgelegten Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereichen (inklusive den notwendigen Kompetenzen) sowie Anreizmassnahmen, die durch patientengerechte Orientierung den Zugang für die gesamte Bevölkerung gewährleisten.

Unter Anreizmassnahme verstehen wir jede Massnahme, die zu einer sachgerechten, kohärenten und verantwortungsvollen Umsetzung der Public-Health-Strategie führt.

Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen stärken

Hinsichtlich der Anreizmassnahmen ist unbestritten, dass die interdisziplinären Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Palliative Care in der Grundversorgung und in spezialisierter Palliative Care gestärkt

werden müssen, um die vorhandenen Probleme zu erkennen, Unterstützung und medizinische Behandlung anzubieten und dem Patienten situationsgerecht eine bestmögliche Lebensqualität bis ans Lebensende zu bieten.

Eine nachhaltige Verankerung der Palliative Care ist ohne ausreichende Aus- und Weiterbildung nicht möglich.

Um den Zugang zu Weiter- und Fortbildung zu erleichtern, sollen nicht nur Anreize vorgesehen werden, damit möglichst viele Personen erreicht werden, die über die nötigen und ihrer Rolle angepassten Kompetenzen verfügen. Es braucht auch Anreize, bei Bedarf Expertenwissen der zweiten Linie beizuziehen.

Vernetzung fördern, um für die gesamte Bevölkerung einen gerechten Zugang zu einer schnellen und patientengerechten Versorgung zu ermöglichen

Im Unterschied zu körperlich gesunden Menschen ergibt sich der Bedarf nach professioneller Hilfe oft kurzfristig aufgrund von krankheits- oder therapiebedingten Veränderungen. Die Verfügbarkeit und Nähe von spezialisierter Palliative Care ist für die Patienten wichtig und notwendig.

Die zeitliche Verfügbarkeit der Leistungserbringer muss angesichts der Einmaligkeit jeder Situation flexibel ausgestaltet werden. Entlang der Entwicklung werden verschiedene Entscheide getroffen. Dabei sind nicht nur die direkt einbezogenen interdisziplinären Teams betroffen, sondern auch die verschiedenen Betreuenden aus weiteren Versorgungsstrukturen (Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex-Organisationen, Spital, mobiler Palliativdienst, usw.). Zentral ist die Multiprofessionalität der Betreuenden und die Notwendigkeit einer vernetzten Zusammenarbeit sicherzustellen.

Sobald sich eine Indikation für Palliative Care abzeichnet, muss ein schneller Zugang gewährleistet werden. Dies erfordert eine klare Rollen- und Kompetenzaufteilung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, besonders für die Teams der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care, sowie deren Finanzierung.

Zugang zu den qualitativ und quantitativ nötigen professionellen Ressourcen im Langzeitpflegebereich fördern

Für die Einstufung des Pflegebedarfs werden im Langzeitpflegebereich verschiedene Instrumente verwendet. Diese wurden nicht spezifisch für Palliative-Care-Situationen entwickelt und der Zeitpunkt, ab dem Palliative Care nötig wird, kann deshalb nicht klar abgegrenzt werden.

Ohne entsprechendes Fachwissen und ohne eine adäquate/bedarfsgerechte Ausbildung können die Fachpersonen den Palliative-Care-Bedarf nicht adäquat einschätzen. Dies stellt für den schnellen und angemessenen Pflegezugang ein Hindernis dar.

Aus diesen Gründen sind die Überlegungen und Arbeiten zu unterstützen, die zu einer Verbesserung der benutzten Instrumente und der Verbreitung von bestehenden Instrumenten führen sollen. Sie ermöglichen den Fachpersonen, den Zeitpunkt zu bestimmen, ab dem eine spezifische Behandlung oder der Beizug einer in Palliative Care spezialisierten Betreuungsperson nötig wird.⁶⁵

Die Leistungserbringer weisen im Bereich Palliative Care in der Grundversorgung sowie in der spezialisierten Palliative Care darauf hin, dass die Pflegestufen die Besonderheit der Patienten in einer palliativen Situation und am Lebensende nur ungenügend abbilden. Das heutige Vorgehen für

65 PALLIA 10 CH. Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs? Programme cantonal vaudois de soins palliatifs, ARCOS, 1ère édition - octobre 2011

eine Neueinstufung des Pflegebedarfs in gewissen Krankheitsphasen und Krisensituationen erlaubt keine direkte Anpassung der Verrechnung. Der Zugang zu den qualitativ und quantitativ nötigen professionellen Ressourcen wird unter Umständen eingeschränkt, da der Zeitunterschied zwischen der Erhöhung des Pflegebedarfs und der Anerkennung der Neueinstufung grosse finanzielle Auswirkungen nach sich zieht. Um dem entgegenzuwirken, soll überprüft werden:

- Einerseits die Einführung eines Systems oder Stufenniveaus für Patienten, die Palliative Care in der Grundversorgung oder spezialisierte Palliative Care benötigen, damit die nötigen Mittel für die patientengerechte Betreuung sichergestellt werden und zusätzlich allen Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung angeboten wird.
- Andererseits die Effizienz der Neueinstufung und die Möglichkeiten für Anpassungen, die den Situationsschwankungen in die eine oder die andere Richtung Rechnung tragen.

Zugang zu quantitativ und qualitativ geeigneten Fachpersonen im ambulanten Bereich fördern

Neben den schon erwähnten Elementen sollen Finanzierungsmechanismen gefunden werden, die für Leistungserbringer (Pfleger und Pflegeeinrichtungen), die Patienten und ihre Angehörigen die Neutralität gegenüber dem Behandlungsort garantiert. Aus Sicht der öffentlichen Hand scheint es nicht kongruent, dass Personen mit ungenügenden finanziellen und psychosozialen Ressourcen hospitalisiert werden, obwohl sie auch zu Hause betreut werden können und möchten. Zudem braucht es eine Einschätzung über den Umfang des Einsatzes und der Unterstützung der Angehörigen, die aufzeigen soll, mit welchen Mitteln diese bei der Betreuung zu Hause unterstützt werden können, um einen Heimeintritt zu verzögern oder gar zu verhindern.

Regionale, kantonale und interkantonale Synergien für den Ausbau des Palliative-Care-Angebots nutzen

Palliative Care und die „Nationale Strategie Palliative Care“ von Bund und Kantonen verfolgt das Ziel, dass unheilbar kranke und sterbende Menschen in der gesamten Schweiz ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care erhalten, unabhängig von Alter, Krankheit, Herkunftsort und finanziellen Möglichkeiten und unabhängig davon, ob die Pflege im Spital, einem Pflegeheim, einer spezialisierten Einrichtung oder zu Hause erfolgt. Das Palliative-Care-Angebot ist mehrstufig aufgebaut und begünstigt die patientennahe, kontinuierliche Pflege. Patientinnen und Patienten durchleben verschiedene Betreuungsstufen, sei es im Spital, in einer Langzeitpflegeeinrichtung oder in der ambulanten Pflege. Damit eine reibungslose Behandlungskette gewährleistet ist und die Patientinnen und Patienten jederzeit gemäss ihrem klinischen Zustand und ihren Wünschen behandelt werden und die Möglichkeiten und der Hilfsbedarf ihres Umfelds berücksichtigt wird, spielt die gute Koordination eine äusserst wichtige Rolle.

Die verschiedenen (nicht abschliessenden) Beispiele zeigen, dass viele Kantone schon Palliative-Care-Angebote anbieten oder auf dem Weg dazu sind.

Der regelmässige Informationsaustausch über die Strategien und ihre kantonale Umsetzung im Palliative Care-Bereich zwischen den Kantonen sowie die Einrichtung einer Informationsplattform sind weiterhin zu fördern. Es ist nicht nur wichtig, die nationalen und kantonalen Entscheidungsträger auf die Wichtigkeit von Palliative Care und die Begleitung am Lebensende aufmerksam zu machen, diese über die neuesten Entwicklungen und die Wirksamkeit der umgesetzten Massnahmen zu informieren, sondern auch die Umsetzung eines bedarfsgerechten Palliative Care-Angebots zu unterstützen und zu fördern. Die verschiedenen Empfehlungen dienen als Arbeitsgrundlage für das Teilprojekt „Versorgung und Finanzierung“ der zweiten Phase der Nationalen Strategie Palliative Care. Bei der Entwicklung eines Palliative-Care-Angebots, das einen gerechten Zugang für alle garantiert, geht es insbesondere auch darum, lokale, kantonale und regionale Synergien zu nutzen.

„Last but not least, bedanken wir uns herzlich bei allen Personen und Organisationen aus der ambulanten und stationären Pflege und der Langzeitpflege, der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich, aus Dachorganisationen, Kantonsverwaltungen und der Bundesverwaltung, die einen Beitrag zu dieser Broschüre geleistet haben, sowie allen, die nicht speziell erwähnt wurden, aber deren Hilfe für uns sehr wertvoll war.“

7. Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit (2011): Literaturanalyse zur Kosteneffektivität von Palliative Care

Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012

Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care

Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care

Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015

Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012): Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Ergebnisbericht vom 08. Februar 2012

Candy, B. et al. (2011): Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence, In: International Journal of Nursing Studies 48, S. 121-133

Costantini, M., Higginson, I.J., Boni, L. et al. (2003): Effect of a palliative care home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. In: Palliative Medicine 2003/17, S. 315-321

Curaviva Schweiz (2011): Stellungnahme von Curaviva Schweiz zur Anpassung von Artikel 7 KLV

Currat, T., Teike-Lüthi, F., Pereira, J. (2008): Vidéos réflexives en soins palliatifs: un outil pédagogique. Im Rahmen des 1. Internationalen frankophonen Kongresses Palliative Care und Betreuung, 17ter Kongress der SFAP A la rencontre de nos diversités, Du 28 au 30 juin 2011 au Centre Cité de Lyon

Desbiens, J.-F., Fillion, L. (2011): Multi dimensionnalité de la mesure de perception de compétence infirmière en soins Palliatifs. Université Laval, Québec, Canada, Actes du 1er Congrès international francophone de soins palliatifs et d'accompagnement, 17ème Congrès de la SFAP A la rencontre de nos diversités, du 28 au 30 juin 2011 au Centre Cité de Lyon

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008): Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs, April 2008

Dumont, Serge et al. (2009): Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: a Canadian perspective, In: Palliative Medicine 23/8, S. 708-717

Eychmüller, S. (2008): Palliative Care: Spezialisierung oder Grundversorgung? palliative-ch Nr. 4 2008

Ganière, J., Fahrni-Nater, P. (2011): Le soutien postdécès des familles: un modèle pour les professionnels qui ont soigné l'enfant en fin de vie. Equipe soins palliatifs pédiatriques du canton de Vaud, Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne, Schweiz. Im Rahmen des 1. international frankophonen Kongresses der Palliative Care und Betreuung, 17ten Kongress der SFAP A la rencontre de nos diversités, Vom 28. bis 30 Juni 2011 im Centre Cité in Lyon

GfK Switzerland AG (2009): Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

H+ (2011): Anhörungsantwort von H+ zur Anpassung von Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV

Hammer, Thomas (2009): Kostenanalyse der palliativmedizinischen Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung in Sachsen, Universität Leipzig, Dissertation

Hesbeen, W. (1999): Le caring est-il prendre soin? In: Revue Perspective soignante, Ed. Seli Arslan, Paris 1999, Nr.4

Höpflinger, François, Bayer-Oglesby, Lucy, Zumbrunn, Andrea (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Jaspers, B., Schindler, T. (2004): Gutachten. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien).

Laurent, Françoise, Bourgeois, Yvan, Matthys, Vincent (2008): Reconnaissance des prestations de soins infirmiers et d'assistance données en EMS lors de situations de crise caractérisée par un pronostic vital menacé. 2.Phase: Pilotprojekt 2009

Laval G., Villard M.-L., Comandini F., Carlin N. (2003): Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage. Faculté de Médecine Grenoble.

Neuenschwander H., Gamondi C. (2012): Palliative Care im Netzwerk - Erfahrungen aus 20 Jahren am Beispiel Tessin. In: Therapeutische Umschau, 69(2): 126 -131

Oncosuisse (2011): Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015

PALLIA 10 CH (2011): Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs? Programme cantonal vaudois de soins palliatifs, ARCOS, 1ère édition - octobre 2011

palliative ch, BAG und GDK (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz

Pasman, H.R.W., Brandt, H.E., Deliens, L., Francke, A.L. (2009): Quality indicators for palliative care: a review of the literature. In: Journal of Pain and Symptom Management, 38(1), 145-156

7. Literaturverzeichnis

Poletti, N., Boitel, J.-L., Ducret, S., Leuba, A. (2011): Outils d'évaluation des symptômes: un changement de pratique. Équipe mobile de soins palliatifs, Association du Réseau de la Communauté Sanitaire de la région lausannoise (ARCOS), Lausanne, Schweiz, Actes du 1er Congrès international francophone de soins palliatifs et d'accompagnement, 17ème Congrès de la SFAP A la rencontre de nos diversités, 28. bis 30 Juni 2011 im Centre Cité in Lyon

Pott, M., Debons, J. (2011): Mourir en institution: impact sur le vivre-ensemble. Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé, Lausanne, Schweiz. Im Rahmen des 1. international frankophonen Kongresses der Palliative Care und Betreuung, 17ter Kongress der SFAP A la rencontre de nos diversités, 28. bis 30 Juni 2011 im Centre Cité in Lyon

Voll, Peter et al. (2010): Equipe mobile de soins palliatifs – Estimation des besoins 2011-2020. Im Auftrag des Gesundheitsnetzes Wallis. HEVS Institut Gesundheit und Soziales

Walker, Hugh et al. (2011): Resource use and costs of end-of-life/palliative care: Ontario adult cancer patients dying during 2002 and 2003, In: Journal of Palliative Care 27:2, S. 79-88

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Herausgeber: BAG und GDK

Publikationszeitpunkt: September 2013

Autorinnen: Marie-Thérèse Furrer (BAG), Annette Grünig (GDK) und Pia Coppex (GDK)

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Postfach

CH-3003 Bern

palliativecare@bag.admin.ch

Diese Publikation steht als PDF in deutscher und französischer Sprache unter www.bag.admin.ch/palliativecare zur Verfügung

Layout: Silversign, visuelle Kommunikation, Bern

Fotos: Titelbild oben links Christoph Heilig, Fotolia

BAG-Publikationsnummer: GP 09.13 1000 d 1000 f 30EXT1307

Bezugsquelle:

BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

BBL-Artikelnummer: 316.721.d

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier