

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Dr. Matthias Wächter

Senior Wissenschaftlicher Mitarbeiter

T direkt +41 41 228 99 32

matthias.waechter@hslu.ch

Angela Bommer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

T direkt +41 41 228 99 20

angela.bommer@hslu.ch

**Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz –
Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter
Schlussbericht**

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Dr. Matthias Wächter, Co-Leiter Forschungsprogramm Öffentliches Gesundheitsmanagement, IBR,
HSLU – Wirtschaft

Angela Bommer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, IBR, HSLU – Wirtschaft

Luzern, 13. Januar 2014

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 3/122

Inhalt

Management Summary	7
Résumé	9
1. Einführung	11
1.1. Hintergrund der Bestandesaufnahme	11
1.2. Auftrag und Ziele des Mandats	12
1.3. Definition mobile Palliative-Care-Dienste (spitalexterne Versorgung).....	12
1.4. Methodisches Vorgehen.....	13
1.4.1. Dokumentenanalyse und schriftliche Befragung	13
1.4.2. Auswertung der Fragebögen und telefonische Rückfragen	13
1.4.3. Validierungsworkshop und Schlussbericht.....	14
1.5. Dank.....	14
2. Organisationsstrukturen und Ausrichtung der mobilen Palliative-Care-Dienste.....	15
2.1. Organisationsform und Leistungsauftrag	15
2.2. Gründung der MPCD und Vorläuferprojekte	20
2.3. Versorgungsabdeckung durch die spezialisierte mobile Palliative Care.....	23
2.4. Die Aufgabenteilung zwischen MPCD und der Grundversorgung Palliative Care	26
2.4.1. Die grundsätzliche Ausrichtung der Tätigkeit	26
2.4.2. Die Arbeitsteilung zwischen MPCD und den Spitexorganisationen der Grundversorgung	28
2.4.3. Inanspruchnahme der MPCD durch die stationäre Versorgung in Alters- und Pflegeheimen sowie anderen sozialmedizinischen Institutionen	30
2.4.4. Die konsiliarische Tätigkeit der MPCD gegenüber Hausärztinnen, -ärzten und Spitälern..	32
2.4.5. Die konsiliarische Tätigkeit der MPCD gegenüber Patientinnen, Patienten und Angehörigen	33
2.5. Zertifizierung der MPCD durch das Label «Qualität in Palliative Care»	34
2.6. Zusammenfassung Organisationsstruktur und Ausrichtung der MPCD	35
3. Finanzierung.....	37
3.1. Die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung für die Pflege in den Kantonen	38
3.2. Zentrale Einflussfaktoren auf die Kosten- und Ertragsstrukturen der MPCD.....	40
3.2.1. Die Kosten und Finanzierung der pflegerischen und medizinischen Leistungen der MPCD	40
3.2.2. Die Kosten und Finanzierung der erweiterten Aufgaben eines MPCD.....	44
3.3. Die Vergütung von Koordinationsleistungen und die Rolle der Akut- und Übergangspflege in der Palliative Care	45
3.3.1. Die Abrechnung von Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Situationen ..	45
3.3.2. Die Rolle der Akut- und Übergangspflege in der ambulanten Palliative Care	47
3.4. Die Finanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste in den Kantonen	48
3.4.1. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe A.....	48

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 4/122

3.4.2. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe B.....	49
3.4.3. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe C.....	50
3.4.4. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe D.....	51
3.4.5. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe E.....	51
3.5. Zusammenfassung Finanzierung	52
4. Ziele und Angebote	55
4.1. Konzept und grundlegende Ziele der MPCD	55
4.2. Das Ziel der Zugangsgerechtigkeit.....	56
4.2.1. Abdeckung der Versorgung aller Krankheitsbilder im jeweiligen Wohnumfeld	56
4.2.2. 24 Stunden / 7 Tage Abdeckung	57
4.3. Unterschiede in der Ausrichtung der Angebote der MPCD	60
5. Personalstrukturen, Zusammenarbeit und Vernetzung	63
5.1. Personelle Zusammensetzung und interprofessionelle Teamarbeit der MPCD.....	63
5.1.1. Personalstrukturen der MPCD im Bereich Medizin, Pflege und Bildung	63
5.1.2. Personalstrukturen der MPCD in Bezug auf ergänzende Dienstleistungen.....	68
5.2. Zusammenfassung und Fazit zu den Personalstrukturen der MPCD	70
5.3. Personalrekrutierung und Weiterbildungsangebote	71
5.3.1. Personalrekrutierung	71
5.3.2. Weiterbildungsangebote	72
5.3.3. Finanzierung der Weiterbildung	76
5.4. Zusammenarbeit und Vernetzung.....	78
5.4.1. Inanspruchnahme und Einbezug der MPCD.....	78
5.4.2. Vernetzung und Zusammenarbeit	81
6. Herausforderungen in der ambulanten Palliative Care aus Sicht der MPCD.....	86
6.1. Herausforderungen bei der palliativen Begleitung eines Patienten im gewohnten Lebensumfeld.....	86
6.2. Heutige Grenzen der MPCD und Herausforderungen für die kantonalen und nationalen Versorgungskonzepte.....	88
7. Schlussfolgerungen.....	92
8. Bibliografie	101
Anhang: Erhebungsbogen (deutsche Version) der Befragung der MPCD im Oktober 2013.....	103

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Anteile der im Pflegeheim oder im Krankenhaus Verstorbenen (Obsan, 2013). 11	
Abbildung 2: Strukturierte Landkarte der MPCD in der Schweiz.....	20
Abbildung 3: Verteilung des Personal- und Sachaufwands eines MPCD auf verschiedene Kostenstellen und Kostenträger.....	41

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 5/122

Abbildung 4: Vollkosten der gemeinnützigen Spitexorganisationen pro verrechneter Stunde (Kanton Luzern)	43
Abbildung 5: Die Netzwerkstruktur der Palliativversorgung.....	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe A)	15
Tabelle 2: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe B)	16
Tabelle 3: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe C)	17
Tabelle 4: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe D)	17
Tabelle 5: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe E).....	18
Tabelle 6: Gründungsjahr und Vorläuferprojekte (Gruppe A und B).....	21
Tabelle 7: Gründungsjahr und Vorläuferprojekte (Gruppe C)	21
Tabelle 8: Gründungsjahr und Vorläuferprojekte (Gruppe D und E).....	22
Tabelle 9: Abdeckung der Kantone durch die MPCD und Spitexorganisationen der Grundversorgung.....	23
Tabelle 10: Ausrichtung der Tätigkeit der MPCD	26
Tabelle 11: Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch Spitexorganisationen der Grundversorgung.....	29
Tabelle 12: Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch Institutionen der Langzeitpflege und Betreuung.....	31
Tabelle 13: Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch Hausärztinnen/-ärzte und Spitäler ..	32
Tabelle 14: Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch Patientinnen, Patienten und Angehörigen.....	33
Tabelle 15: Die Zertifizierung der MPCD durch das Label «Qualität in Palliative Care»	34
Tabelle 16: Aufteilung der Finanzierungsverantwortung bei der Finanzierung der Langzeitpflege	38
Tabelle 17: Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in den Kantonen	39
Tabelle 18: Anzahl verrechenbarer Stunden pro Klient/in 2012.....	42
Tabelle 19: Verrechnete Leistungen ausserhalb des KVG.....	45
Tabelle 20: Die Abrechnung von Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Situationen	46
Tabelle 21: Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand für Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag.....	49
Tabelle 22: Verbindliches, schriftlich festgesetztes Konzept	55
Tabelle 23: Angebote der MPCD in der Nachtdeckung ihrer Versorgungsregion.....	58
Tabelle 24: Personalstruktur der MPCD (direkte Anstellung / Typ I in den MPCD der Gruppen A und B)	64
Tabelle 25: Personalstruktur der MPCD (direkte Anstellung / Typ I in den MPCD der Gruppen C, D und E)	66
Tabelle 26: Personalstruktur (Typ II und Typ III) der MPCD aller Gruppen (A-E)	67
Tabelle 27: Personalstruktur in Bezug auf ergänzende Dienstleistungen	69

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 6/122

Tabelle 28: Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote durch Mitarbeitende MPCD	74
Tabelle 29: Weiterbildungsangebote im Rahmen von Kongressen und Jahrestagungen	75
Tabelle 30 Beteiligung von Kanton und Gemeinden an der Aus- und Weiterbildung der MPCD-Mitarbeitenden	77
Tabelle 31: Die Bedeutung verschiedener Anfrage-/Anmeldekanäle für die Inanspruchnahme der MPCD	78
Tabelle 32: Die wichtigsten Hinderungsgründe für einen rechtzeitigen Einbezug der MPCD aus Sicht der MPCD (Originalantworten)	81

Liste der im Text und in den Grafiken verwendeten Abkürzungen für die MPCD

Mobiler Palliative Care Dienst (MPCD)	Abkürzung
Gruppe A	
Onkospitex Aargau	AG
Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz	SG/AI/AR
Spitalexterne Onkologiepflege SEOP Solothurn	SO
Spitalexterne Onkologiepflege SEOP Schaffhausen	SH
Mobiles Palliative Care Team (MPCT) Spitalregion Winterthur	ZH_MPCT_Win
Onko Plus Stiftung für mobile spezialisierte Palliative- und Onkologiepflege Zürich	ZH_Onko_Plus
Gruppe B	
Spezialteam Palliative Care (PaCa) der Spitex Region Thun	BE_PaCa_Thun
Spitalexterne Onkologie- und Palliativpflege SEOP Bern	BE_SEOP
Onko-Spitex der Spitex Basel Stadt	BS
Brückendienst der Spitex Stadt Luzern	LU
Fachstelle für Palliative Care der Spitex Stadt Zürich	ZH_FS_ZH
Gruppe C	
Mobile Palliative Dienste MPD Spital STS AG Thun	BE_MPD_Thun
Spitalexterne Onkologiepflege Baselland	BL
Unité soins palliatifs communautaire HUG	GE
Palliative+ Kanton Thurgau	TG
Mobiler Palliativdienst Oberwallis	VS_SZO
Equipe mobile de soins palliatifs du Valais romand	VS_VR
Gruppe D	
Équipe mobile soins palliatifs Voltigo	FR
Palliativer Brückendienst Graubünden	GR
Associazione Hospice	TI_Hospice
Associazione Triangolo	TI_Triangolo
Gruppe E	
Équipe mobile de soins palliatifs BEJUNE	BEJUNE
Équipe mobile de soins palliatifs du réseau ARC, Aubonne	VD_ARC
Équipe mobile de soins palliatifs du réseau de soins ARCOS, Lausanne	VD_ARCOS
Équipe mobile de soins palliatifs du réseau Nord Broye, Yverdon-les-Bain	VD_RNB
Équipe mobile de soins palliatifs est vaudois, Blonay	VD_PSHL

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 7/122

Management Summary

Ausgangslage und Ziele des Mandats

Die vorliegende nationale Bestandesaufnahme der in der spitalexternen Versorgung tätigen mobilen Palliative-Care-Dienste (MPCD) erfolgt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit Unterstützung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Fachgesellschaft palliative.ch. Sie verfolgt einerseits das Ziel, Organisationsstrukturen, Leistungsangebot und Einbindung der bestehenden MPCD in der Versorgungsregion aus der Perspektive der Dienste systematisch aufzuarbeiten und darzustellen. Andererseits wird erfasst, welche Finanzierungsformen und -träger heute existieren und welche Herausforderungen die MPCD in der Finanzierung ihrer Dienstleistungen sehen. Diese erstmalige, systematische Bestandesaufnahme **beleuchtet das heterogene Feld der MPCD aus der Perspektive dieser Dienste** und soll einen Beitrag zur Orientierung der Kantone, Gemeinden und weiteren Akteure der Gesundheitsversorgung für die Planung und den Ausbau ihrer Angebote leisten.

Methodisches Vorgehen

Die Bestandesaufnahme basiert auf einer umfassenden Dokumentenanalyse und einer schriftlichen Befragung der mobilen Palliative-Care-Dienste. In die Erhebung eingeschlossen sind 26 MPCD, welche aufgrund der Umfrageergebnisse «Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013»¹ basierend auf einer Selbstdeklaration der in den kantonalen Gesundheitsdirektionen für Palliative Care zuständigen Personen identifiziert wurden. Eine erste Auswertung der Ergebnisse der Erhebung und Dokumentenanalyse wurde Ende November 2013 in einem Workshop 28 Vertreterinnen und Vertretern der MPCD, der GDK, dem BAG und kantonalen Ämtern vorgestellt. Die Erhebung wurde im Zeitraum vom 1. September 2013 bis 30. November 2013 durchgeführt und gibt den Stand der Entwicklung **aus der Perspektive der MPCD** Ende November 2013 wieder.

Organisationsstrukturen und Anbindung der MPCD

Die in der nationalen Strategie zitierte Empfehlung der European Association of Palliative Care (EAPC), dass pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner mindestens ein mobiler Palliativdienst mit mindestens 4-5 vollzeitbeschäftigten Fachpersonen in einem interprofessionellen Team aus Medizin und Pflege, verfügbar während 24 Stunden, bestehen sollte, ist so in der Schweiz bislang nicht umgesetzt worden. Dazu sind die finanziellen sowie auch die personellen Grundlagen nicht gegeben. Die MPCD bilden in fast allen Kantonen kleinere Organisationseinheiten, oft verbunden mit einer hohen Anzahl kleiner Stellenpensen und Mitarbeitenden mit einer Zweitanstellung. Das den MPCD gemäss Versorgungsstrukturen der nationalen Strategie zugeordnete umfassende Leistungsspektrum wird mehrheitlich bereits selbst in einem Netzwerk von Leistungserbringern erbracht. Die strukturellen Unterschiede sind erheblich. Um diese Heterogenität zu erfassen und zugleich strukturiert abzubilden, wurden die 26 MPCD in fünf Gruppen A-E eingeteilt:

- Gruppe A: der MPCD als **spezialisierte Spitexorganisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung** (6 MPCD in den Kantonen AG, SG/AI/AR, SH, SO, ZH)
- Gruppe B: der MPCD als **Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung** (5 MPCD in den Kantonen BE, BS, LU, ZH)
- Gruppe C: der MPCD als **Organisationseinheit eines Spitals** (6 MPCD in den Kantonen BE, BL, GE, TG, VS)
- Gruppe D: der MPCD als **versorgungsbereichsübergreifende Institution** (4 MPCD in den Kantonen FR, GR, TI)

¹ BAG und GDK (2013): Bericht: Palliative Care – Befragung der Kantone. Bericht und Einzelantworten auf Fragen.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 8/122

- Gruppe E: der MPCD wird im Rahmen eines **kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst** ausserhalb von Spitalstrukturen organisiert und finanziert (5 MPCD in den Kantonen BE/JU/NE und VD).

Finanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste

Die MPCD können sich aufgrund ihrer Brückenfunktion, ihrer konsiliarischen Tätigkeiten und ihrer speziellen Aufgaben in der Palliativversorgung nicht aus den Erträgen ihrer Leistungen finanzieren, sondern nur über einen expliziten Leistungsauftrag der öffentlichen Hand und – bei einzelnen MPCD – über den Einbezug von Spendengeldern. Die Höhe der Mittel aus diesen beiden Quellen bestimmt die Organisationsstrukturen, die Anbindung und das Leistungsspektrum der MPCD. Die eingeschränkten finanziellen Ressourcen der MPCD haben zu einer Vielzahl von vernetzten Lösungen unter anspruchsvollen Anstellungsbedingungen geführt. Die MPCD der Gruppen A und B befinden sich in Kantonen, in denen kein übergeordneter kantonaler Leistungsauftrag besteht.

Aufgrund verschiedener Faktoren, die im vorliegenden Bericht herausgearbeitet wurden, liegen die Vollkosten eines MPCD pro verrechenbarer Stunde Pflege deutlich über denjenigen einer normalen Pflegestunde in der Grundversorgung. Neun von elf MPCD, welche als spezialisierte Spitex oder Fachteam einer Spitex organisiert sind, erhalten gemäss ihren Angaben keine kostendeckenden Restfinanzierungsbeiträge. Die Deckungslücke bei den Pflegevollkosten wird über Spenden, Mitgliederbeiträge oder Quersubventionierungen gedeckt. Dies kann nur eine Übergangslösung sein.

Zugangsgerechtigkeit

Die Schweiz verzeichnete in den letzten Jahren dank wichtiger positiver Grundsatzentscheide der politischen Verantwortlichen und einem grossen Engagement der Mitarbeitenden einen stetigen Ausbau und eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten. Sie ist aber angesichts grosser regionaler Unterschiede und zumeist knapper finanzieller und personeller Ressourcen der MPCD noch ein ganzes Stück von einer flächendeckenden Umsetzung der in der nationalen Strategie verankerten Versorgungsziele und -aufgaben der mobilen Palliative-Care-Dienste entfernt. Grenzen der Umsetzung zeigen sich nicht nur als weisse Flecken in der Versorgungslandschaft, sondern auch in grossen regionalen Unterschieden in der Nachtabdeckung, in der Öffnung gegenüber nicht-onkologischen Krankheitsbildern, in der Verfügbarkeit konsiliarischer Dienste für Alters- und Pflegeheime, andere sozialmedizinische Institutionen oder Ärztinnen und Ärzte. Zu den Grenzen der Verfügbarkeit tragen auch die oft noch zu wenig verbindliche oder durch Konkurrenzdenken belastete Ausgestaltung der Schnittstellen und Zusammenarbeitsformen zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung oder zwischen den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen bei, ebenso Unklarheiten in der operationellen Anwendung von Indikationskriterien für den Einbezug von Spezialistinnen und Spezialisten.

Weiterführung dieser ersten Bestandaufnahme

Angesichts der Vielfalt von Umsetzungsformen können die Zweckmässigkeit und die Wirksamkeit der Aktivitäten und Leistungen der MPCD nicht allein aufgrund der Strukturqualität beurteilt werden. Eine Erarbeitung von zusätzlichen anerkannten, objektiven Kriterien und Kennzahlen auf der Ebene der Prozess- und Ergebnisqualität ist notwendig, um eine kontinuierliche Evaluation und einen Vergleich des Entwicklungsstands zu ermöglichen.

Darüber hinaus zeigt die strukturierte Gegenüberstellung der verschiedenen Ansätze der MPCD gemeinsame Herausforderungen bei der Umsetzung der Versorgungsziele auf. Bei der Lösung dieser Herausforderungen würden die MPCD stark von einer vertieften, gemeinsamen Auswertung ihrer Prozesse und Erfahrungen profitieren.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 9/122

Résumé

Contexte et objectifs du mandat

Cet état des lieux national des équipes mobiles de soins palliatifs extra-hospitalières (EMSP) est réalisé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), soutenu par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'association palliative ch. Il a pour but d'une part d'établir et de présenter de manière systématique les structures d'organisation, l'offre de prestations et l'intégration des EMSP existantes au niveau régional selon la perspective des EMSP. D'autre part, il s'agit de décrire les formes et sources de financement, de même que les enjeux que les EMSP voient pour le financement de leurs prestations. Dressé pour la première fois, cet état des lieux systématique **à partir de la vision des EMSP**, éclaire l'hétérogénéité du paysage de ces services. Il doit contribuer à informer les cantons, les communes et d'autres acteurs sanitaires dans le cadre de la planification et du développement de leurs offres.

Méthodologie

L'état des lieux est basé sur une analyse documentaire approfondie et sur une enquête écrite auprès des équipes mobiles de soins palliatifs. Sont incluses dans l'enquête 26 EMSP, qui ont été identifiées d'après les résultats du sondage «Etat 2013 de la mise en œuvre de prestations de soins palliatifs dans les cantons»² basé sur une auto-déclaration des personnes responsables des soins palliatifs au sein des directions cantonales de la santé. Une première évaluation des résultats a été présentée fin novembre 2013 dans le cadre d'un atelier de validation avec 28 représentantes et représentants des EMSP, de la CDS, de l'OFSP et d'offices cantonaux. L'enquête a été réalisée entre le 1^{er} septembre 2013 et le 30 novembre 2013, et reflète la situation de l'offre selon la perspective des EMSP à fin novembre 2013.

Structures d'organisation et intégration des EMSP

L'European Association of Palliative Care (EAPC) citée dans la stratégie nationale, recommande l'existence d'au moins une équipe mobile de soins palliatifs disponible 24 heures sur 24 et composée au minimum de 4-5 professionnels spécialisés employés à plein temps au sein d'une équipe pluridisciplinaire pour 100'000 habitants. Cette recommandation n'a pas encore été mise en œuvre en Suisse jusqu'à présent, par manque de ressources humaines et financières. Dans presque tous les cantons, les EMSP constituent de petites unités d'organisation, souvent associées à un grand nombre de postes à faible taux d'activité, avec des collaborateurs occupant un deuxième emploi. Certaines prestations attribuées aux EMSP conformément aux structures de soins de la stratégie nationale, sont fournies par d'autres prestataires du réseau régional de soins palliatifs. Les différences structurelles sont considérables. Pour appréhender cette hétérogénéité et l'illustrer en même temps de façon structurée, les 26 EMSP ont été divisées en cinq groupes de A à E:

- Groupe A: l'EMSP en tant **qu'organisation d'aide et de soins à domicile spécialisée, portée par une association ou une fondation à but non lucratif** (6 EMSP dans les cantons AG, SG/AI/AR, SH, SO, ZH)
- Groupe B: l'EMSP en tant que **équipe ou service spécialisé(e) d'une organisation d'aide et de soins à domicile avec mandat de prestation dans le domaine des soins de premier recours** (5 EMSP dans les cantons BE, BS, LU, ZH)
- Groupe C: l'EMSP en tant qu'**unité d'organisation d'un hôpital** (6 EMSP dans les cantons BE, BL, GE, TG, VS)
- Groupe D: l'EMSP en tant qu'**élément d'une institution couvrant plusieurs domaines d'activité** (4 EMSP dans les cantons FR, GR, TI)

² OFSP et CDS (2013): Rapport: Soins palliatifs – sondage des cantons. Rapport et réponses individuelles aux questions.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 10/122

- Groupe E: l'EMSP est, dans le cadre d'un **programme cantonal ou d'un mandat de prestation intercantonal**, organisée et financée en dehors de structures hospitalières (5 EMSP dans les cantons BE/JU/NE et VD).

Financement des équipes mobiles de soins palliatifs

En raison de leur fonction transverse, de leurs activités de conseil et de leurs missions particulières dans le domaine des soins palliatifs, les EMSP ne peuvent s'autofinancer avec les produits de leurs prestations, mais uniquement via un mandat de prestation explicite des pouvoirs publics et, pour certaines EMSP, également avec des dons. Le montant des fonds issus de ces deux sources détermine les structures d'organisation, l'intégration et l'offre de prestations des EMSP. Les ressources financières limitées des EMSP et les contraintes exigeantes d'engagement ont entraîné une variété de solutions impliquant un travail en réseau. Les EMSP des groupes A et B se trouvent dans des cantons dans lesquels il n'existe aucun mandat de prestation cantonal général.

En raison de divers facteurs, qui ont été mis en lumière dans le présent rapport, les coûts complets d'une EMSP par heure de soins facturable sont nettement supérieurs à ceux d'une heure de soins normale dans les soins de premier recours. Neuf EMSP sur onze, organisées sous forme d'organisations d'aide et de soins à domicile spécialisées ou d'équipes spécialisées d'une organisation d'aide et de soins à domicile, ne reçoivent, selon leurs déclarations, aucun financement complémentaire des pouvoirs publics permettant de couvrir les coûts de soins facturables. Le déficit de financement est couvert par des dons, des cotisations de membres ou des subventions transverses. Ceci ne peut être qu'une solution transitoire.

Droit à l'accès

Grâce à d'importantes décisions de principe de la part des responsables politiques et à un grand engagement de la part des professionnels, la Suisse a enregistré ces dernières années un développement constant de l'offre en équipes mobiles de soins palliatifs. Mais en raison des grandes différences régionales et des ressources financières et humaines en général restreintes des EMSP, la mise en œuvre sur tout le territoire des objectifs et missions des EMSP, ancrés dans la stratégie nationale, est loin d'être atteinte. Les limites de la mise en œuvre se traduisent non seulement par des zones géographiques non couvertes, mais résident également dans les grandes différences régionales aux niveaux des services de nuit, de l'ouverture par rapport aux situations cliniques non oncologiques, de la disponibilité des services de conseil pour les médecins, les établissements médico-sociaux ou les institutions pour personnes handicapées et dépendantes. Les formes encore assez lâches de collaboration entre soins spécialisés et soins de premier recours ou entre les différents groupes professionnels impliqués, l'esprit de compétition, ainsi que les incertitudes dans l'application opérationnelle de critères d'indication pour l'intégration de spécialistes, sont autant de freins à l'accessibilité des prestations.

Poursuite de ce premier état des lieux

Au vu de la diversité des formes de mise en œuvre, l'adéquation de l'offre et l'efficacité des prestations des EMSP ne peuvent pas être évaluées uniquement sur la base de la qualité structurelle. Une élaboration de critères et d'indicateurs supplémentaires objectifs et reconnus au niveau de la qualité des processus et des résultats est nécessaire pour permettre une évaluation et une comparaison continues du niveau de développement.

Par ailleurs, la confrontation structurelle des différentes approches des EMSP montre des problèmes communs au niveau de la mise en œuvre des objectifs cliniques. Une évaluation commune approfondie des processus et expériences des EMSP, faciliterait la recherche de solutions.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 11/122

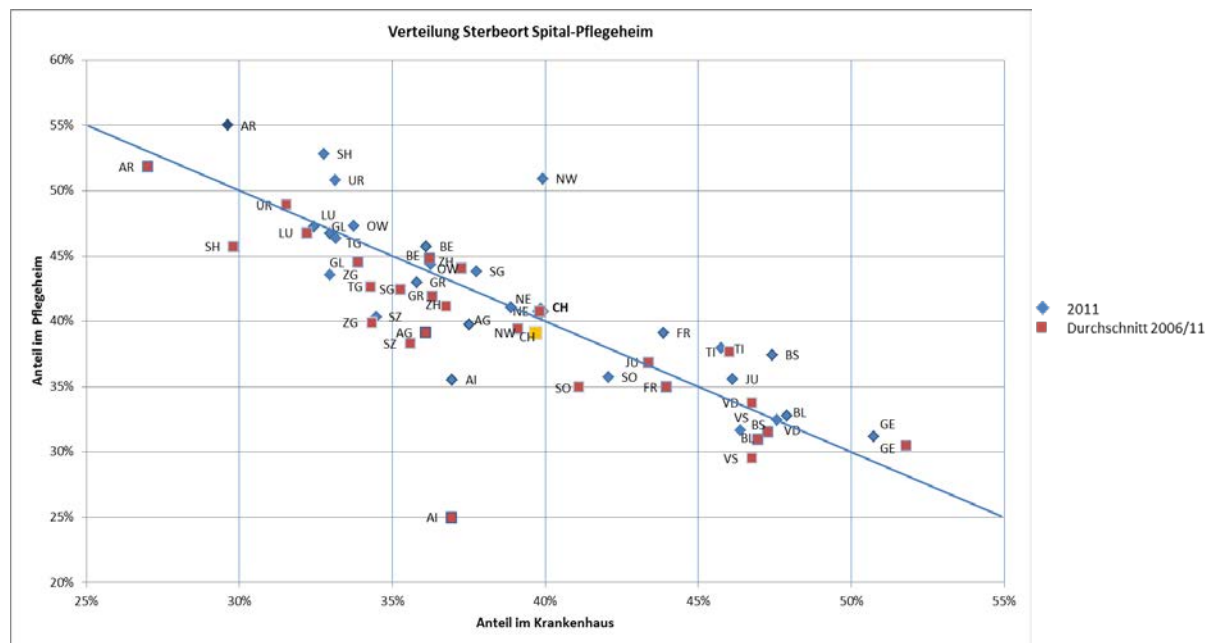
1. Einführung

1.1. Hintergrund der Bestandesaufnahme

In der Schweiz ist der Anspruch von unheilbar kranken und sterbenden Menschen auf eine angemessene Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege in vielen Kantonen bereits in den Gesundheitsgesetzen oder auf Verordnungsebene verankert. Gestützt durch die nationalen Strategien «Palliative Care (2010-2012)» und «Palliative Care (2013-2015)» und getragen von der Initiative vieler Akteure der Gesundheitsversorgung wurden der Auf- und Ausbau entsprechender Versorgungsstrukturen und die Erarbeitung wichtiger Grundlagen zur Finanzierung, Qualitätssicherung, Bildung, Sensibilisierung und Freiwilligenarbeit stark vorangetrieben. Der Stand der Umsetzung in den verschiedenen Kantonen ist jedoch trotz grossen Fortschritten immer noch sehr uneinheitlich.

Eine Auswertung der Sterbeorte anhand der medizinischen Statistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen für die Jahre 2006 bis 2011 durch das Obsan zeigt,³ dass der überwiegende Wunsch von Menschen, zu Hause oder in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu sterben,⁴ zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfüllt war.

Abbildung 1: Die Anteile der im Pflegeheim oder im Krankenhaus Verstorbenen (Obsan, 2013)



Quelle: Eigene Darstellung auf der Datengrundlage Obsan (2013)

Abbildung 1 zeigt für alle Kantone und die Schweiz die Anzahl der im Spital oder einem Pflegeheim verstorbenen Personen als Anteil aller in einem Jahr Verstorbenen. Die blaue Gerade kenn-

³ Obsan (2013), BAG_Lieu_Deces_Def.xlsx, im Auftrag des BAG, publiziert unter:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/index.html?lang=de>. Bei der Interpretation einzelner Kantone ist zu beachten, dass in der heutigen Auswertungsform der Einfluss von interkantonalen Wanderungsbilanzen von Pflegeheimbewohnern, die ihre Papiere nicht in der Standortgemeinde des Pflegeheims hinterlegt haben, nicht berücksichtigt wird.

⁴ GfK Switzerland AG (2009): Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 12/122

zeichnet alle Verhältnisse, in denen 80 Prozent der Verstorbenen entweder in einem Spital oder Pflegeheim verstorben sind. Liegt die Markierung für einen Kanton über dieser Linie im oberen rechten Viertel der Grafik, dann sind weniger als 20 Prozent ausserhalb eines Spitals oder Pflegeheims verstorben. Liegt die Markierung unter der blauen Linie, ist dieser Anteil höher als 20 Prozent. Die meisten Kantone bewegten sich im Jahr 2011 recht nahe an diesen 20 Prozent. Es werden die Verhältnisse des Jahres 2011 (blaue Markierung) im Vergleich zum Durchschnitt 2006-2011 (rote Markierung) dargestellt, um Schwankungen sichtbar zu machen. In der Summe aller Kantone hat der Anteil der in einem Spital oder einem Pflegeheim Verstorbenen zwischen 2006 und 2011 von 75.3 auf 80.6 Prozent zugenommen. Dieser Trend zeigt sich in Abbildung 1 auch bei praktisch allen Kantonen.

Den mobilen Palliative-Care-Diensten (im Text abgekürzt als MPCD) kommt im Netzwerk der palliativen Versorgung in der Schweiz eine hohe Bedeutung bei der Sicherstellung einer hochstehenden Palliative Care zu. Sie sind ein wichtiges Bindeglied zwischen der stationären und ambulanten Versorgung. Die MPCD fördern und gewährleisten subsidiär zu den Leistungserbringern der Grundversorgung (Hausärzte und -ärztinnen, Spitex, Pflegeheime und weiteren sozialmedizinischen Institutionen) den Zugang zur spezialisierten Palliative Care. Darüber hinaus übernehmen sie weitere zentrale Aufgaben in der Bildung, Entwicklung, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Information. Die bestehenden Angebote an mobilen Palliative-Care-Diensten sind regional sehr unterschiedlich organisiert und wurden bislang nicht systematisch erfasst und dargestellt. Diese Lücke soll nun mit der vorliegenden Studie gefüllt werden.

1.2. Auftrag und Ziele des Mandats

Die vorliegende nationale Bestandesaufnahme der MPCD erfolgt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und mit Unterstützung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Fachgesellschaft palliative ch. Sie richtet sich an alle in der spitalexternen Versorgung tätigen mobilen Palliative-Care-Dienste der Schweiz. Das Mandat des BAG an die Hochschule Luzern – Wirtschaft verfolgt einerseits das Ziel, Organisationsstrukturen, Leistungsangebot und Einbindung der bestehenden Angebote in der Versorgungsregion systematisch aufzuarbeiten und darzustellen. Andererseits wird erfasst, welche Finanzierungsformen und -träger heute existieren und welche Herausforderungen sich den MPCD bei der Finanzierung stellen. **Der Bericht beschreibt die Situation der MPCD aus der Perspektive dieser Dienste.**

Diese erstmalige, systematische Bestandesaufnahme soll einen Beitrag zur Orientierung der Kantone, Gemeinden und weiteren Akteure der Gesundheitsversorgung für die Planung und den Ausbau der Angebote leisten. Sie wurde im Zeitraum 01. September 2013 bis 30. November 2013 durchgeführt und gibt den Stand der Entwicklung Ende November 2013 wieder.

1.3. Definition mobile Palliative-Care-Dienste (spitalexterne Versorgung)

Als Arbeitsdefinition mobiler Palliative-Care-Dienste für die Vorauswahl der befragten MPCD und die Erhebung selbst diente die Umschreibung der Dienste in dem Dokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), palliative ch und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).⁵

«Der mobile Palliativdienst ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team, das sich in erster Linie an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim

⁵ Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 28.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 13/122

wendet. Er ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Das Team des mobilen Palliativdienstes unterstützt ausserdem die Übergänge zwischen Spital und häuslicher Versorgung und stellt somit den Drehpunkt jedes regionalen oder lokalen Palliativnetzes dar. Die Verantwortung für die Behandlung bleibt in der Regel bei den Betreuenden der Grundversorgung, es sei denn, es wird anders vereinbart. Auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung und in festgelegten Situationen kann der mobile Palliativdienst auch direkt an der Behandlung und Begleitung einer Patientin, eines Patienten beteiligt sein.

Primäre Zielgruppe sind professionelle Betreuende und betreuende Dienste vor Ort, zum Beispiel Grundversorger zu Hause, im Langzeitbereich, regional gegebenenfalls auch im Akutbereich. Dies sind insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen und anderes Pflegepersonal, Fachpersonen Betreuung im Bereich Behindertenbetreuung, Fachpersonal im Langzeitbereich, andere mobile Dienste (z.B. für Personen mit ALS oder Demenz) oder Sozialdienste. Sekundäre Zielgruppe sind Patientinnen, Patienten und deren nahestehenden Bezugspersonen.»

Spezielle Mobile Palliativdienste für Kinder oder für neurologische Patienten (Bsp. ALS) waren in dem Mandat und der Erhebung nicht eingeschlossen.

1.4. Methodisches Vorgehen

1.4.1. Dokumentenanalyse und schriftliche Befragung

Anhand der vom BAG zur Verfügung gestellten Dokumente zur nationalen Strategie und Unterlagen zu den Resultaten vorangegangener Befragungen⁶ sowie einer ergänzenden Literatur- und Dokumentenrecherche wurde eine erste Analyse der bestehenden MPCD in der Schweiz vorgenommen. Auf dieser Grundlage wurde ein strukturierter Fragebogen (siehe Anhang) erarbeitet, welcher nach einem ersten Pretest und der Rücksprache mit dem BAG nochmals angepasst wurde. Bei der Durchführung des Pretests wurde darauf geachtet, dass je ein MPCD aus der Romandie und ein MPCD aus der Deutschschweiz befragt wurden. Anschliessend wurde der Fragebogen in schriftlicher und elektronischer Form an 26 MPCD versendet, welche aufgrund der Umfrageergebnisse «Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013»⁷ basierend auf einer Selbsterklärung der in den kantonalen Gesundheitsdirektionen für Palliative Care zuständigen Personen identifiziert wurden. Die Rücklaufquote des Fragebogens belief sich auf 100%. Der Fragebogen richtete sich primär an die Verantwortungsträger der MPCD, wobei in der Einleitung des Fragebogens explizit beschrieben wurde, dass der Einbezug der Mitarbeitenden erwünscht sei. 16 der 26 befragten Verantwortungsträger der MPCD haben zusätzlich Personen aus dem operativ tätigen Team in die Beantwortung des Fragebogens miteinbezogen.

Folgende Kantone sind im Aufbau eines ersten oder weiteren MPCD: SZ, ZG, BS, SO und ZH. Die für den Aufbau verantwortlichen Personen wurden im Rahmen dieses Projektes nicht schriftlich, sondern telefonisch befragt.

1.4.2. Auswertung der Fragebögen und telefonische Rückfragen

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte qualitativ und quantitativ. Dazu wurden die Antworten der 26 MPCD gemäss den Untersuchungsthemen «Auftrag und Organisationsstrukturen, Nutzung des Angebots, Personalstruktur und Zusammenarbeit, Aufgaben und Leistungen, Finanzierung» zusammengefasst. In einem weiteren Schritt der Auswertung bzw. Analyse wurde anhand der Or-

⁶ BAG und GDK (2012 und 2013): Bericht: Palliative Care – Befragung der Kantone. Bericht und Einzelantworten auf Fragen.

⁷ BAG und GDK (2013): Bericht: Palliative Care – Befragung der Kantone. Bericht und Einzelantworten auf Fragen.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 14/122

ganisationsstrukturen und Finanzierungsträger unterschiedliche Gruppen von MPCD (siehe Kapitel 2.1) gebildet, um die Vielfalt der Angebote, Strukturen, Organisations- und Zusammenarbeitsformen der MPCD in der Schweiz strukturiert darstellen zu können. Bei lückenhaften Fragebögen oder unklaren Antworten wurden parallel zur laufenden Auswertung telefonische Rückfragen zu den entsprechenden Themenfeldern durchgeführt.

1.4.3. Validierungsworkshop und Schlussbericht

Die Ergebnisse der Erhebung und Dokumentenanalyse wurden in einem provisorischen Schlussbericht zusammengeführt. Aufgrund der zu erwartenden sehr heterogenen Ausgestaltung der verschiedenen kantonalen und regionalen MPCD wurde am 28. November 2013 ein Workshop im Haus der Kantone durchgeführt. Die Teilnehmenden setzten sich aus 13 Verantwortungsträgerinnen und -trägern der bestehenden MPCD sowie 17 weiteren Vertreterinnen und Vertretern der GDK, des Bundesamtes für Gesundheit, kantonalen Ämter und der Hochschule Luzern – Wirtschaft zusammen. Im Rahmen dieses Workshops gaben die Teilnehmenden selbst ein direktes Feedback auf die erarbeitete strukturierte Darstellung sowie die Einbettung und die Besonderheiten ihres Dienstes. Die Ergebnisse des Workshops flossen in den definitiven Schlussbericht ein.

1.5. Dank

Wir bedanken uns bei allen Geschäftsleiterinnen und Geschäftsleitern sowie den Mitarbeitenden der befragten MPCD für ihre wertvolle Zeit und ihr grosses Engagement, welches diese Bestandesaufnahme erst ermöglicht hat.

Seitens des Bundesamtes für Gesundheit haben uns Frau von Wartburg und Frau Näf in der Vorbereitung und Durchführung der Erhebung und mit ihrem fachlichen Feedback bei der Konzipierung der Fragebögen wertvolle Unterstützung geleistet. Ein besonderer Dank geht auch an Frau Hoenger, Département de la santé et de l'action sociale, Kanton Waadt, für die Unterstützung bei der Erarbeitung und Übersetzung des Fragebogens ins Französische sowie an Irène Stuby und Ilona Schmidt von den Mobilien Palliative-Care-Diensten EMSP Réseau de soins PSHL, Blonay, und Onko Plus, Zürich, welche einen wichtigen Beitrag zur Durchführung der Pretests geleistet haben.

Unser Dank gilt zuletzt auch allen Teilnehmenden am Workshop für ihre wertvollen Rückmeldungen, die wir in den Schlussbericht einfliessen lassen konnten.

2. Organisationsstrukturen und Ausrichtung der mobilen Palliative-Care-Dienste

2.1. Organisationsform und Leistungsauftrag

Um die Vielfalt der Angebotsstrukturen, Trägerschaften und Zusammenarbeitsformen strukturiert abbilden zu können, wurden anhand der Auswertung der Organisationsformen, der Personalstrukturen, der Leistungsaufträge und der Finanzierungsformen fünf Gruppen gebildet, in die die 26 MPCD, welche in die Erhebung eingeschlossen wurden, eingeordnet werden.

Die erste **Gruppe A** (siehe Tabelle 1) umfasst die **sechs** MPCD, die als spezialisierte Onko- und Palliative Care-«Spitex» gegründet wurden und von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung getragen werden oder einem solchen Verein, wie im Falle der Krebsliga, angeschlossen sind.

Tabelle 1: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe A)

Kanton	MPCD	Organisationsform	Leistungsauftrag/-vereinbarungen
AG	Onko-Spitex Aargau	Teil der Krebsliga Aargau (Verein). Eigene Spitexzulassung.	Leistungsvereinbarungen mit den gemeinnützigen Spitexorganisationen der Grundversorgung als Auftraggeberinnen. ⁸
SG/AI/AR	Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz	Teil der Krebsliga Ostschweiz (Verein). Eigene Spitexzulassung. ⁹	Nein.
SH	Spitalexterne Onkologiepflege (seop) Schaffhausen /Krebsliga SH	Teil der Krebsliga Schaffhausen (Verein). Eigene Spitexzulassung.	Nein.
SO	Spitalexterne Onkologiepflege SEOP der Krebsliga Solothurn	Teil der der Krebsliga Solothurn (Verein). Eigene Spitexzulassung.	Nein.
ZH_MPCT_Win	Mobiles Palliative Care Team (MPCT) Spitalregion Winterthur	Privater Trägerverein «Verein Palliative Care Winterthur-Andelfingen». Kantonal anerkannte, gemeinnützige Spitexorganisation.	Leistungsvereinbarungen mit der Stadt Winterthur und einzelnen weiteren Gemeinden der Spitalregion Winterthur (ca. ¾ der Leistungen werden in der Stadt erbracht).
ZH_Onko_Plus	Onko Plus, Stiftung für mobile spezialisierte Palliative- und Onkologiepflege, Kanton Zürich	Private, gemeinnützige Stiftung für mobile spezialisierte Palliative- und Onkologiepflege im Kanton Zürich. Kantonal anerkannte, gemeinnützige Spitexorganisation.	Nein. Ab 2013 Verzicht auf Leistungsvereinbarungen mit Gemeinden des Kantons Zürich.

Quelle: Antworten aus der Befragung und Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

In vier der sechs Fälle ist die jeweilige kantonale Krebsliga Trägerin dieser spezialisierten Spitex. Im Kanton Zürich sind ein gemeinnütziger Verein und eine Stiftung Träger des Angebots. Ein wesentlicher Zweck dieses Vereins und der Stiftung ist die Erbringung eines solchen mobilen Angebots an onkologischer und palliativer Pflege.

Im Kanton Aargau und in der Region Winterthur haben die MPCD eine Leistungsvereinbarung mit den Gemeinden resp. den Spitex-Basisorganisationen als direkten Auftraggebern abgeschlossen. Die Leistungsvereinbarung regelt unter anderem die Auftragsabwicklung, Qualitätssicherung und die Übernahme der Restfinanzierung anerkannter Pflegekosten durch die öffentliche Hand. Die anderen MPCD haben keine Leistungsvereinbarung mit den Gemeinden, sondern erhalten die für

⁸ Die Gemeinden sind im Kanton Aargau per Pflegegesetz und -verordnung dazu verpflichtet, spezialisierte Pflegeangebote in den Bereichen Kinder-, Onkologie- und Psychiatriepflege sicherzustellen.

⁹ Die Krebsliga Ostschweiz bildete sich 2012 aus dem Zusammenschluss der Krebsligen St. Gallen-Appenzell und Glarus.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 16/122

Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag vorgesehene Restfinanzierung der Pflegevollkosten. Ein erheblicher Teil der Kosten der MPCD in dieser Gruppe (siehe Kapitel 3 Finanzierung) kann nur durch Spenden gedeckt werden.

Die zweite **Gruppe B** (siehe Tabelle 2) umfasst die **fünf** MPCD, die als spezialisierte Onko- und Palliative Care-Teams, Spezialdienste oder Fachstellen an eine Spitexorganisation mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung angeschlossen sind.

Tabelle 2: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe B)

Kanton	MPCD	Organisationsform	Leistungsauftrag/-vereinbarungen
BE_PaCa_Thun	Spezialteam Palliative Care (PaCa) der SPI-TEX Region Thun	Spezialdienst der SPITEX Region Thun (Verein).	Nein*
BE_SEOP	Spitalexterne Onkologiepflege der Spitex Stadt Bern	Spezialdienst der Spitex Bern (Verein).	Nein*
BS	Onko-Spitex der Spitex Basel-Stadt, Kanton BS	Spezialdienst der Spitex Basel-Stadt (Verein) für den Kanton Basel-Stadt	Die Spitex Basel erhält vom Kanton den Leistungsauftrag für den Spezialdienst Onkologiepflege und Palliative Care.
LU	Brückendienst der Spitex Stadt Luzern	Spezialdienst der Spitex Stadt Luzern (Verein).	Leistungsvereinbarung mit der Stadt Luzern und Zusammenarbeitsvertrag mit einigen umliegenden Agglomerationsgemeinden.
ZH_FS_ZH	Fachstelle für Palliative Care der Spitex Stadt Zürich	Fachstelle der Spitex Stadt Zürich (Verein und AG Spitex Limmat).	Leistungsvereinbarung mit der Stadt Zürich, die die Palliative Care einschliesst.

* Im Kanton Bern gilt seit 2013 ein modulares Vergütungssystem, welches die Versorgungspflicht der öffentlich-gemeinnützigen Spitex durch eine auf der Einwohnerzahl basierende pauschale Vergütung abgilt und darüber hinaus einen höheren Aufwand beispielsweise für Nachteinsätze, palliative Pflege oder Koordinationsleistungen über Zusatzbeiträge an alle Spitexorganisationen, welche solche Leistungen erbringen, vergütet. In diesem Sinne ist das «Nein» zu präzisieren als kein expliziter Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care und weitere Aufgaben eines MPCD.

Quelle: Antworten aus der Befragung und Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

Die MPCD dieser Gruppe haben entweder einen expliziten Leistungsauftrag für die Erbringung einer spezialisierten onkologischen oder palliativen Pflege oder erhalten im Fall des Kantons Bern nur die allgemeinen Zusatzbeiträge für palliative Pflege, Nachteinsätze oder Koordinationsleistungen gemäss der modularen Vergütung im Kanton Bern. Diese Ausprägung eines MPCD findet sich eher in Städten und ihnen angeschlossenen Agglomerationen. Die Spezialdienste oder Fachstellen richten sich in erster Linie an die eigenen Teams in der Grundversorgung und die Klienten in der Versorgungsregion der eigenen Spitex. Sie stehen aber auf der Basis von Leistungsvereinbarungen auch anderen Gemeinden (mit Ausnahme der Fachstelle der Spitex der Stadt Zürich) zur Verfügung. Da die Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand zumindest bei den drei Diensten Spezialteam Palliative Care (PaCa) der SPITEX Region Thun, spitalexterne Onkologiepflege der Spitex Stadt Bern und Brückendienst der Spitex Stadt Luzern nicht kostendeckend sind, wird ihre Finanzierung auch hier über Spendengelder oder eine Quersubventionierung sichergestellt.

Die dritte **Gruppe C** (siehe Tabelle 3) umfasst die **sechs** MPCD, die an ein Spital angeschlossen sind oder Teil der Spitalorganisation sind. Oft nutzen sie die Synergien zur Palliativstation oder dem spitalinternen Palliativkonsiliardienst. Die Integration in die Spitalorganisation und -struktur ist mehrheitlich bis auf die Ausnahme der Mobilien Palliativen Dienste des Spitals Thun mit einem Leistungsauftrag des Kantons verbunden. In den MPCD dieser Gruppe sind die Ärzte direkt in das Team und zumeist auch in die Führung des Teams eingebunden. Das Spitalzentrum Oberwallis und das Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis sind beide Teil des Spital Wallis.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 17/122

Tabelle 3: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe C)

Kanton	MPCD	Organisationsform	Leistungsauftrag/-vereinbarungen
BE_MPD_Thun	Mobile Palliative Dienste MPD Spital STS AG Thun	Angebot des Onkologiezentrums Thun-Berner Oberland der Spital STS AG Thun	Nein. ¹⁰
BL	Spitalexterne Onkologiepflege Baselland	Seit April 2013 in das Kantonsspital Baselland integriert.	Leistungsauftrag durch den Kanton an das Kantonsspital Baselland. Zusätzlich von einem eigenständigen Förderverein unterstützt.
GE	Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad	Teil der Hôpitaux Universitaires Genève, in Zusammenarbeit mit der imad (institution de maintien à domicile).	Leistungsauftrag des Kantons Genf an die «Hôpitaux Universitaires Genève» und die imad.
TG	«Palliative Plus» Kanton Thurgau	Teil des Spitals Münsterlingen der Spital Thurgau AG.	Leistungsauftrag des Kantons Thurgau an das Spital Münsterlingen.
VS_SZO	Mobiler Palliativdienst Oberwallis	Eigenständige Organisationsstruktur innerhalb des Spitalzentrums Oberwallis (SZO). Spitalextern wie -intern tätig.	Leistungsauftrag des Kantons Wallis an das Spital Wallis, Spitalzentrum Oberwallis.
VS_VR	Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du Valais romand	Angegliedert an das Centre Hospitalier du Valais romand, Martigny (Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis). Spitalextern wie -intern tätig.	Leistungsauftrag des Kantons Wallis an das Spital Wallis, Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis.

Quelle: Antworten aus der Befragung und Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

Die vierte **Gruppe D** (siehe Tabelle 4) umfasst **vier** MPCD, die als Organisation eine Brücke zwischen Spital und Spitex oder Spitex und Institutionen der sozialen Arbeit/Freiwilligenarbeit darstellen und somit verschiedene Versorgungsbereiche direkt in ihre Organisation eingebunden haben. Hinter diesen MPCD steht ein Leistungsauftrag des Kantons oder im Falle Graubündens die kantonale Mitfinanzierung des Pilotprojektes. Der Leistungsauftrag stellt aber nur einen gewissen Teil der Finanzierung sicher. Ein Teil der Erträge dieser Gruppe wird über verrechenbare Leistungen und Spenden generiert.

Tabelle 4: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe D)

Kanton	MPCD	Organisationsform	Leistungsauftrag/-vereinbarungen
FR	EMSP Voltigo, équipe intra- et extrahospitalière interdisciplinaire	Geführt von der Krebsliga Freiburg im Rahmen einer Vereinbarung mit dem Freiburger Spital.	Leistungsauftrag der Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons.
GR	Pilotprojekt Palliativer Brückendienst Graubünden	Als Pilotprojekt mit den Institutionen Kantonsspital Graubünden, Regionalspital Surselva, Spitex Foppa, der Krebsliga Graubünden, palliative gr und der Menzi-Jenny-Gertrud Stiftung verbunden. Zwei Standorte: Chur und Umgebung sowie Surselva.	Das Gesundheitsamt Graubünden finanziert einen Teil des Brückendienstes im Rahmen des Pilotprojekts.
TI_Hospice	Associazione Hospice Ticino	Ein privater gemeinnütziger Verein. Vier Standorte (Bellinzona, Locarno, Lugano und Mendrisio).	Leistungsvertrag mit dem Kanton, im Rahmen des Gesetzes «Legge sull' Assistenza e Cure a Domicilio».
TI_Triangolo	Associazione Triangolo	Ein privater gemeinnütziger Verein.	Leistungsauftrag durch das Kantonale Gesundheitsdepartement.

Quelle: Antworten aus der Befragung und Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

¹⁰ Die Spital STS AG Thun hat beim Kanton Bern mehrfach eine Anfrage bezüglich Leistungsauftrag für eine spezialisierte Palliativstation lanciert, der bisher nicht stattgegeben wurde.

Die fünfte **Gruppe E** (siehe Tabelle 5) umfasst **fünf** MPCD, welche als Teil eines kantonalen Programms oder einer interkantonalen Vereinbarung über einen direkten kantonalen Leistungsauftrag verfügen. Die vier mobilen Palliative-Care-Dienste des Kanton Waadt werden bei dieser Zählweise innerhalb dieser Gruppe separat erfasst. Sie sind an die vier «réseau de soins» des Kanton Waadt angegliedert. Ihre Finanzierung erfolgt im Rahmen des «Programme cantonal de développement des soins palliatifs du canton de Vaud». Trotz dieses gemeinsamen Rahmenprogramms sind sie aber von der Führung und Organisation her in einem gewissen Sinn unabhängig. Der MPCD BEJUNE wird kantonsübergreifend für die Versorgungsregion Berner Jura, Kanton Jura und Kanton Neuenburg organisiert und von den Gesundheitsdirektionen der drei Kantone mandatiert und finanziert.

Die Kosten der Erfüllung des Leistungsauftrags werden im Rahmen eines Globalbudgets vergütet. Die MPCD dieser Gruppe sind praktisch ausschliesslich konsiliarisch tätig und verrechnen ihre Leistungen gegenüber anderen Diensten und Klienten (mit wenigen Ausnahmen) nicht.

Tabelle 5: Organisationsform und Leistungsauftrag MPCD (Gruppe E)

Kanton	MPCD	Organisationsform	Leistungsauftrag/-vereinbarungen
JU, NE, BE	EMSP BEJUNE	Verein. Träger sind die drei Kantone BE, JU und NE, vertreten durch den jeweiligen Regierungsrat, resp. Minister, für Gesundheit (und Soziales).	On peut interpréter comme mandat de prestation le fait que l'Association ait été créée par les services de santé publique pour une mission de SP spécialisés.
VD_ARC	Equipe mobile de soins palliatifs du réseau ARC, Aubonne	Angegliedert an das Réseau ARC und das Etablissement hospitalier de la Côte (EHC)	Mandat de prestation signé entre le Service de la Santé Publique (SSP) et le réseau de soins.
VD_ARCOS	Equipe mobile de soins palliatifs du réseau ARCOS (Lausanne)	Angegliedert an das réseau de soins régional (ARCOS – Lausanne), die Führung ist delegiert an das CHUV	Mandat de prestation signé entre le Service de la Santé Publique (SSP) et le réseau de soins.
VD_RNB	Equipe mobile de soins palliatifs du réseau Nord Broye (RNB)	Angegliedert an die Association du réseau de soins de la Broye et du Nord Vaudois	Mandat de prestation signé entre le Service de la Santé Publique (SSP) et le réseau de soins.
VD_PSHL	Equipe mobile soins palliatifs est vaudois, Blonay	Angegliedert an das réseau des soins PSHL	Mandat de prestation signé entre le Service de la Santé Publique (SSP) et le réseau de soins.

Quelle: Antworten aus der Befragung und Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

Die 26 untersuchten MPCD lassen sich entsprechend der hier vorgenommenen Gruppeneinteilung zu folgenden fünf Typen zusammenfassen:

- MPCD der Gruppe A: Der MPCD als **spezialisierte Spitexorganisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung**, zum Teil mit Leistungsaufträgen von Städten und Gemeinden. Die Finanzierung durch die öffentliche Hand erfolgt über die Restfinanzierung von Pflegekosten, ein substantieller Anteil der Finanzierung wird mit Spendengeldern und/oder Mitgliederbeiträgen sichergestellt.
- MPCD der Gruppe B: Der MPCD als **Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung**. Die Spitex deckt zumeist eine grössere Stadt oder Versorgungsregion ab.¹¹ Die Finanzierung des MPCD erfolgt im Rahmen der Leistungsaufträge und/oder Restkostenfinanzierung der Pflegekosten und bei nicht kosten-

¹¹ Liste der 20 grössten Schweizer Städte (ständige Wohnbevölkerung Stand 31.12.2012): **Zürich: 380'777**, Genève: 189'033, **Basel: 165'566**, Lausanne: 130'421, **Bern: 127'515**, Winterthur: 104'468, **Luzern: 79'478**, St. Gallen: 74'111, Lugano: 56'038, Biel/Bienne: 52'351, **Thun: 42'735**, Köniz: 39'375, La Chaux-de-Fonds: 38'267, Fribourg: 36'633, Schaffhausen: 35'413, Chur: 34'087, Vernier: 33'744, Neuchâtel: 33'474, Uster: 32'748, Sion: 31'207.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 19/122

- deckenden Beiträgen der öffentlichen Hand unter Einsatz von Spendengeldern des Spitexvereins.
- MPCD der Gruppe C: Der MPCD als **Organisationseinheit eines Spitals**. Die Finanzierung erfolgt im Wesentlichen als Teil eines Leistungsauftrags des Kantons an das Spital (Ausnahme das Spital Thun).
 - MPCD der Gruppe D: Der MPCD als **versorgungsbereichsübergreifende Institution** (Spital/Spitex/Institutionen der Sozialen Arbeit und Freiwilligenarbeit) mit einem Leistungsauftrag des Kantons. Seine Finanzierung wird in einer Mischfinanzierung von Beiträgen der öffentlichen Hand, Dienstleistungserträgen und Spenden sichergestellt.
 - MPCD der Gruppe E: Der MPCD wird im Rahmen eines **kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst** ausserhalb von Spitalstrukturen organisiert und finanziert.

Die Einteilung der 26 MPCD in diese fünf Gruppen wird sich auch in der Analyse der Ziele und Aufgaben, der Aufgabenteilung und Vernetzung, der Personalstrukturen und der von den MPCD genannten Herausforderungen widerspiegeln. Sie wurde am Validierungsworkshop diskutiert und von den Teilnehmenden für gut befunden. Die MPCD der verschiedenen Gruppen bewegen sich in ihrer Entwicklung zum Teil aufeinander zu und die Gruppen überlappen sich in gewissen Eigenschaften. Die Einteilung ermöglicht es aber, wichtige Gemeinsamkeiten der MPCD innerhalb ihrer Gruppe und signifikante Unterschiede in der heutigen Ausgangslage der MPCD zwischen den Gruppen rasch zu erfassen und zu vertiefen.

Die Organisationsstrukturen der MPCD stehen in einer ständigen Entwicklung. Deshalb bietet die vorliegende Bestandesaufnahme eine Momentaufnahme Stand 30.11.2013.

Ein Beispiel dieser ständigen Entwicklung ist der Auftrag des Kantons Basel-Stadt an die Spitex Basel-Stadt und das Palliativzentrum Hildegard, innerhalb eines Pilotprojekts ein mobiles Palliative-Care-Team (MPCT) und eine Koordinationsstelle zu führen.¹² Das mobile Palliative-Care-Team wird eine Ergänzung zur Onko-Spitex der Stadt Basel-Stadt sein und vor allem als Zweitliniendienst der konsiliarischen Unterstützung aller Grundversorger in palliativen Fragen dienen. Start dieses Teams ist Dezember 2013. Mit diesem erweiterten Leistungsauftrag wird sich die Gesamtstruktur des mobilen Palliative-Care-Dienstes Basel-Stadt in Richtung derjenigen der Gruppe D oder E verschieben und heutige Antworten zur Personalstruktur, Aufgabenteilung zwischen spezialisierter palliativer Versorgung und der Grundversorgung, zur Inanspruchnahme durch verschiedene Zielgruppen und zur Vernetzung verschiedener Angebote dürften innert Jahresfrist deutlich anders ausfallen.

Im Kanton Solothurn ist eine Erweiterung des Angebots der Spitalexterne Onkologiepflege SEOP der Krebsliga Solothurn in Vorbereitung. Einerseits soll mit Hilfe einer Anschubfinanzierung die Weiterbildung der Grundversorger gefördert werden. Zum anderen sollen im Rahmen eines erweiterten Leistungsauftrags, finanziert durch die öffentliche Hand und Dienstleistungserträge, ein ärztlicher Konsiliardienst in die SEOP eingebunden werden und eine Öffnung der Zielgruppen auf Institutionen und alle Krankheitsbilder erfolgen.

Diese dynamische Entwicklung zeigt sich auch in der Planung von MPCD in den Kantonen Schwyz und Zug, die bislang nicht über solche Dienste verfügten, und dem Aufbau eines weiteren MPCD im Kanton Zürich. Gemäss einem Telefoninterview und Angaben im «Umsetzungskonzept Palliative Care» soll im **Kanton Schwyz** im Verlauf des Jahres 2014 im Rahmen des bestehenden Kompetenzzentrums Palliativmedizin und -pflege am Spital Schwyz ein mobiles Palliative-Care-Team

¹² Das Palliativzentrum Hildegard ist eine Klinik für spezialisierte Palliative Care mit einem Leistungsauftrag des Kantons Basel-Stadt.

Luzern, 13. Januar 2014

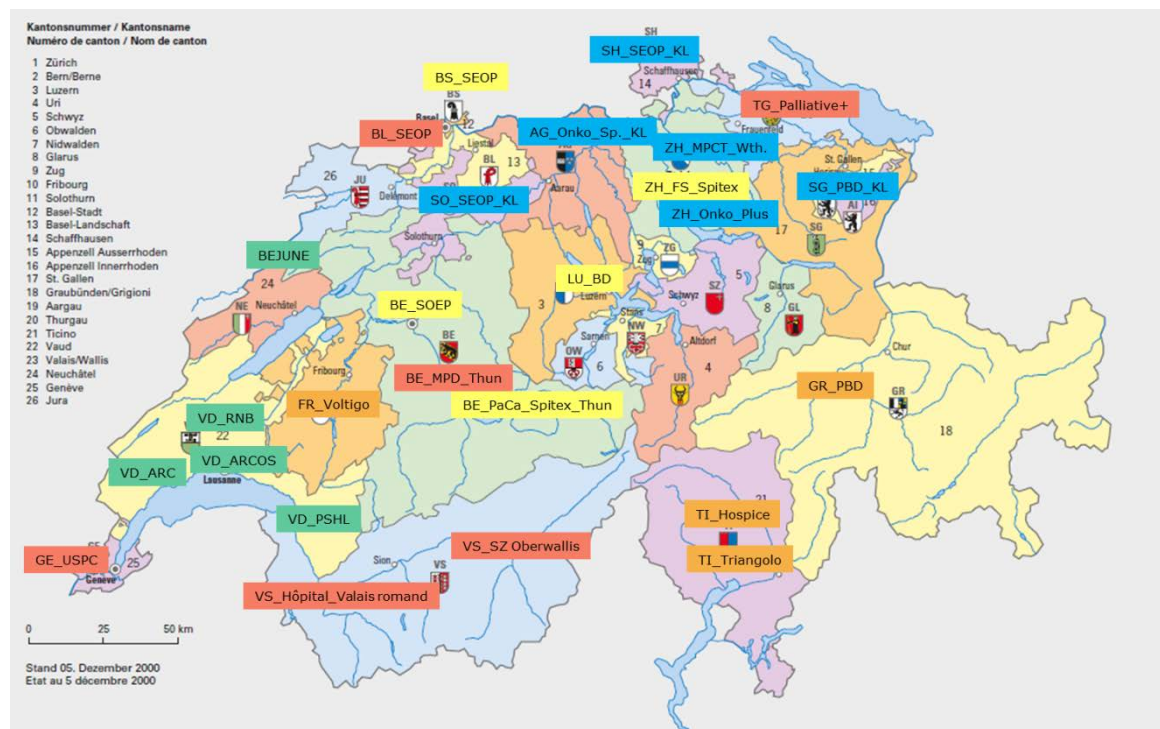
Seite 20/122

aufgebaut werden.¹³ Geplant ist ein interdisziplinäres Team aus Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden, welches konsiliarisch allen Leistungserbringern der Grundversorgung (Institutionen der Langzeitpflege, Spitex, privaten Pflegefachfrauen) sowie auch den Patienten und Angehörigen selbst zur Verfügung steht. Die Finanzierung soll über die Mittel des Kompetenzzentrums und Einnahmen aus verrechneten Leistungen (Tarmed) erfolgen. Dieses mobile Palliative-Care-Team wäre in der Einteilung dieser Studie der **Gruppe C** zuzuordnen.

Der Aufbau eines mobilen Palliative-Care-Teams am Spital Affoltern ist zwar im Leistungsauftrag des Kantons bereits aufgeführt, die Finanzierung und damit auch das definitive Umsetzungskonzept sind aber noch nicht gesichert. Im Kanton Zug ist ein Umsetzungskonzept durch den Verein Palliativ Zug in Erarbeitung.

Abbildung 2 fasst die in der Erhebung eingeschlossenen 26 MPCD in ihrer geografischen Verteilung und der Einteilung in die verschiedenen Gruppen nochmals zusammen.

Abbildung 2: Strukturierte Landkarte der MPCD in der Schweiz



Quelle: Eigene Darstellung

2.2. Gründung der MPCD und Vorläuferprojekte

Einen interessanten Blick auf die Entwicklung der mobilen Palliative-Care-Dienste in der Schweiz erlaubt auch die Zusammenstellung ihrer Gründungsjahre und Vorläuferprojekte.

Tabelle 6 zeigt, dass die grosse Mehrzahl der MPCD aus der Gruppe A vor längerer Zeit, zum Teil bereits in den 80er oder 90er Jahren, gegründet wurde oder ein Vorläuferprojekt hat. Dies gilt zum Beispiel für alle MPCD, deren Träger die Krebsliga ist, aber auch für die Stiftung Onko Plus. Ähnliches gilt für die Entwicklung einer spezialisierten Onkologiepflege in den grösseren Spitexorganisationen, die bereits früher einsetzte und sich zu einer umfassenderen Palliative Care erweiterte.

¹³ Das Umsetzungskonzept im Kanton Schwyz ist zunächst als Pilotprojekt mit einer Laufzeit bis 31.08.2017 konzipiert.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 21/122

Das Jahr 2011 steht bei dem Spezialteam Palliative Care der Spitex Thun und dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern für die Umsetzung eines umfassenden Konzepts Palliative Care.

Tabelle 6: Gründungsjahr und Vorläuferprojekte (Gruppe A und B)

Kanton	Organisation	Gründungs- jahr	Vorläuferprojekt
Gruppe A			
AG	Onko-Spitex Aargau	1999	Ambulante Onkologiepflege seit 1996
SG, AI, AR	Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz	2001	Pilotprojekt
SH	Spitalexterne Onkologiepflege (seop) Schaffhausen /Krebsliga SH	1987	Nein
SO	Spitalexterne Onkologiepflege SEOP der Krebsliga Solothurn	2005	Nein
ZH_MPCT_Win	Mobiles Palliative-Care-Team (MPCT) Spitalregion Winterthur	2010	2 Jahre (2008/2009 als Pilotbetrieb: vertraglich gebundene freiberufliche Pflegende, kein Büro)
ZH_Onko Plus	Onko Plus, Stiftung für mobile spezialisierte Palliative- und Onkologiepflege, Kanton Zürich	1989	Nein
Gruppe B			
BE_PaCa_Thun	Spezialteam Palliative Care (PaCa) der SPITEX Region Thun	2011	Palliativ-Gruppe mit einzelnen Mitarbeitern aus den Stützpunkten der SPITEX Region Thun
BE_SEOP	Spitalexterne Onkologiepflege der Spitex Stadt Bern	2000	Nein
BS	Onko-Spitex der Spitex Basel-Stadt, Kanton Basel Stadt	2005/2014 ¹⁴	SEOP Basel-Stadt
LU	Brückendienst der Spitex Stadt Luzern	2011	Nein
ZH_FS_ZH	Fachstelle für Palliative Care der Spitex Stadt Zürich	2006	Nein

Quelle: Antworten aus der Befragung

Tabelle 7 gibt die Gründungsjahre und Vorläuferprojekte der Gruppe C wieder.

Tabelle 7: Gründungsjahr und Vorläuferprojekte (Gruppe C)

Kanton	Organisation	Gründungs- jahr	Vorläuferprojekt
Gruppe C			
BE_MPD_Thun	Mobile Palliative Dienste MPD Spital STS AG Thun	2012	SEPP Spital externe Palliativpflege seit 2003
BL	Spitalexterne Onkologiepflege Baselland	1998/2013 ¹⁵	Verein Spitalexterne Onkologiepflege Baselland (1992)
GE	Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad	2012	2007 gab es bereits eine andere Equipe.
TG	«Palliative Plus» Kanton Thurgau	2011	Nein
VS_SZO	Mobiler Palliativdienst Oberwallis	2008	Nein
VS_VR	EMSP du Valais romand	2010	Nein

Quelle: Antworten aus der Befragung

¹⁴ Bereits angesprochen: Weiterentwicklung des Angebots durch Aufbau eines konsiliarisch tätigen mobilen Palliative-Care-Teams und einer Koordinationsstelle gemeinsam mit dem Spital Palliativzentrum Hildegard.

¹⁵ Seit April 2013 ist die SEOP Baselland in das Kantonsspital Baselland integriert. Zwischen 1998 und 2013 war ihre Organisationsform diejenige einer Spitex, getragen von einem Förderverein (bis 2013 zu Gruppe A zuzuordnen). Sie wurde administrativ von der Spitex Region Liestal und der Krebsliga BL unterstützt (Jahresbericht Spitalexterne Onkologiepflege Baselland (2012)).

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 22/122

Die Zusammenstellung zeigt, dass die Gründung und Anbindung von mobilen Palliative-Care-Diensten an Spitäler (Gruppe C) mit Ausnahme des Spitalzentrums Oberwallis (im Jahr 2008) erst eine neuere Entwicklung ist. Dieser Gruppe wäre auch das mobile Palliative Care Team zuzuordnen, welches im Verlauf des Jahres 2014 im Rahmen des Kompetenzzentrums am Spitals Schwyz starten soll.

Tabelle 8: Gründungsjahr und Vorläuferprojekte (Gruppe D und E)

Kanton	Organisation	Gründungs- jahr	Vorläuferprojekt
Gruppe D			
FR	EMSP Voltigo	2013	Projet pilote Voltigo (2011-2013) duquel s'est perennise l'EMSP Voltigo, Anterieurement (2005-2010) : equipe relais provenant de l' unite de soins palliatifs de Chatel
GR	Pilotprojekt Palliativer Brückendienst Graubünden	2013	MPCD Surselva, Pilotprojekt Juli 2011 – Juli 2013
TI_Hospice	Associazione Hospice Ticino	2000	Hospice Mendrisio, Hospice Lugano
TI_Triangolo	Associazione Triangolo	2001	Associazione Triangolo seit 1988
Gruppe E			
JU, NE, BE	EMSP BEJUNE	2012	Equipe mobile de La Chrysalide, seulement canton de NE, avec 0,2 EPT médecin et 0,2 EPT infirmier depuis 2000 (0,5 EPT infirmier dès 2010)
VD_ARC	EMSP - ARC	2003	Nein
VD_RNB	EMSP du reseau nord et de la broye (RNB)	2005	Nein
VD_ARCOS	EMSP du réseau ARCOS	2003	Nein
VD_PSHL	EMSP est vaudois, Blonay	2003	Nein

Quelle: Antworten aus der Befragung

In der Gruppe D stehen den schon seit 12 respektive 13 Jahren existierenden Angeboten im Kanton Tessin zwei Neugründungen im Jahr 2013 in den Kantonen FR und GR, darunter ein Pilotprojekt, gegenüber.

In der Gruppe E besteht das «Programme cantonal de développement des soins palliatifs du canton de Vaud» nun seit zehn Jahren. Der «EMSP BEJUNE» existiert in der heutigen kantonsübergreifenden Form und Abdeckung für NE, JU und das Berner Jura erst seit 2012, blickt aber auf das Vorläuferprojekt (seit 2000) eines mobilen Palliative Care Teams im Kanton NE zurück.

Die innerhalb und zwischen den Gruppen zum Teil sehr unterschiedlichen Gründungsjahre der heutigen MP CD (resp. ihrer Vorläuferprojekte) verdeutlichen die unterschiedlichen Initiativen, Programme und Träger, der sie ihre Gründung verdanken. Zugleich geben sie einen wertvollen Anhaltspunkt für den Erfahrungsaustausch und die Interpretation heutiger Leistungszahlen in Bezug auf die Dauer der Verankerung und Präsenz in der Versorgungslandschaft und Öffentlichkeit. In einzelnen Kantonen liegen zum Teil bereits mehrjährige Erfahrungen und wie im Beispiel des Kantons VD oder der Stadt Zürich auch interessante, vollständig oder auszugsweise publizierte Evaluationen vor.¹⁶

¹⁶ In der Erhebung wurde nicht explizit und systematisch nach bereits durchgeführten Evaluationen gefragt. Deshalb werden die drei Evaluation «Imhof, L., Waldböth, V. Kipfer, S. (2013). Evaluation der Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich» «Cornaz, S. et al. (2012), Evaluation du programme cantonal de soins palliatifs dans le canton de vaud. Rapport final. Lausanne: Raisons de santé 201» und «Maillard Strüby, F.V. (2012). Rapport final de l'évaluation du projet pilote Equipe Mobile de Soins Palliatifs EMSP Voltigo. Non publié, auszugsweise zitiert in Fournier (2013)» hier als Beispiele für und Hinweise auf weitere interessante Evaluationen aufgeführt.

2.3. Versorgungsabdeckung durch die spezialisierte mobile Palliative Care

Tabelle 9 setzt die geografische Abdeckung der Kantone durch die MPCD (siehe Abbildung 2) in Bezug zur Bevölkerung der Versorgungsregionen.

Tabelle 9: Abdeckung der Kantone durch die MPCD und Spitexorganisationen der Grundversorgung

Kanton	Spitexorganisationen ¹				Bevölkerung ²	Durch MPCD abgedeckte Versorgungsregion ³	Nicht im Spital/Pflegeheim verstorben ⁴		Hochrechnung Fälle spez. PC / Jahr ³
	Gemeinnützige/öffentlich-rechtliche	Erwerbswirtschaftliche	Selbstst. Pflegefachpers.	Total			2011	Schnitt 2006-2011	
AG	76	13	37	126	627'340		989	1'033	581
AI	2	1	-	3	15'717 ^a		38	50	18
AR	10	1	-	11	53'438 ^a		69	101	60
BE	69	64	147	280	992'617	587'906 ^b	1'624	1'686	1'193
BL	31	18	16	65	276'537		424	472	293
BS	15	23	9	47	187'425		309	446	272
FR	11	1	46	58	291'395		334	391	262
GE	3	5	52	60	463'101		549	543	405
GL	4	1	1	6	39'369	0	74	82	49
GR	21	3	17	41	193'920	110'000 ^c	340	356	214
JU	3	1	4	8	70'942		118	126	86
LU	42	14	10	66	386'082	192'743 ^d	558	585	367
NE	4	2	40	46	174'554		303	305	202
NW	1	2	1	4	41'584	0	25	61	36
OW	1	3	-	4	36'115	0	46	47	32
SG	63	10	15	88	487'060		672	822	486
SH	14	4	3	21	77'955		103	176	95
SO	43	9	6	58	259'283 ^e		484	522	291
SZ	11	7	1	19	149'830	0 ^f	266	258	141
TG	37	5	22	64	256'213		382	427	249
TI	8	19	70	97	341'652		472	462	385
UR	1	1	-	2	35'693	0	51	62	42
VD	16	20	27	63	734'356		1'034	1'023	689
VS	6	-	25	31	321'732		551	568	334
ZG	6	5	-	11	116'575	0	168	172	95
ZH	119	41	83	243	1'408'575 ^g		1'982	2'229	1'362
CH	617	273	632	1'522	8'039'060	6'937'924	11'965	13'001	8'238

^a Wird durch die Krebsliga Ostschweiz abgedeckt.

^b Gemäss Angaben der befragten MPCD werden in der Spitalregion Berner Oberland West durch die MPCD ca. 143'000 Personen versorgt. Die SEOP Bern versorgt die Grossregion Stadt Bern mit 390'906 Personen. Ein weiterer Teil des Kantons Bern, der Berner Jura mit ca. 54'000 Personen, wird durch den MPCD BEJUNE abgedeckt.

^c Der Brückendienst Graubünden deckt als Pilotprojekt zurzeit erst die beiden Regionen Chur und Surselva ab.

^d Bislang werden durch den Brückendienst der Spitex Stadt Luzern die Stadt Luzern sowie einige angeschlossene Agglomerationsgemeinden abgedeckt. Der Kanton hat jedoch eine vertiefte Bedarfsabklärung für ein regional differenziertes, flächendeckendes Angebot in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse Ende 2014 vorliegen werden.

^e Die westliche Region des Kantons SO wird über die SEOP BL versorgt.

^f In Vorbereitung, wird Mitte 2014 starten.

^g Die Städte Zürich (380'777 Einw.) und Winterthur (ca. 200'000 Einw.) sind eng abgedeckt. Die Onko Plus deckt zusätzlich den ganzen Kanton Zürich ab und das Zürcher Weinland wird teilweise noch durch Palliative Plus Thurgau abgedeckt.

Quelle: ¹ BFS Spitex Statistik (2012), ² BFS Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 2012, ³ Eigene Berechnung, ⁴ Obsan (2013) Lieu de décès

Die Gegenüberstellung der Bevölkerungszahlen in den durch MPCD abgedeckten Versorgungsregionen zur Gesamtbevölkerung in den Kantonen zeigt, dass aus dem Blickwinkel des Einzugsgebiets

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 24/122

der MPCD betrachtet 6.94 Mio. Menschen, d.h. 86 Prozent der Bevölkerung, Zugang zu spezialisierten Leistungen der MPCD haben (Stand Nov. 2013). Rechnet man den Start des MPCD im Kanton SZ im Herbst 2014 und einen gegebenenfalls positiven Entscheid des Kantons Luzern und der Gemeinden (in Abhängigkeit vom Ergebnis der vertieften Bedarfsabklärung) für ein flächendeckendes Angebot eines MPCD hinzu, wird sich dieser Anteil nochmals erhöhen.

Dieser Abdeckungsgrad aus dem Blickwinkel des Einzugsgebiets ist jedoch mit grosser Zurückhaltung und Vorsicht zu interpretieren. Der Bevölkerungsanteil in den Versorgungsregionen allein sagt nichts über die realen Zugangsbedingungen der Palliative Care Patientinnen/Patienten, Grundversorger und Angehörigen zu den Leistungen der MPCD aus. Ziel der nationalen Strategie ist ein Zugang zur spezialisierten Versorgung im jeweiligen Wohnumfeld für alle schwerkranken und sterbenden Menschen. Das Wohnumfeld umfasst nicht nur die eigene Wohnung, sondern auch Langzeitpflegeinstitutionen oder sozialmedizinische Institutionen. Eine weitere Strukturqualität ist eine Abdeckung an 7 Tagen/24 Stunden.

Die MPCD haben in ihren Antworten selbst Grenzen ihres heutigen Angebots genannt, die sie gerne unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgerechtigkeit überwinden wollen. Darunter fällt zum Beispiel die primär auf onkologische Patienten beschränkte Ausrichtung der MPCD, welche von der Krebsliga getragen werden (vier von sechs MPCD in der Gruppe A) und einen wichtigen Anteil ihrer Aktivitäten aus Spendengeldern finanzieren. Das Ziel einer grösseren Öffnung gegenüber nicht onkologischen Palliativpatientinnen und -patienten findet sich aber auch bei anderen MPCD. Oder es zeigen sich grosse Unterschiede in der Intensität der Zusammenarbeit mit Langzeitpflegeinstitutionen, die ebenfalls eng korreliert ist mit der Ausgestaltung der Leistungsverträge und Finanzierung der MPCD. Auf diese Unterschiede wird in den folgenden Kapiteln noch ausführlich eingegangen. Sie werden zeigen, dass mehrdimensionale Kriterien notwendig sind, um den Abdeckungsgrad durch mobile spezialisierte Dienste sinnvoll beschreiben zu können.

Die Tatsache, dass in Tabelle 9 bestimmte Versorgungsregionen nicht oder nur partiell durch einen MPCD abgedeckt werden, bedeutet nicht, dass die Bewohner dort keinen Zugang zur ambulanten spezialisierten Palliative Care haben. Im Kanton BE decken zum Beispiel die Spitex Seeland (Biel/Bienne: 52'351 Einwohner) und die Spitex RegionKöniz (Köniz: 39'375 Einwohner), im Kanton Zug die Spitex Kanton Zug und in der Region Zürcher Oberland das Palliative Care Team der Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland Spital Wetzikon die spezialisierte Palliative Care in weiten Teilen ab, ohne dass sie in der Befragung der Kantone im Sommer 2013 von den in den kantonalen Gesundheitsdirektionen für Palliative Care zuständigen Personen als spezialisierte (spitalexterne) mobile Palliative-Care-Dienste identifiziert worden wären. In den folgenden Kapiteln wird die Frage aufgegriffen, aufgrund welcher Kriterien ein Palliative-Care-Team, angeschlossen an eine Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung (MPCD der Gruppe B) oder an ein Spital (MPCD-Typ der Gruppe C), als MPCD im Sinne der Versorgungsstrukturen der nationalen Strategie zu bezeichnen ist.

Der Zugang zur spezialisierten Versorgung ist auch eng mit der Qualität und Intensität der Zusammenarbeit zwischen den MPCD und der Grundversorgung verbunden. In der linken Hälfte von Tabelle 9 wird die Anzahl Spitexorganisationen pro Kanton wiedergegeben. Sie zeigt, dass in einigen Kantonen wie AG, BE, BL, GR, LU, SG, SH, SO, SZ, TG und ZH den MPCD eine hohe Anzahl von Spitexorganisationen der Grundversorgung gegenüberstehen, zu denen Schnittstellen aufgebaut und gepflegt werden müssen.¹⁷ Interessanterweise findet sich in fünf dieser Kantone (AG, SG, SH,

¹⁷ In verschiedenen Kantonen wie z.B Zug, Freiburg oder Basel-Stadt weist die Spitexstatistik bei den öffentlich-gemeinnützigen Organisationen die Anzahl Regionalstellen oder Stützpunkte aus, obwohl diese von einer gemeinsamen Geschäftsstelle geführt werden und somit einer Organisation und einem Verein angehören.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 25/122

SO, ZH) ein MPCD des Typs der Gruppe A, d.h. eine spezialisierte Spitexorganisation, getragen von der Krebsliga und der gemeinnützigen Stiftung Onko Plus. In BL, TG und SZ (geplant) wurde oder wird der MPCD an ein Spital angegliedert. Im Kanton TG wurde ergänzend ein Weiterbildungsprogramm für die Spitexorganisationen der Grundversorgung vom Kanton finanziert. In den Kantonen BE und LU sind MPCD zur Zeit nur in bestimmten Versorgungsregionen tätig, es fehlt gegenwärtig noch an einer flächendeckenden Verfügbarkeit von konsiliarischen Leistungen der spezialisierten Palliative Care.

In den letzten drei Spalten von Tabelle 9 werden Zahlen bereit gestellt, die eine grobe Abschätzung der Nachfrage nach ambulanten spezialisierten Diensten erlauben könnten. In der drittletzten und vorletzten Spalte werden die Anzahl Personen, die im Jahr 2011 resp. im Durchschnitt der Jahre 2006-2011 weder im Spital noch im Pflegeheim verstorben sind, pro Kanton aufgeführt.¹⁸ Leider ist den Autoren dieser Studie kein Schlüssel für eine Abschätzung bekannt, welcher Anteil dieser Gruppe auf **ambulante** spezialisierte Palliative Care Leistungen angewiesen wäre.

Die absoluten Zahlen der nicht stationären Sterbeorte pro Kanton zeigen dennoch eine gewisse Obergrenze für die Inanspruchnahme solcher Leistungen auf. Die Fallzahlen in kleineren Kantonen und die topografische und geografische Gliederung der Schweiz (mit zum Teil langen Wegzeiten) legt eine interkantonale Zusammenarbeit nahe. Eine solche zeigt sich zum Beispiel in der Zusammenarbeit der Kantone JU und NE sowie der Region Berner Jura im EMSP BEJUNE, in der Zusammenarbeit zwischen der SEOP BL und der SEOP Solothurn für die westliche Region des Kantons SO, in der Zusammenarbeit der Ostschweizer Kantone SG, AI und AR im palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz, der Zusammenarbeit des Unterwallis und des Kantons VD im Rahmen des EMSP PSHL und einer teilweisen Abdeckung des Zürcher Weinlands durch Palliative Plus TG.

Die Leistungen der MPCD wie auch der Grundversorger dürfen nicht allein an der Verteilung der Sterbeorte gemessen werden. Ebenso wichtig sind gewonnene zusätzliche Tage zu Hause, auch wenn ein Patient zuletzt in einem Spital oder Pflegeheim stirbt, die Vermeidung von unnötigen Spitaleintritten und die Stärkung der Lebensqualität. Statistiken einzelner MPCD zu den Sterbeorten ihrer Patienten zeigen, dass ungefähr die Hälfte der betreuten Patienten letztlich zu Hause gestorben ist, aber auch die andere Hälfte konnte von ihrem Leistungsangebot profitieren.¹⁹ In der letzten Spalte von Tabelle 9 wird aus diesem Grund eine Hochrechnung der Patienten, die gemäss Abschätzungen in der nationalen Strategie Zugang zu einer spezialisierten Versorgung benötigen und nicht im Rahmen der Grundversorgung betreut werden können, für alle Kantone vorgenommen. Diese Hochrechnung umfasst alle Patienten, sowohl in der stationären als auch ambulanten spezialisierten Versorgung.

Das Dokument «Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015» geht davon aus, dass rund 2/3 der Todesfälle eines Jahres Palliativpatienten sind, von denen 80 Prozent in der Grundversorgung und 20 Prozent in der spezialisierten Versorgung behandelt und gepflegt werden.²⁰ Hier wäre es für die Kapazitätsplanung der MPCD interessant, wie viele dieser Patienten – zumindest zeitweise – in der ambulanten Versorgung Zugang zur spezialisierten Versorgung benötigen. Umgekehrt wäre es interessant, anhand der kantonalen Leistungszahlen in den Palliative-Care-Netzwerken (stationär und ambulant) die Qualität dieser Abschätzung und die nationalen Zahlen bottom-up zu überprüfen und zu validieren.

¹⁸ Diese Zahlen stünden für eine Hochrechnung sogar aufgeschlüsselt nach Altersgruppen zur Verfügung.

¹⁹ Zahlen über die Sterbeorte liegen hier vor allem von MPCD vor, die in erster Linie tätig sind.

²⁰ BAG/GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Die Ableitung dieser Grössen aus ausländischen Studien und Erfahrungen findet sich auf den Seiten 10-11. Siehe auch Tabelle 1 der Publikation.

2.4. Die Aufgabenteilung zwischen MPCD und der Grundversorgung Palliative Care

2.4.1. Die grundsätzliche Ausrichtung der Tätigkeit

Ein wichtiges Merkmal der Organisationsstruktur eines MPCD ist die in den Zielen vorgesehene Aufgabenteilung zwischen MPCD und den Leistungserbringern der Grundversorgung. In der im Abschnitt 1.3 vorgestellten Definition eines mobilen Palliativdienstes gemäss dem Dokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» (BAG/GDK) steht die konsiliarische Ausrichtung im Vordergrund, d.h. die beratende und anleitende Tätigkeit des MPCD für die Zielgruppe der professionellen Betreuenden der Grundversorgung. Es wird in der Definition jedoch auch festgehalten, dass «auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung und in festgelegten Situationen der mobile Palliativdienst auch direkt an der Behandlung und Begleitung einer Patientin, eines Patienten beteiligt sein kann. Die Verantwortung für die Behandlung bleibt in der Regel bei den Betreuenden der Grundversorgung, es sei denn, es wird anders vereinbart.»

Im Bericht «Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013» des BAG und der GDK wurde zwischen Tätigkeiten in erster und zweiter Linie unterschieden. Die zweite Linie bezeichnet eine überwiegend konsiliarische Tätigkeit des MPCD, während die erste Linie eine überwiegend direkte Beteiligung an der Behandlung, Pflege oder Begleitung einer Patientin oder eines Patienten umfasst. Die MPCD wurden den drei Gruppen MPCD erste Linie, zweite Linie oder einer Mischform aus erster und zweiter Linie zugeordnet.

In der Erhebung wurde diese Einteilung anhand der Selbsteinschätzung der MPCD über die Ausrichtung ihrer Tätigkeit überprüft.

Tabelle 10: Ausrichtung der Tätigkeit der MPCD

Ausrichtung der Tätigkeit	Kanton
1 = Ausschliesslich konsiliarisch/beratend tätig	TG (Gruppe C)
2 = Überwiegend konsiliarisch/beratend tätig, nur in Ausnahmefällen direkte medizinisch-therapeutische Behandlung oder pflegerische Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort	SG, SO (Gruppe A) BL, GE, VS_SZO, VS_VR (Gruppe C) TI_Hospice (Gruppe D) BEJUNE, VD_ARC, VD_ARCOS, VD_PSHL, VD_RNB (Gruppe E)
3 = Konsiliarisch/beratend und in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig	ZH_MPCT_Win, ZH_Onko_Plus. (Gruppe A) BE_SEOP, LU, ZH_Fachst._ZH (Gruppe B) BE_MPCD_Thun (Gruppe C) FR, GR, TI_Hospice, TI_Triangolo (Gruppe D)
4 = Vorwiegend in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig, mit einem kleinen Anteil an konsiliarischer/beratender Tätigkeit	AG, SH (Gruppe A) BE_PaCa_Thun, BS (Gruppe B)
5 = Ausschliesslich in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig, nicht oder nur in Ausnahmefällen konsiliarisch/beratend tätig	Keine
Türkise Markierung: MPCD, welche keine Leistungen nach KVG verrechnen	
Gelbe Markierung: MPCD, welche nur Leistungen in der spezialisierten Versorgung anbieten	
Keine Markierung: MPCD mit Leistungen sowohl in der spezialisierten als auch in der Grundversorgung	

Quelle: Antworten aus der Erhebung

Die an einem Spital angegliederten MPCD (Gruppe C) wie auch die über einen Leistungsauftrag des Kantons im Rahmen eines kantonalen Programms oder einer interkantonalen Vereinbarung direkt finanzierten MPCD (Gruppe E) finden sich mit der Ausnahme des MPCD des Spitals Thun alle unter denjenigen MPCD, welche **praktisch ausschliesslich konsiliarisch** tätig sind. Der

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 27/122

MPCD BL ist gegenüber der Auswertung der Befragung der Kantone mit der Angliederung an das Kantonsspital Baselland neu zu dieser Gruppe hinzugekommen. Auch der sich im Aufbau befindende MPCD im Kanton SZ wäre dieser Gruppe zuzuordnen. Interessanterweise finden sich in dieser Gruppe gemäss Selbsteinschätzung auch die Onkospitex Solothurn sowie der Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz, welcher in der Befragung der Kantone der Mischform aus erster und zweiter Linie zugeteilt wurde.²¹

Die Gruppe der MPCD, welche konsiliarisch/beratend **und** in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig sind, ist grösser als in der Auswertung der Befragung der Kantone. Die EMSP Voltigo im Kanton FR, die Associazione Triangolo im Kanton TI sowie auch der Brückendienst Graubünden ordnen sich selbst in diese Gruppe ein. Die beiden erstgenannten MPCD waren in der Befragung der Kantone der Gruppe der MPCD der zweiten Linie zugeordnet.

Ebenfalls in beiden Bereichen tätig sind der Brückendienst der Spitex Luzern und die Fachstelle Palliative Care der Spitex Stadt Zürich, welche in der Befragung der Kantone unter die MPCD der ersten Linie eingeordnet wurden. Die Selbsteinschätzung der MPCD beruht wahrscheinlich darauf, dass das spezialisierte Team resp. die Fachstelle sowohl gegenüber den eigenen Teams in der Grundversorgung als auch im Falle der Spitex Stadt Luzern gegenüber der Spitex einzelner Agglomerationsgemeinden und im Falle der Fachstelle Zürich gegenüber dem unabhängigen Verein Spitex Zürich Sihl konsiliarisch tätig sind. Die Stiftung Onko-Plus hat im Kanton ZH einen Strategiewechsel zwischen 2012 und 2013 vorgenommen, innerhalb dessen sie vermehrt auch Patienten wieder fallführend selbst pflegt und begleitet. Der Entscheid fiel, nachdem in Folge der neuen Pflegefinanzierung externe Spitexorganisationen die Onkospitex zu immer kürzeren und selteneren konsiliarischen Einsätzen beigezogen haben.

In der Selbsteinschätzung verbleibt nur eine kleine Gruppe von MPCD, welche **vorwiegend in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung** der Patientin/des Patienten vor Ort tätig sind mit einem kleinen Anteil an konsiliarischer/beratender Tätigkeit gegenüber anderen Versorgern. In der Versorgungsregion Thun ergibt sich diese Einschätzung des Spezialteams Palliative Care (PaCa) der Spitex Region Thun aus der Aufgabenteilung innerhalb des Palliativnetzes. Die Onkospitex der Spitex Basel-Stadt wird in der im Dezember 2013 gestarteten Zusammenarbeit mit dem Palliativzentrum Hildegard vermehrt auch konsiliarische Aufgaben übernehmen. In einer Neueinschätzung des MPCD Kanton BS, welcher in einem Leistungsauftrag die beiden Organisationen Palliativzentrum Hildegard und Spitex Basel-Stadt einschliesst, wäre dieser sicher der Mischform aus erster und zweiter Linie zuzuordnen. Die Onko-Spitex Aargau erläutert in den Anmerkungen zu ihrer Antwort auf diese Frage, dass die heutige Ausrichtung finanzierungsbedingt ist. *Der «Kanton drängt auf erhöhte Produktivität (verrechenbare Leistungen). Diese werden nur in der direkten Patientenbetreuung erbracht. Strategisches Ziel wäre konsiliarisch/beratend und in der direkten Pflege, das würde aber noch mehr Spendengelder verschlingen.»*

Der detaillierte Blick in die Finanzierung der MPCD im folgenden Kapitel wird zeigen, wie stark die Finanzierung das Verhältnis zwischen konsiliarischer Tätigkeit und der direkten Pflege und Begleitung von Patienten vor Ort mitbestimmt. Die Verteilung der sechs MPCD der Gruppe A (spezialisierte Spitexorganisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung) auf die verschiedenen Zeilen von Tabelle 10 weist aber bereits auf einen wichtigen Zusammenhang hin. Die Höhe der Restkostenfinanzierung der Pflegekosten in der von den MPCD abgedeckten Versorgungsregion bestimmt für diese MPCD, in welchem Ausmass es für sie betriebswirtschaft-

²¹ Die Selbsteinschätzung des Brückendienstes der Krebsliga Ostschweiz korrespondiert mit der äusserst geringen Anzahl von 3.6 verrechneten Stunden pro Klient/in im Jahr 2012.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 28/122

lich sinnvoll ist, direkte Pflege und Begleitung von Patienten zu erbringen oder sich stärker auf eine konsiliarische Tätigkeit zu beschränken.²² Für die MPCD der anderen Gruppen ist mitbestimmend, in welchem Ausmass nicht verrechenbare konsiliarische Leistungen in die Leistungsverträge mit der öffentlichen Hand eingeschlossen sind und finanziert werden.

In den folgenden Abschnitten wird aufgezeigt, dass in der weiteren Entwicklung die Gruppe der MPCD, welche in erster Linie, d.h. vorwiegend in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig sind, voraussichtlich als eigenständige Gruppe verschwinden und in die Gruppe der Mischformen übergehen wird.

Bezüglich der MPCD, welche konsiliarisch/beratend **und** in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig sind, interessierte zusätzlich die Frage, in wie weit sich die MPCD dann auf Leistungen der spezialisierten Versorgung beschränken oder auch Leistungen der Grundversorgung erbringen. Die MPCD, welche keine Leistungen nach KVG verrechnen, sind in Tabelle 10 **türkis** markiert. Die MPCD, welche nach KVG verrechenbare medizinische oder pflegerische Leistungen erbringen und nur in der spezialisierten Versorgung tätig sind, sind **gelb** markiert. Die übrigen MPCD, welche in der spezialisierten Versorgung und in der Grundversorgung tätig sind, sind nicht markiert.

Tabelle 10 zeigt, dass die MPCD SG und SO (Gruppe A), TG und BE_MPCD_Thun (Gruppe C), GR (Gruppe D) sowie BEJUNE, VD_ARC, VD_ARCOS, VD_PSHL und VD_RNB (Gruppe E) keine Leistungen nach KVG abrechnen oder nur Leistungen in der spezialisierten Versorgung erbringen. Alle anderen MPCD übernehmen Leistungen in der spezialisierten Versorgung und in der Grundversorgung.

2.4.2. Die Arbeitsteilung zwischen MPCD und den Spitexorganisationen der Grundversorgung

In der vorliegenden Befragung wurde nicht nur die allgemeine Ausrichtung der Tätigkeit des MPCD, sondern auch die Intensität der Inanspruchnahme der konsiliarischen Dienste durch die verschiedenen «professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim» erhoben.

Tabelle 11 gibt die Intensität der Inanspruchnahme einerseits durch öffentlich-gemeinnützige Spitexorganisationen (vertikale Achse), andererseits durch private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen und freischaffende Pflegefachpersonen (horizontale Achse) wieder. Je intensiver die Inanspruchnahme durch die Spitexorganisationen, desto weiter unten und weiter rechts ist der Eintrag. Die MPCD, die z.B. täglich konsiliarisch mit öffentlich-gemeinnützige Spitexorganisationen in Kontakt stehen, werden in der untersten Zeile der Tabelle aufgeführt.

Die Intensität der Inanspruchnahme durch private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen und freischaffende Pflegefachpersonen ist nicht bei allen MPCD gleich. Deshalb wurden für die MPCD die Einträge für die Intensität durch private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen in rot, diejenige für die freischaffenden Pflegefachpersonen in blau vorgenommen. In Fällen, wo sich diese unterscheidet, ist zumeist die Inanspruchnahme durch freischaffende Pflegefachpersonen intensiver, Ausnahme BS und VD_RNB. Diese Unterschiede hängen unter anderem auch mit dem Anteil der beiden privaten erwerbswirtschaftlichen Formen in den Kantonen (siehe die Spalten 3 und 4 von Tabelle 9) zusammen.

²² Diese Erträge aus verrechenbaren Leistungen stehen in einer sensiblen Balance zu kostenbestimmenden Faktoren wie Wegzeiten, Kapazitäten zur Sicherstellung der Einsätze vor Ort und auch Kosten für Nachtbereitschaft und -einsätze (siehe Kapitel 3.2).

Tabelle 11: Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch Spitexorganisationen der Grundversorgung

		Inanspruchnahme durch private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen						
		Durch freischaffende Pflegefachpersonen						
		Nicht im Konzept enthalten	kA	1 = Nie	2 = einmal im Monat oder weniger	3 = zwei bis acht Mal im Monat	4 = mehrmals wöchentlich	5 = täglich
Inanspruchnahme durch öffentlich-gemeinnützige Spitexorganisationen	Nicht im Konzept enthalten							
	kA		SG, VS_SZO			BE_MPD_Thun		
	1 = Nie							
	2 = einmal im Monat oder weniger	Be_PaCa_Thun, SH		BL	ZH_Onko_Plus			
	3 = zwei bis acht Mal im Monat			BS	BE_SEOP, BS, LU, SO			
	4 = mehrmals wöchentlich	VD_ARCOS	FR, GR	ZH_FS, TG	VD_ARCOS, VD_RNB, TG	BEJUNE, GR	FR, VD_RNB	
	5 = täglich	VS_VR	GE		AG, GE, VD_ARC, VD_PSHL	ZH_MPCT_Win	VS_VR	TI_Hospice, TI_Tria

Quelle: Antworten aus der Erhebung

Eine durchgehend hohe Intensität (mehrmals wöchentlich oder täglich) der **Inanspruchnahme durch öffentlich-gemeinnützige Spitexorganisationen** zeigt sich wenig überraschend bei den MPCD, die primär konsiliarisch ausgerichtet sind. Dies sind die MPCD, die an einem Spital angeschlossen sind (Gruppe C: GE, TG, VS_SZO, VS_VR)²³ oder im Rahmen eines kantonalen Programms oder einer interkantonalen Leistungsvereinbarung als konsiliarischer mobiler Palliative-Care-Dienst tätig sind (Gruppe E: BEJUNE, VD_ARC, VD_ARCOS, VD_PSHL, VD_RNB). Eine durchgehend hohe Intensität findet sich auch bei den MPCD, die als versorgungsbereichsübergreifende Institution organisiert sind (Gruppe D: FR, GR, TI_Hospice, TI_Triangolo).

Eine deutlich breitere Streuung zeigt sich hingegen bei den MPCD der Gruppe A (spezialisierte Spitexorganisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung) und Gruppe B (Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung). Dies hängt unter anderem mit den bereits angesprochenen Unterschieden in der Finanzierung und mit dem eigenen Angebot einer direkten Pflege und Begleitung der Patienten vor Ort zusammen.

Tabelle 11 zeigt, dass die konsiliarische Tätigkeit stärker von den öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen in Anspruch genommen wird. Doch findet sich in vielen Kantonen bereits eine regelmässige Inanspruchnahme durch private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen und freischaffende Pflegefachpersonen von mehr als zwei bis acht Mal im Monat bis hin zu mehrfach wöchentlich oder täglich. Diese Organisationen und Pflegefachpersonen sollten in den Konzepten der MPCD wie auch der regionalen Netzwerke entsprechend berücksichtigt werden.

Bei den MPCD, die sowohl konsiliarisch als auch (nicht nur in Ausnahmefällen) direkt an der Pflege und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten vor Ort beteiligt sind, kann das Verhält-

²³ BL ist inkonsistent zu Tabelle 10, nochmals abklären.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 30/122

nis von konsiliarischer Tätigkeit zu direktem Einbezug von Fall zu Fall verschieden sein. Der Einbezug der MPCD geschieht zunächst aufgrund des Grads der Komplexität und der Instabilität der Fallsituation. Die Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen MPCD und den Grundversorgern hängt aber von weiteren Kriterien ab, die von Fall zu Fall zwischen den Beteiligten pragmatisch analysiert und ausgehandelt werden.

Ein Dokument des mobilen Palliative-Care-Teams Spitalregion Winterthur über mögliche Formen der Zusammenarbeit zwischen MPCD und der Spitex-Grundversorgung veranschaulicht, dass die über eine rein konsiliarische Tätigkeit hinausgehende Zusammenarbeit ganz unterschiedliche Facetten annehmen kann, letztlich immer dem Ziel verpflichtet, dass die Patientin/der Patient dort sein und sterben kann, wo sie/er es wünscht. Nachfolgend ein Auszug aus dem besagten Dokument des mobilen Palliative-Care-Teams Spitalregion Winterthur:²⁴

«Die Spitex der Grundversorgung bleibt fallführend:

- MPCT übernimmt 1-2 x wöchentlich den ganzen Tag, oder
- MPCT übernimmt einen von mehreren Einsätzen pro Tag, oder
- MPCT macht 1-2 wöchentlich Kontaktbesuche, zwecks Symptomkontrolle.
- In terminaler/finaler Phase intensivere Unterstützung von Spitex durch MPCT, v.a. betr. Begleitung der Angehörigen.
- MPCT übernimmt auch Abend- und Nachtpikett, wenn eine der obigen Voraussetzungen erfüllt ist.

MPCT ist fallführend:

- Spitex übernimmt Grundpflege/Haushilfe bei Bedarf
- Keine Spitex auf Wunsch der Angehörigen und Patienten»

Welche Form geeignet ist, das genannte Ziel zu erreichen, hängt von der engen Kooperation und der gemeinsam getragenen Entscheidung aller Beteiligten ab. Für die Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen den MPCD in der Mischform aus erster und zweiter Linie zu den Spitexorganisationen der Grundversorgung ist es entscheidend, dass eine vertrauensvolle Zusammenarbeit entsteht und die Spitexorganisationen nicht befürchten, eigene Patientinnen und Patienten an dem MPCD zu verlieren.

Umgekehrt finden sich in den Dokumenten und Jahresberichten einzelner MPCD, welche konsiliarisch/beratend und in der direkten Behandlung, Pflege und Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig sind, Hinweise darauf, wie wichtig für die Pflegefachpersonen der MPCD die Möglichkeit zum Aufbau einer vertieften pflegerischen Beziehung zu den Patientinnen, Patienten und Angehörigen in einzelnen Fällen ist.²⁵ Ein zu punktueller oder auf Notfallsituationen beschränkter Einbezug kann ihre Arbeit stark einschränken und zu einer hohen Belastung führen.

2.4.3. Inanspruchnahme der MPCD durch die stationäre Versorgung in Alters- und Pflegeheimen sowie anderen sozialmedizinischen Institutionen

Die zweite wichtige Zielgruppe der MPCD sind die professionell Betreuenden der Grundversorgung in Alters- und Pflegeheimen und in sozialmedizinischen Institutionen für Menschen mit Behinderungen sowie Suchtkranke. Tabelle 12 gibt die Intensität der Inanspruchnahme einerseits

²⁴ Mobiles Palliative Care Team (MPCT) Spitalregion Winterthur (2013): Internes Dokument: Praktizierte Zusammenarbeit MPCT- Spitex und warum MPCT auch einbeziehen?. Siehe auch Mobiles Palliative Care Team Spitalregion Winterthur – Qualitätszirkel Spitin–Spitex Winterthur (2009): Merkblatt Zusammenarbeit Spitex – MPCT - Pflege. Ähnliche Überlegungen und Zusammenstellungen finden sich auch in den Konzepten anderer MPCD.

²⁵ Siehe z.B. den Jahresbericht 2012 der Stiftung für mobile spezialisierte Palliative- und Onkologiepflege, Kanton Zürich oder Imhof, L., Waldboth, V. Kipfer, S. (2013). Evaluation der Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 31/122

durch Alters- und Pflegeheime (vertikale Achse) und andererseits durch sozialmedizinische Institutionen für Menschen mit Behinderungen sowie Suchtkranke (horizontale Achse) wieder. Wiederum gilt, je intensiver die Inanspruchnahme durch diese Institutionen der Langzeitpflege und Betreuung ist, desto weiter unten und weiter rechts befindet sich der Eintrag.

Tabelle 12: Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch Institutionen der Langzeitpflege und Betreuung

		Inanspruchnahme durch sozialmedizinische Institutionen für Menschen mit Behinderungen sowie Suchtkranke						
		Nicht im Konzept enthalten	kA	1 = Nie	2 = einmal im Monat oder weniger	3 = zwei bis acht Mal im Monat	4 = mehrmals wöchentlich	5 = täglich
Inanspruchnahme durch Alters- und Pflegeheime	Nicht im Konzept enthalten	BS, AG ¹						
	kA		SG, VS_SZO					
	1 = Nie		ZH_FS_ZH	BE_SEOP, BL, LU	ZH_MPCT_Win			
	2 = einmal im Monat oder weniger	SH		GR, TI_Trian.	BE_MPD_Thun, FR, SO	BE_PaCa_Thun		
	3 = zwei bis acht Mal im Monat			ZH_Onko_Plus	GE, TG, TI_Hospice, VD_RNB, VS_VR	VD_ARCOS		
	4 = mehrmals wöchentlich				VD_PSHL	BEJUNE		
	5 = täglich				VD_ARC			

¹ Obwohl nicht im Konzept enthalten, übernimmt die Onko-Spitex Aargau gelegentlich konsiliarische Aufgaben für Alters- und Pflegeheime (Intensität 2 = einmal im Monat oder weniger)

Quelle: Antworten aus der Erhebung

Tabelle 12 zeigt deutliche Unterschiede zwischen den MPCD der verschiedenen Gruppen. MPCD der Gruppe C, angeschlossen an Spitäler, und der Gruppe E, Leistungsauftrag des Kantons innerhalb eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags, sowie die Onko-Spitex ZH werden regelmässig, d.h. zwei bis acht Mal im Monat bis hin zu mehrmals wöchentlich oder täglich von Alters- und Pflegeheimen in Anspruch genommen.

Seltener, d.h. einmal im Monat oder weniger erfolgt die Kontaktaufnahme bei den MPCD AG, GR, SH, SO, BE_PaCa_Thun, BE_MPD_Thun, FR, TI_Triangolo. Nie werden die MPCD ZH_MPCT_Win, BE_SEOP, LU, ZH_FS_ZH, BL von Alters- und Pflegeheimen in Anspruch genommen. Nicht im Konzept enthalten war die Inanspruchnahme bis Dezember 2013 bei der Onko-Spitex BS. Dies ändert sich nun mit dem erwähnten erweiterten Leistungsvertrag.

Bei den MPCD AG, SH, SO, ZH_MPCT_Win, BE_SEOP, BE_PaCa_Thun, LU, ZH_FS_ZH, BE_MPD_Thun korreliert die geringe oder fehlende Inanspruchnahme mit der ungesicherten Finanzierung der konsiliarischen Tätigkeit. Entweder müssen die Kosten den Alters- und Pflegeheimen in Rechnung gestellt werden oder die MPCD übernehmen sie aus ihren Eigenmitteln, d.h. zu meist über Spenden.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 32/122

Die Inanspruchnahme durch sozialmedizinische Institutionen für Menschen mit Behinderungen sowie Suchtkranke ist im Schnitt geringer. Auch hier zeigt sich eine deutlich höhere Nutzung des Angebots bei MPCD des Typs Gruppe C, D oder E.

Alle MPCD der Gruppen A und B werden mit Ausnahme von BE_PaCa_Thun (zwei bis acht Mal im Monat) sowie SO und ZH_MPCT_Win (einmal im Monat oder weniger) von diesen Institutionen nicht in Anspruch genommen.

Im Bereich der konsiliarischen Begleitung von Alters- und Pflegeheimen sowie von sozialmedizinischen Institutionen für Menschen mit Behinderungen bestehen gemäss der Erhebung noch deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kantonen, die eng mit der Frage der Finanzierung und Leistungsaufträge verbunden sind.

2.4.4. Die konsiliarische Tätigkeit der MPCD gegenüber Hausärztinnen, -ärzten und Spitälern

Die dritte primäre Zielgruppe der MPCD sind gemäss der Definition der mobilen Palliative-Care-Dienste in der Broschüre «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» Hausärztinnen und Hausärzte und regional gegebenenfalls auch Akutspitäler. Tabelle 13 gibt die Antworten der MPCD auf die Frage nach der Intensität der Inanspruchnahme ihrer konsiliarischen Tätigkeit durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie Spitäler wieder.

Tabelle 13: Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch Hausärztinnen/-ärzte und Spitäler

		Spitäler						
		Nicht im Konzept enthalten	kA	1 = Nie	2 = einmal im Monat oder weniger	3 = zwei bis acht Mal im Monat	4 = mehrmals wöchentlich	5 = täglich
Hausärzte/-ärztinnen	Nicht im Konzept enthalten	Be_PaCa_Thun						
	kA		SG, VS_SZO, ZH_Wth.					
	1 = Nie			BE_SEOP, ZH_Onko_Plus	BS			
	2 = einmal im Monat oder weniger	LU ¹				BE_MPD_Thun		
	3 = zwei bis acht Mal im Monat				AG ² , SO ³ , ZH_FS_ZH,	GR	TG	
	4 = mehrmals wöchentlich	BL, TI_Hospice			BEJUNE, VD_ARCOS	VD_RNB, VD_PSHL	FR	
	5 = täglich		GE			TI_Trio	VS_VR	SH, VD_ARC

¹ LU wurde von den Hausärztinnen und -ärzten in Anspruch genommen, obwohl dies im Konzept nicht vorgesehen ist.

² AG wurde von den Spitälern in Anspruch genommen, obwohl dies im Konzept nicht vorgesehen ist.

³ SO gab bezüglich Inanspruchnahme durch Spitäler eine Intensität von 3 im Rahmen der Austrittskoordination und eine «1= Nie» in Bezug auf die Einladung zu Rundtischgesprächen an.

Quelle: Antworten aus der Erhebung

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 33/122

Sie zeigt eine regelmässige bis hin zur täglichen Inanspruchnahme aller MPCD der Gruppen C, D und E mit Ausnahme von BE_MPD_Thun durch Hausärztinnen und -ärzte. Bei diesen MPCD ist eine Ärztin oder ein Arzt direkt eingebunden und die konsiliarische Tätigkeit für Hausärztinnen und -ärzte ist direkt im Leistungsauftrag enthalten. Auch die von der Krebsliga getragenen MPCD der Gruppe A – AG, SO und SH – werden regelmässig von den Hausärzten konsultiert.

Einzig die Gruppe der MPCD, die als **Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung** (Gruppe B) angegliedert sind, werden mit Ausnahme der Fachstelle der Spitex Stadt Zürich selten bis nie von Hausärztinnen und -ärzten in Anspruch genommen, bzw. diese Zielgruppe ist auch gar nicht in den Konzepten enthalten.

Die Inanspruchnahme der MPCD durch Spitäler folgt diesem Muster, bei insgesamt aber zumeist niedrigerer Inanspruchnahme. Bei der SEOP BL, dem Hospice Ticino und dem Brückendienst Luzern ist die Zielgruppe Spitäler im Gegensatz zu den Hausärztinnen und -ärzten nicht im Konzept vorgesehen.

2.4.5. Die konsiliarische Tätigkeit der MPCD gegenüber Patientinnen, Patienten und Angehörigen

In der Umschreibung der MPCD werden Patientinnen, Patienten und deren nahestehenden Bezugspersonen als **sekundäre** Zielgruppe aufgeführt. Tabelle 14 gibt die Antworten der MPCD auf die Frage nach der Intensität der konsiliarischen Inanspruchnahme durch diese Zielgruppen wieder.

Tabelle 14: Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch Patientinnen, Patienten und Angehörigen

		Angehörige						
		Nicht im Konzept enthalten	kA	1 = Nie	2 = einmal im Monat oder weniger	3 = zwei bis acht Mal im Monat	4 = mehrmals wöchentlich	5 = täglich
Patientinnen und Patienten	Nicht im Konzept enthalten							
	kA		GE, SG, VS_SZO, ZH_Wth.					
	1 = Nie			BS				
	2 = einmal im Monat oder weniger				GR, TG ¹ , VD_RNB, VD_ARCOS	BEJUNE ¹		
	3 = zwei bis acht Mal im Monat					BE_MPD_Thun, SO, VS_VR ¹		
	4 = mehrmals wöchentlich						ZH_Onko_Plus	
	5 = täglich						ZH_FS_ZH	AG, BE_PaCa_Thun, BE_SEOP, BL, FR, LU, SH, TI_Hospice, TI_Tria, VD_ARC, VD_PSHL

¹ Bei den MPCD BEJUNE, TG und VS_VR sind Patientinnen, Patienten und Angehörige im Konzept nicht vorgesehen.

Quelle: Antworten aus der Erhebung

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 34/122

Praktisch alle MPCD geben keinen Unterschied in der Intensität der Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten einerseits und Angehörige andererseits an. Die Tabelle zeigt, dass die Mehrheit aller MPCD regelmässig bis täglich konsiliarisch von Patientinnen, Patienten und Angehörigen in Anspruch genommen wird. Dies spiegelt einen hohen Bedarf an Beratung und Orientierung bei dieser Zielgruppe. Eine grosse Inanspruchnahme findet sich nicht nur bei den MPCD, welche eine Mischform von erster und zweiter Linie darstellen, sondern auch bei vielen MPCD zweiter Linie, die eigentlich nur subsidiär zu den Leistungserbringern der Grundversorgung tätig sind. Selbst MPCD, bei denen diese Zielgruppe nicht im Konzept enthalten ist, werden angefragt. Die Verteilung der Intensitäten legt die Frage nahe, ob es angesichts des Bedarfs der Patientinnen, Patienten und Angehörigen gerechtfertigt ist, von ihnen weiterhin als **sekundäre** Zielgruppe der MPCD zu sprechen.

2.5. Zertifizierung der MPCD durch das Label «Qualität in Palliative Care»

Im Jahr 2011 wurde von *qualitépalliative*, dem Schweizerischen Verein für Qualität in Palliative Care, eine Liste von Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels in Palliative Care für spezialisierte mobile Konsiliardienste, spitalintern und spitalextern, verabschiedet.²⁶

Für mobile Palliativdienste (spitalextern) bestehen folgende minimale Zulassungskriterien für ein Audit von *qualitépalliative*:

- Ein mobiler Palliativdienst besteht mindestens aus einem interprofessionellen Team von Medizin und Pflege
- Der mobile Palliativdienst richtet sich vor allem an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zuhause und im Pflegeheim

Zusätzlich ist zu erfüllen, dass drei Viertel der Tätigkeit des MPCD in zweiter Linie sein müssen.²⁷

Zum heutigen Zeitpunkt verfügt lediglich ein MPCD (GE, Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad) über das Label «Qualität in Palliative Care». Weitere neun MPCD streben per 2014 oder mittelfristig das Label *qualitépalliative* an (vgl. Tabelle 15). Die MPCD, bei welchen die Zertifizierung in Planung ist, gehören mit Ausnahme der Onko-Spitex Zürich den Gruppen C, D und E an.

Tabelle 15: Die Zertifizierung der MPCD durch das Label «Qualität in Palliative Care»

Label «Qualität in Palliative Care»	MPCD		Anzahl
Ja	GE		1
Zertifizierung in Planung ab:	ZH_Onko_Plus	Mittelfristig	9
	BE_MPD_Thun	Noch nicht bestimmt	
	VS_SZO	Mai 2014	
	TI_Hospice	15 Januar 2014	
	TI_Triangolo	2014	
	VD_ARC	27. Mai 2014	
	VD_RNB	2014	
	VD_ARCOS	1. Hälfte 2014	
	VD_PSHL	Juli/August 2014	
Nein	AG, SH, SG/AI/AR, SO, ZH_MPCT_Win, BS, BE_SEOP, BE_PaCa_Thun, LU, ZH_FS_ZH, BL, TG, VS_VR, GR, FR, BEJUNE		16

Quelle: Antworten aus der Erhebung²⁸

²⁶ Für weitere Informationen und die Kriterienliste B siehe:

<http://www.palliative.ch/palliative-fachbereich/standards/qualite/qualitepalliative/>, zuletzt aufgesucht am 09.12.2013.

²⁷ Die genannten Kriterien sind gemäss der Fassung VS 24. September 2013. Gültigkeit: 01. September 2013 bis 31. August 2014

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 35/122

16 MPCD verfügen nicht über das Label von *qualitépalliative* und es ist auch keine Zertifizierung in Planung. Die Onko-Spitex Aargau und das Mobile Palliative Care Team (MPCT) Spitalregion Winterthur haben in der Erläuterung ihrer Antwort (im Fragebogen und am Validierungsworkshop) angegeben, dass sie eine Zertifizierung anstreben, aber aufgrund des Kriteriums, dass drei Viertel der Tätigkeit des MPCD in zweiter Linie sein müssen, nicht zum Audit zugelassen seien. Dies dürfte zurzeit auch für die meisten anderen MPCD aus der Gruppe A und B gelten.

2.6. Zusammenfassung Organisationsstruktur und Ausrichtung der MPCD

Um die Vielfalt der Organisationsformen, Trägerschaften und Angebotsstrukturen strukturiert abbilden zu können, wurden die 26 untersuchten MPCD in fünf Gruppen eingeteilt.

Die Kantone AG, AI, AR, BE, LU, SG, SH, SO und ZH werden von mobilen Palliative-Care-Diensten der Gruppen A und B versorgt. Bei der Gruppe A handelt es sich um spezialisierte Spite-xorganisationen, getragen von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung, während die Gruppe B Fachstellen oder Spezialdienste einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung umfasst. In diesen Kantonen gibt es keinen kantonalen Leistungsauftrag für die Führung eines MPCD. Die Verantwortung für die ambulante und stationäre Langzeitpflege liegt in den Kantonen AG, LU, SG, SH, SO und ZH bei den Gemeinden. In AI und AR ist der Kanton in die Finanzierungsverantwortung für die Langzeitpflege eingebunden. Die beiden Kantone haben aber aufgrund ihrer Grösse kein eigenes Angebot aufgebaut, sondern werden vom Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz mitbetreut. Im Kanton BE werden Aufwände für Palliative Care im kantonsweit gültigen, modularen Vergütungssystem zwar berücksichtigt, aber es gibt darüber hinaus keinen expliziten Leistungsauftrag für mobile Palliative-Care-Dienste.

Die Organisationsstruktur einer spezialisierten Spitex oder Organisationseinheit, angeschlossen an einen gemeinnützigen Verein (oft Krebsliga), eine Stiftung oder einen Spitexverein mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung, spiegelt das Fehlen eines übergeordneten, kantonal flächendeckenden Leistungsauftrags. Einzelne Gemeinden haben die spezialisierte Palliative Care in ihren Leistungsauftrag eingeschlossen. Diese Leistungsaufträge umfassen aber keine expliziten konsiliarischen Tätigkeiten für Hausärztinnen und -ärzte, Alters- und Pflegeheime, sozialmedizinischen Institutionen oder Regionalspitäler. Die mobilen Palliative-Care-Dienste der Gruppen A und B sind vor allem gegenüber den Spitexorganisationen der Grundversorgung (Teams der eigenen Spitex und externe Organisationen) sowie Patientinnen, Patienten und Angehörigen konsiliarisch tätig. Darüber hinaus leisten sie jedoch den wesentlichen Anteil ihrer Stunden in der direkten Pflege und Betreuung von Palliative Care Patientinnen und Patienten. Die MPCD der Gruppen A und B stellen eine Mischform von in erster und zweiter Linie tätiger Organisation dar. In den Kantonen AG, AR, BE, LU, SG, SH, SO und ZH wird die Grundversorgung in der ambulanten Pflege noch von einer grossen Zahl Spitexorganisationen erbracht, deren Heterogenität bei der Ausgestaltung eines flächendeckenden Angebots von mobilen Palliative-Care-Diensten Rechnung getragen werden muss.

In den Kantonen der Romandie GE, VD, VS, NE, JU, in den Kantonen TI und FR sowie den Deutschschweizer Kantonen TG, BS und BL besteht hingegen ein kantonaler Auftrag für die Führung von mobilen Palliative-Care-Diensten.²⁹ In GR startete mit kantonaler Unterstützung ein Pilotprojekt für einen Brückendienst. Die kantonalen Leistungsaufträge und Programme sind mit unterschiedlichen Organisationsformen der MPCD verbunden.

²⁸ Der Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz wies auf die Frage nach einer anderen Zertifizierung auf ein Pilot Audit durch die Sanacert im Jahr 2007 hin, die SEOP Solothurn auf die ZEWO-Zertifizierung der Krebsliga, über die auch andere MPCD mit der Trägerschaft Krebsliga verfügen.

²⁹ Der Berner Jura ist an den MPCD BEJUNE angeschlossen.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 36/122

In den Kantonen BL, GE, TG und VS und in der Spitalregion Berner Oberland ist der MPCD als Organisationseinheit an ein Spital angeschlossen (MPCD der Gruppe C) und profitiert von den Synergien mit den Spitalstrukturen. Diese Anbindung der MPCD an ein Spital wurde möglich mit dem Ausbau der Palliativmedizin und -pflege in den Spitälern selbst. Der Kanton SZ wird ab Herbst 2014 mit der Einbindung eines MPCD in den Leistungsauftrag an das Spital Schwyz zu dieser Gruppe stossen. In den Kantonen FR, GR und TI geht der Leistungsauftrag des Kantons an versorgungsbereichsübergreifende Strukturen (MPCD der Gruppe D). Neu wird ab 01. Dezember 2013 auch BS mit dem erweiterten Leistungsauftrag an die Onko-Spitex BS und das Palliativzentrum Hildegard zu dieser Gruppe gehören.

In den Kantonen NE und JU sowie der Versorgungsregion Berner Jura wurde ein kantonsübergreifender MPCD als eigenständige Organisationseinheit via eine interkantonale Leistungsvereinbarung geschaffen. Die vier MPCD des Kanton VD wurden bereits vor acht resp. zehn Jahren als Teil des «Programme cantonal de développement des soins palliatifs du canton de Vaud» geschaffen und an die regionalen reseau des soins angegliedert. Diese fünf MPCD bilden die letzte Gruppe E von MPCD, welche im Rahmen eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst ausserhalb von Spitalstrukturen organisiert und finanziert werden.

Die mobilen Palliative-Care-Dienste der Gruppen C, D und E, welche mit Ausnahme der Mobilien Palliative Dienste des Spitals Thun über einen kantonalen Leistungsauftrag verfügen, sind über diese Leistungsvereinbarungen für ihre konsiliarischen Tätigkeiten finanziert. Deshalb ist die Intensität der Inanspruchnahme durch Hausärztinnen und -ärzte, Spitexorganisationen, Alters- und Pflegeheime, sozialmedizinische Institutionen und Regionalspitäler deutlich höher als bei den MPCD der Gruppen A und B. Die MPCD BL, GE, VS_SZO, VS_VR (Gruppe C) und BEJUNE, VD_ARC, VD_ARCOS, VD_RNB und VD_PSHL (Gruppe E) sind überwiegend konsiliarisch/beratend tätig und erbringen nur in Ausnahmefällen eine direkte medizinisch-therapeutische Behandlung oder pflegerische Begleitung der Patientinnen und Patienten vor Ort. Die MPCD BE_MPD_Thun, FR, GR, TI_Hospice und TI_Triangolo sind konsiliarisch/beratend und in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientinnen und Patienten vor Ort tätig.

In den Kantonen ZG, OW, NW, UR und GL besteht heute kein expliziter mobiler Palliative-Care-Dienst. Dies bedeutet aber nicht, dass die Bevölkerung keinen Zugang zur spezialisierten Palliative Care ausserhalb der Spitäler hat. Die Kantone OW, NW, UR und GL sind mit einer Wohnbevölkerung von zwischen 35'000 und 42'000 Personen deutlich unter der Grösse von 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern, für die gemäss Empfehlung der EAPC ein mobiler Palliativdienst verfügbar sein sollte, ZG mit 116'000 Personen nur leicht darüber. Beispiele für eine interkantonale oder überregionale Kooperation wie in der Ostschweiz, in der Region Neuenburg, Jura und Berner Jura oder in der Zusammenarbeit zwischen Baselland und Solothurn könnten hier einen Weg weisen.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 37/122

3. Finanzierung

Ein zentrales Thema, welches sowohl einen starken Einfluss auf die Organisationsform des mobilen Palliative-Care-Dienstes als auch auf seine Ziele und Aufgaben hat, ist die Finanzierung. Der MPCD ist hier in seiner Brückenfunktion zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, seiner interprofessionellen Ausrichtung und der notwendigen Vernetzung seiner Dienstleistungen mit dem regionalen Angebot in der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung, der Sozialberatung, Betreuung und psychologischen und spirituellen Begleitung in einer besonderen Ausgangslage.

In Bezug auf die Finanzierung ist zwischen medizinischen, pflegerischen und sonstigen Leistungen eines MPCD zu unterscheiden.

Die medizinischen Leistungen eines MPCD werden in den meisten Situationen nach Tarmed, dem Tarifsystem für ambulante ärztliche Leistungen in Arztpraxen und Spitälern in der Schweiz abgerechnet. Ist der MPCD an ein Spital angegliedert, können bestimmte medizinische Leistungen seiner Brückenfunktion als Teil des Austrittsmanagements auch unter die Finanzierung nach DRG-Fallpauschalen fallen. Sie müssen von diesen gedeckt werden, wenn kein erweiterter Leistungsauftrag besteht. Die Grenze der Verrechenbarkeit der medizinischen Leistungen eines MPCD wird aber im Wesentlichen durch die Grenzen des Tarmed und durch die Verrechenbarkeit von Leistungen gegenüber den Patienten bestimmt.

Nicht verrechnet werden können die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an interprofessionellen Austauschsituationen, die Mitarbeit in der Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Qualitätssicherung, die Teilnahme an Weiterbildungen sowie das «Coaching» von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der Grundversorgung. Der administrative Aufwand dürfte auch die Weiterverrechnung von telefonischen Kurzberatungen in gewissen Fällen übersteigen. Diese Nichtverrechenbarkeit gilt bis auf die beiden letztgenannten Punkte spiegelbildlich für die Ärztinnen und Ärzte sowohl des MPCD als auch der Grundversorgung.

An der Finanzierung der medizinischen Leistungen des MPCD sind im Wesentlichen zwei Kostenträger an beteiligt: die Krankenkassen (Tarmed, DRG und gewisse Tagespauschalen (bei Überschneidungen der Brückenfunktion des MPCD mit dem Eintritts- und Austrittsmanagement), Medikamente und Hilfsmittel) und die öffentliche Hand über die Mitfinanzierung der DRG und die Finanzierung von Leistungsaufträgen. Die Patienten sind direkt nur im Rahmen der üblichen Selbstbehalte und Franchisen in die Finanzierung involviert. Verschiebt sich eine ambulante medizinische Behandlung zwischen der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung, führt dies zu keiner Kostenverlagerung zwischen den Kostenträgern, wenn die Leistungen nach Tarmed abgerechnet werden können.

Die Finanzierung der pflegerischen Leistungen eines MPCD bewegt sich in einem komplexeren Umfeld, in das verschiedene Kostenträger und Sozialversicherungen und über die Patientenbeteiligung auch die privaten Haushalte eingebunden sind. Die Finanzierungsverantwortung der öffentlichen Hand ist in den Kantonen unterschiedlich zwischen Kanton und Gemeinden und zum Teil auch unterschiedlich zwischen der stationären und ambulanten Langzeitpflege aufgeteilt. Die Festlegung der anerkannten «Vollkosten» der Langzeitpflege und damit auch die Höhe der Restkostenfinanzierung der Pflege sind kantonale und zum Teil sogar auf Gemeindeebene unterschiedlich geregelt. Verschieben sich Leistungen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung, kann dies zu Kostenverschiebungen zwischen den verschiedenen Kostenträgern führen. Dies gilt auch, je nach Finanzierungsschlüssel des MPCD, für die Verlagerung von pflegerischen Leistungen zwischen der palliativen Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung.

Aus diesem Grund wird im nächsten Abschnitt zunächst ein Überblick über die regionalen Unterschiede in der Finanzierung der Langzeitpflege gegeben.

3.1. Die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung für die Pflege in den Kantonen

Tabelle 16 zeigt in der zweiten und dritten Spalte die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden sowohl für die ambulante wie auch stationäre Langzeitpflege. Es finden sich im Gesundheitssystem der Schweiz praktisch alle möglichen Kombinationen.

Tabelle 16: Aufteilung der Finanzierungsverantwortung bei der Finanzierung der Langzeitpflege

Kanton	Finanzierungs- aufteilung Pflege ³⁰		Finanzierungsbeitrag an die ambulante Pflege (Spitex) von				Total Spitex in Mio. CHF	
	ambulant	stationär	Klient/innen	Versicherer		Kantone		Gemeinden
			Langzeitpflege	Langzeit- pflege	AÜP ³¹	Total ¹		Total ¹
			in Mio. CHF	in Mio. CHF	in Mio. CHF	in Mio. CHF	in Mio. CHF	
CH			48.36	672.06	0.70	423.20	369.39	1'847.90
AI	Kt.	Kt.	0.14	0.90	0.00	1.05	0.00	2.38
BE²	Kt.	Kt.	4.39	118.69	0.02	107.21	0.03	275.59
GE	Kt.	Kt.	6.01	48.92	0.22	143.17	0.20	226.57
JU	Kt.	Kt.	0.00	9.33	0.00	9.06	1.10	23.43
NE	Kt.	Kt.	0.00	16.77	0.00	22.27	0.02	45.32
NW	Kt.	Kt.	0.64	2.18	0.00	1.09	0.74	5.74
UR	Kt.	Gmd.	0.36	1.78	0.00	2.58	0.00	5.69
VS	Kt./Gmd.	Kt.	0.00	16.80	0.00	25.13	15.19	67.40
BS	Kt./Gmd.	Kt./Gmd.	2.39	22.39	0.02	16.58	2.01	56.20
FR	Kt./Gmd.	Kt./Gmd.	0.00	19.31	0.00	6.43	17.41	46.89
GR	Kt./Gmd.	Kt./Gmd.	1.60	14.45	0.00	6.93	7.01	36.78
SH³	Kt./Gmd.	Kt./Gmd.	1.38	5.25	0.00	0.02	5.00	15.06
TG³	Kt./Gmd.	Kt./Gmd.	1.21	16.79	0.00	0.10	10.29	36.65
TI	Kt./Gmd.	Kt./Gmd.	0.00	39.99	0.00	7.08	21.35	78.64
VD⁴	Kt./Gmd.	Kt./Gmd.	0.52	84.42	0.01	72.08	69.67	261.00
AR	Kt./Gmd.	Gmd.	0.26	3.12	0.03	0.67	1.31	8.09
SG	Gmd.	Kt./Gmd.	2.27	28.69	0.04	0.01	20.60	70.32
AG	Gmd.	Gmd.	0.00	36.21	0.00	0.40	29.09	83.38
BL	Gmd.	Gmd.	0.12	23.60	0.00	0.08	20.21	55.57
GL	Gmd.	Gmd.	0.01	2.27	0.00	0.25	1.15	5.20
LU	Gmd.	Gmd.	6.94	23.32	0.00	0.29	20.60	65.54
OW	Gmd.	Gmd.	0.59	1.92	0.00	0.61	0.91	4.61
SO	Gmd.	Gmd.	4.78	22.79	0.00	0.02	11.43	49.47
SZ	Gmd.	Gmd.	0.59	6.68	0.00	0.00	8.27	20.00
ZG	Gmd.	Gmd.	0.60	5.78	0.01	0.02	10.52	22.15
ZH	Gmd.	Gmd.	13.56	99.70	0.34	0.08	95.28	280.21

¹ Aufgrund der Tatsache, dass in einzelnen Kantonen die Finanzierung der Spitex durch die öffentliche Hand weiterhin über Globalbudgets erfolgt, kann hier nur der Gesamtbeitrag von Kanton und Gemeinden an der Finanzierung der Spitex inklusive Subventionen für die Hauswirtschaft und weitere ergänzende Leistungen ausgewiesen werden.

² Im Kanton Bern werden die wesentlichen Eckpfeiler der Finanzierung der Langzeitpflege auf kantonaler Ebene festgelegt. Die Gemeinden beteiligen sich im Rahmen des Finanzausgleichs an der Finanzierung der Langzeitpflege. Ihr Anteil wird von der Spitexstatistik nicht ausgewiesen.

³ In den Kantonen SH und TG vergütet der Kanton den Gemeinden einen Anteil an den Kosten der Langzeitpflege. Diese Rückvergütung ist in der Spitexstatistik nicht ausgewiesen.

⁴ Im Kanton Waadt beteiligen sich Kanton und Gemeinden an der Finanzierung der Langzeitpflege (ausgewiesen in der Spitexstatistik). Der Kanton legt aber wichtige Eckpfeiler und Versorgungsstrukturen der Langzeitpflege auf kantonaler Ebene fest.

Quelle: Eigene Darstellung gemäss SGK-S (2011) und BFS (2012), Spitex-Statistik, Finanzen nach Kantonen.

³⁰ Die Finanzierungsaufteilung in der Mitfinanzierung der Hauswirtschaft und sozialbetreuerischen Leistungen kann in einzelnen Kantonen nochmals von Aufteilung der Finanzierungsverantwortung in der Pflege abweichen.

³¹ Akut- und Übergangspflege

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 39/122

In den weiteren Spalten der Tabelle wird die detaillierte Aufteilung der Finanzierung der Pflegeleistungen der Spitex auf die Kostenträger Klientin/Klient, Versicherer und die öffentliche Hand aufgezeigt. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass die MPCD ihre pflegerischen Leistungen, wenn sie sie verrechnen, nach den Zeittarifen der Spitex abrechnen. In vielen Fällen fällt ihre Finanzierung dann auch unter die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung der Grundversorgung.

Tabelle 16 verdeutlicht, dass die MPCD der Gruppe A (spezialisierte Spitexorganisationen, getragen von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung) die Entwicklung der ambulanten Palliative Care in den letzten Jahren vor allem in Kantonen mitgetragen haben, in denen die Finanzierung der ambulanten Langzeitpflege allein in den Händen der Gemeinden liegt und die durch eine hohe Anzahl von Spitexorganisationen in der Grundversorgung geprägt sind.³² Dies gilt für die Kantone AG, SG, SO und ZH. Die SEOP BL hätte vor ihrer Angliederung an das Kantonsspital BL im April 2013 ebenfalls in diese Gruppe gehört.

Die MPCD in der Gruppe B (Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung) sind bislang ohne spezifischen Leistungsauftrag und Mitfinanzierung des Kantons³³ in den Städten Basel, Bern, Luzern, Thun und Zürich, zum Teil mit Ausdehnung in die umliegenden Spitalregionen oder Agglomerationsgemeinden, entstanden. Die Abdeckung der spezialisierten Palliative Care durch diese MPCD ist dann auf die von ihnen bereits in der Grundversorgung abgedeckten Gebiete beschränkt, teilweise erweitert durch Leistungsverträge mit umliegenden Gemeinden. Ein flächendeckendes Angebot steht in den Kantonen BE, LU und ZH zurzeit noch aus oder ist erst in Vorbereitung.

MPCD der Gruppen C bis E, die alle zumindest partiell durch einen kantonalen Leistungsvertrag mitfinanziert werden, sind in den Kantonen entstanden, in denen der Kanton bereits eine Rolle in der Finanzierung der Langzeitpflege und zum Teil auch in der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen in der Langzeitpflege übernommen hat. In diesen Kantonen finden sich auch die flächendeckenden konsiliarischen Lösungen, welche sich nicht zu einem substantiellen Teil über die Beiträge der Krankenkassen, die Patientenbeteiligung und Restfinanzierung der öffentlichen Hand (zum Teil auf der Basis des Wohnortprinzips) refinanzieren müssen.

Tabelle 16 gibt in der vierten Spalte den Finanzierungsbeitrag der Klienten durch die Patientenbeteiligung wieder. Er fällt je nach kantonaler Ausgestaltung der Patientenbeteiligung unterschiedlich hoch aus. Die unterschiedliche Regelung der Patientenbeteiligung wird in Tabelle 17 strukturiert für alle Kantone dargestellt.

Tabelle 17: Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in den Kantonen

Art der Patientenbeteiligung		Kantone	
Keine		FR, GL, JU, NE, TI, VD, VS	
		bis zu einer Grenze von	
		CHF 8 pro Tag	CH 15.95 pro Tag
Einkommensabhängig		GE	BE
Prozentualer Beitrag von	10%	AI, AR, BL, BS, GR, SG, SZ	TG, ZG
	20%		AG, SO, UR
Direkter Beitrag		ZH	LU, NW, OW, SH

Quelle: Eigene Darstellung

³² Siehe hierzu Tabelle 9.

³³ Eine Ausnahme bildet der Kanton Basel-Stadt mit den Gemeinden Basel-Stadt, Riehen und Bettingen. Die Verwaltungsstrukturen des Kantons und der Gemeinde Basel-Stadt gehen in vielen Bereichen ineinander über.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 40/122

Ganz auf die Erhebung einer Patientenbeteiligung verzichtet haben die Kantone FR, GL, JU, NE, TI, VD, VS. Die anderen Kantone erheben eine Beteiligung in der Kombination von zwei Prinzipien:

- Festlegung der Berechnung des Anteils (einkommensabhängig, prozentual (10% oder 20%) oder direkter Beitrag) und
- Festlegung der Obergrenze, die pro Tag vom Klienten erhoben wird (CHF 8 oder CHF 15.95).

Verschiedene Kantone sehen ergänzend zu diesen grundlegenden Regelungen für bestimmte Personengruppen Befreiungen von der Patientenbeteiligung via Festlegung auf der Verordnungsebene oder für Einzelpersonen auf individuellen Antrag hin vor.³⁴

Die höchste Patientenbeteiligung wird in der Kombination aus direktem Beitrag und einer Obergrenze von CHF 15.95 pro Tag von den Kantonen LU, NW, OW, SH erhoben, gefolgt von den Kantonen AG, SO, UR, ZH.

Die Erhebung einer Patientenbeteiligung hat verschiedene Auswirkungen auf die MPCD. Erstens erfordert sie eine Koordination der Abrechnung der MPCD mit derjenigen der Spitexorganisationen in der Grundversorgung, wenn beide am gleichen Tag verrechenbare Leistungen beim Klienten erbringen. Die Onko-Spitex Aargau verzichtet aufgrund des hohen administrativen Aufwands auf die Erhebung einer Patientenbeteiligung und trägt sie mit Spendengeldern. Auch die SEOP Schaffhausen verzichtet auf die Patientenbeteiligung, erhebt allerdings eine Fahrkostenpauschale in Höhe von CHF 15 pro Tag. Von anderen MPCD ist nicht bekannt, was der Koordinationsaufwand für sie bedeutet. Er trifft vor allem die MPCD der Gruppe A, da in der Gruppe B die Grundversorgung mehrheitlich über die gleiche Spitexorganisation erfolgt.

Zweitens leistet die Patientenbeteiligung in Kantonen, in den sie erhoben wird, einen Finanzierungsbeitrag an den MPCD, um den die entsprechende Restfinanzierung der öffentlichen Hand verringert wird. Dies gilt aber nur für den Teil der Leistungen eines MPCD, welcher gegenüber dem Klienten und damit auch gegenüber der Krankenkasse verrechnet werden kann, nicht jedoch für konsiliarische Tätigkeiten gegenüber anderen Diensten. Ob und in welchem Mass die Patientenbeteiligung den Zugang von Patientinnen und Patienten zu den MPCD beeinflusst, wurde in der Befragung nicht erhoben.

Die Angaben in Tabelle 16 zum Beitrag der Versicherer an die Kosten der Akut- und Übergangspflege verdeutlichen die heute noch unbedeutende Rolle der Akut- und Übergangspflege für die Finanzierung der ambulanten Pflege. Schweizweit betragen die Leistungen der Versicherer im Jahr 2012 im Rahmen der Spitex CHF 700'000, ergänzt um den Beitrag von Kanton und Gemeinden von CHF 860'000. In den Kantonen AG, JU, LU, NE, OW, SO, SZ, TI, UR, VS wurde im Jahr 2012 kein Fall von Akut- und Übergangspflege in der ambulanten Pflege verrechnet, in den Kantonen AI, BL, FR, GL, NW, SH, VD ein bis fünf Fälle, nur in den Kantonen AR, BE, BS, GE, GR, SG, TG, ZG, ZH mehr als 5 Fälle.

3.2. Zentrale Einflussfaktoren auf die Kosten- und Ertragsstrukturen der MPCD

3.2.1. Die Kosten und Finanzierung der pflegerischen und medizinischen Leistungen der MPCD

Für ein besseres Verständnis der finanziellen Rahmenbedingungen, unter denen die MPCD in den verschiedenen Kantonen arbeiten, werden in diesem Abschnitt die zentralen Einflussfaktoren auf

³⁴ BS übernimmt z.B. für Klienten mit einer Prämienverbilligung die Patientenbeteiligung.

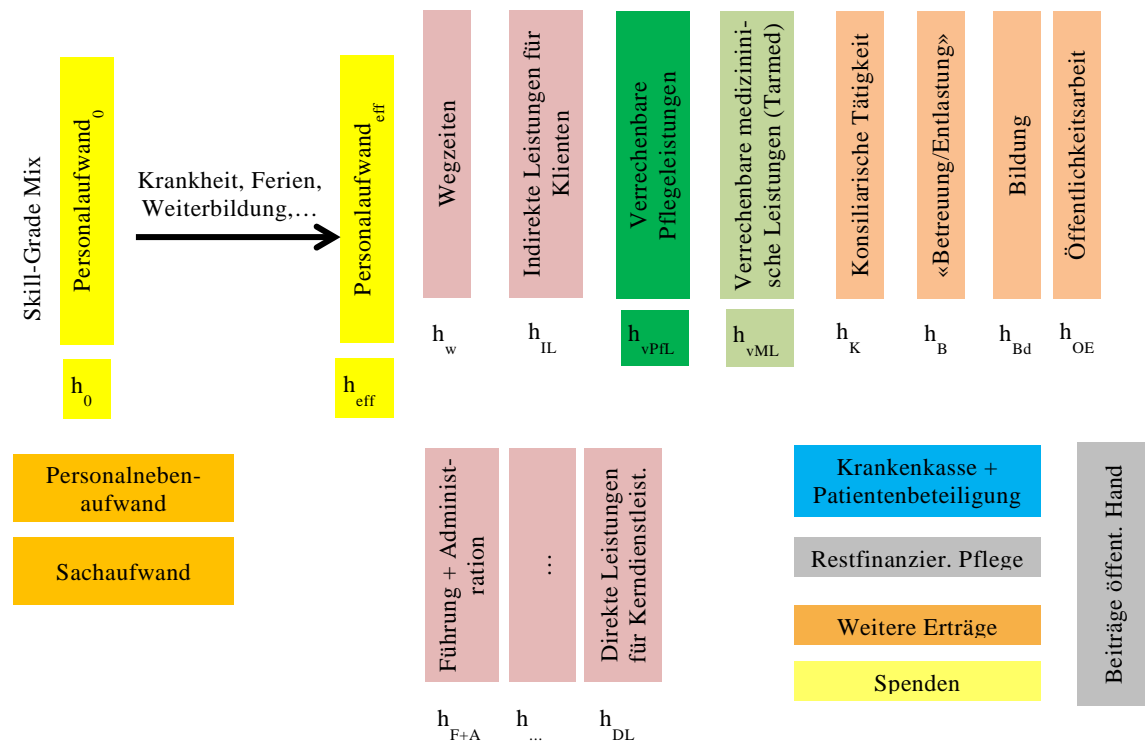
Luzern, 13. Januar 2014

Seite 41/122

ihre Kosten- und Ertragsstrukturen herausgearbeitet. Zur Strukturierung und Veranschaulichung des Zusammenspiels der verschiedenen Einflussfaktoren wird auf ein Modell und eine Darstellung zurückgegriffen, die von der Hochschule Luzern im Rahmen der Projekte «Organisationsformen und Finanzierungsgrundlagen zur Sicherung der ambulanten Palliative Care im Kanton Luzern» und «Zukunft Hauswirtschaft und sozialbetreuerische Leistungen der Spitex» entwickelt wurden.³⁵

Abbildung 3 zeigt Verteilungsmöglichkeiten des Personalaufwands und Sachaufwands eines MPCD auf verschiedene Kostenträger und Kostenstellen. Die Darstellung lehnt sich in ihren Bezeichnungen an das Finanzmanual einer Spitex an. Sie ist daher in ihrer Form vor allem den MPCD der Gruppen A und B, welche als Spitex mit einem erweiterten Aufgabenbereich und einem ärztlichen Hintergrunddienst organisiert sind, vertraut. Sie gilt aber auch, wie im weiteren Verlauf dieses Abschnitts gezeigt wird, für die MPCD, welche überwiegend konsiliarisch tätig sind und keine oder nur wenige Pflegeleistungen abrechnen.

Abbildung 3: Verteilung des Personal- und Sachaufwands eines MPCD auf verschiedene Kostenstellen und Kostenträger



Quelle: Wächter, M., Gentile, G.-C., Bommer, A. (2014a)

Der Personalaufwand stellt den grössten Teil des Aufwands eines MPCD dar. Der *Personalaufwand*₀ bezeichnet die Jahreslohnsumme inklusive Arbeitgeberbeiträge. Er ist geprägt vom Skill-Grade-Mix der Mitarbeitenden des MPCD. Dieser ist wegen der spezialisierten Funktionen höher als in einer Spitex der Grundversorgung. Oft lehnt sich die Vergütung an kantonale Lohnreglemente oder Reglemente anderer Organisationen des öffentlichen Dienstes an. In den Personalaufwand₀

³⁵ Wächter, M., Gentile, G.-C., Bommer, A. (2014a). Organisationsformen und Finanzierungsgrundlagen zur Sicherung der ambulanten Palliative Care im Kanton Luzern. Schlussbericht (erscheint Ende April 2014) und Wächter, M., Bommer, A., Sidler-Rabhi, S. (2014). Zukunft Hauswirtschaft und sozialbetreuerische Leistungen der Spitex. Schlussbericht (erscheint Ende April 2014b)

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 42/122

oder in den Personalnebenaufwand fliessen auch Zusatzvergütungen für Nacht- und Wochenendeinsätze und für Bereitschafts- oder Pikettdienste ein.

Die Mitarbeitenden stehen dem MPCD während der durch die Stellenprozente bestimmten Jahresarbeitszeit h_0 abzüglich Abwesenheiten infolge von Ferien, Krankheit/Unfall, betrieblich vorgesehenen Pausen und auch Weiterbildungszeiten, die vom MPCD getragen werden, zur Verfügung. Die Jahreslohnsumme inklusive Arbeitgeberbeiträge und Zusatzbeiträge geteilt durch diese effektiven Stunden h_{eff} ergibt den Grundpreis pro Stunde, den die Mitarbeitende im Rahmen des MPCD einsetzt. Aufgrund des höheren Skill-Grade-Mixes, einer angestrebten 7 Tage / 24 Stunden Bereitschaft des MPCD und der Beteiligung der Arbeitgebenden an Weiterbildungszeiten ist dieser Grundpreis pro Stunde oft höher als in einer Spitex der Grundversorgung.

Die Stunden h_{eff} , die ein Mitarbeitender dem MPCD effektiv zur Verfügung steht, fliessen nur zu einem gewissen Teil in nach KVG verrechenbare pflegerische und medizinische Leistungen.

Die Wegzeiten eines MPCD können weder dem Klienten noch der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden. Aufgrund der spezialisierten Versorgung der über die Versorgungsregion verteilten Klienten, einem hohen Anteil an Abklärung und Beratung (entsprechend oft kürzeren Einsätzen) und einer angestrebten 7 Tage / 24 Stunden Erreichbarkeit fallen die Wegzeiten der meisten MPCD deutlich höher aus als die durchschnittlichen Wegzeiten einer Spitex in der Grundversorgung. So beträgt beispielsweise der Anteil der Wegzeiten der Onkospitex Aargau gemäss Leistungskennzahlen 2012 67 Prozent der verrechenbaren Stunden, diejenige der SEOP Baselland im Jahr 2012 39 Prozent. In der Grundversorgung sind diese Werte deutlich tiefer, nicht nur im Schnitt von Abklärung & Beratung, Untersuchung & Behandlung und Grundpflege, sondern auch von Abklärung & Beratung allein. Auf die Frage, «welche **zentralen** Leistungen Ihres MPCD **nicht** über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet werden können», nannten in der Erhebung alle MPCD der Gruppe A (AG, SG, SH, SO, ZH_Onko_Plus, ZH_MPCT_Win) sowie die MPCD BE_SEOP, BE_PaCa_Thun, LU (für Agglomerationsgemeinden) und BL die Wegzeiten.

Die Koordinationsleistungen für die palliative Behandlung und Betreuung einer Klientin/eines Klienten fallen unter die verrechenbaren Stunden Pflegeleistungen $h_{v,pfl}$ und medizinische Leistungen $h_{v,ML}$, wenn sie gegenüber den Patienten verrechnet werden können. Wenn sie nicht verrechenbar sind, werden sie oft unter den «Indirekten Leistungen für Klienten» erfasst. Sie führen dann in der späteren Umlage zu höheren Vollkosten pro verrechneter Stunde. Da es für die Vollkosten wichtig ist, welche Koordinationsleistungen ein MPCD nach KVG abrechnen kann, wird auf diesen Punkt im Kapitel 3.3.1 ausführlicher eingegangen. In der Befragung wird von einzelnen MPCD z.B. darauf verwiesen, dass zentrale Koordinationsleistungen oft bereits vor Austritt einer Patientin oder eines Patienten aus dem Spital oder z.B. aus einem Pflegeheim anfallen und dann nicht verrechnet werden können. Die Nichtverrechenbarkeit von Leistungen gilt auf jeden Fall für die Vorbereitung von Entlassungen nach Hause, die letztlich nicht zustande kommen.

Tabelle 18 zeigt die durchschnittliche Anzahl verrechenbarer Stunden pro Klient anhand der Leistungszahlen 2012 für MPCD, die Pflegeleistungen nach KVG verrechnet haben. Sie liegt zwischen 3.6 Stunden pro Klient (SG/AI/AR) und 15 Stunden pro Klient (SH). Diese Zahl ist bei den MPCD damit deutlich tiefer als der Schnitt verrechenbarer Stunden von 51 Stunden pro Klient/in in der Langzeitpflege 2012 bei den öffentlich gemeinnützigen Spitexorganisationen.

Tabelle 18: Anzahl verrechenbarer Stunden pro Klient/in 2012

Kanton	SG/AI/AR	AG	ZH_Onko	BE_SEOP	BL	LU	ZH_MPCT_Win	SH
Anzahl verrechenbarer Stunden pro Klient/in 2012	3.6	4.6	6.3	6.3	7	10.9	14.1	15.0

Quelle: Eigene Berechnung aufgrund der Jahresberichte und Leistungskennzahlen verschiedener MPCD

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 43/122

Je niedriger die Anzahl verrechenbarer Stunden pro Klient/in, desto sensibler reagieren die Vollkosten pro verrechenbarer Stunde auf nicht verrechenbare Koordinationsleistungen und weitere nicht verrechenbare indirekte Leistungen für Klienten.

Dieser niedrige Schnitt an verrechenbaren Stunden pro Klient/in hat auch einen Einfluss auf die Umlage der Kosten für Fallführung und Planung, respektive für Führung und Administration allgemein, da sich diese auf wenige verrechenbare Stunden verteilen. Die MPCD kommen gemäss den Indikationskriterien für die spezialisierte Versorgung vor allem in komplexen und instabilen Situationen zum Einsatz. Dies erhöht den Aufwand für eine vorausschauende und flexible Planung. Die Beteiligung verschiedener Leistungserbringer dürfte zugleich den Dokumentationsaufwand vergrössern. Beide Leistungen können nicht gegenüber den Krankenversicherern abgerechnet werden.

Alle bisher aufgeführten Einflussfaktoren betreffen das Erbringen der pflegerischen und medizinischen Leistungen selbst. Sie gehen damit nicht über den Geltungsbereich des KVG hinaus.

In den Kriterien zur Erlangung des Labels «Qualität in Palliative Care» für MPCD wird die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Supervision hervorgehoben. Die dazu erforderlichen Austauschsituationen sind gegenüber den Klienten und Krankenversicherungen nicht verrechenbar, schlagen sich aber ebenfalls in den Vollkosten der verrechneten Stunden nieder.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die drei Elemente:

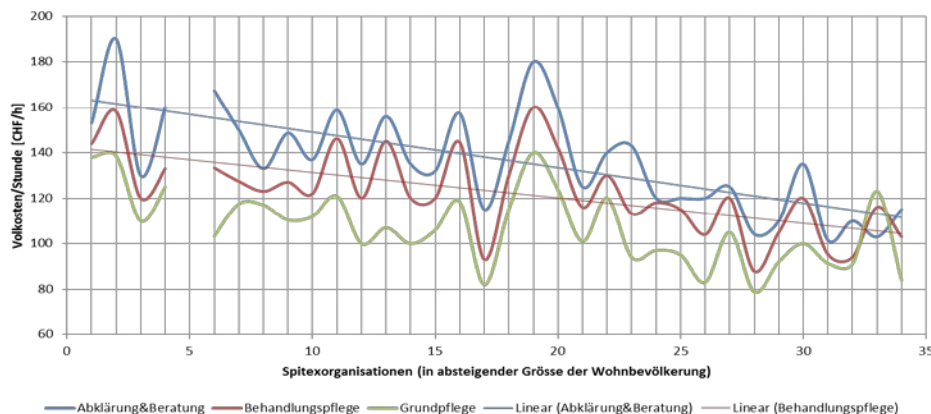
- höhere Kosten pro Stunde, die vom Mitarbeitenden für das MPCD geleistet wird
- hoher Anteil an nicht verrechenbaren Stunden
- niedriger Anteil an verrechenbaren Stunden pro Klient/in

einen grossen Hebeleffekt auf die Vollkosten jeder gegenüber dem Klienten verrechneten Stunde und damit auch auf den für die Defizitdeckung benötigten Restfinanzierungsbeitrag haben.

Im Rahmen dieser Erhebung konnte kein umfassender quantitativer Vergleich der Vollkosten verschiedener MPCD im Verhältnis zu Spitexorganisationen der Grundversorgung vorgenommen werden. Aber die Kumulation der genannten Einflussfaktoren und eine Einsicht in Jahresrechnungen und Leistungskennzahlen der MPCD legen nahe, dass ihre Vollkosten deutlich über denjenigen der Grundversorgung liegen.

Abbildung 4 illustriert am Beispiel einer Vollkostenerhebung des Spitexkantonalverbands Luzern, wie stark die Vollkosten bereits in der Grundversorgung je nach Leistungsauftrag, Versorgungsregion und Organisationsstrukturen variieren können.

Abbildung 4: Vollkosten der gemeinnützigen Spitexorganisationen pro verrechneter Stunde (Kanton Luzern)



Quelle: Eigene Darstellung gemäss einer Erhebung des Spitexkantonalverbands Luzern und den Bevölkerungszahlen gemäss BFS-Statistik BEVNAT 2012.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 44/122

Die Vollkosten der öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen pro verrechneter Stunde dürften in anderen Kantonen ein ähnliches Bild ergeben, mit einem vielleicht niedrigeren oder höheren Mittelwert oder einer engeren oder grösseren Bandbreite. Entscheidend ist, dass sich die Vollkosten der MPCD deutlich über diesen Korridoren und damit deutlich ausserhalb der Restfinanzierungsbeiträge der Grundversorgung bewegen.

Der zweite Punkt, den die Abbildung 4 verdeutlicht, ist, dass Spitexorganisationen der Grundversorgung mit niedrigen Vollkosten, die z.B. auf einen eigenen Nachtdienst oder Nachtpikett verzichten, bei einem Einkauf der subsidiären Leistungen eines MPCD zu seinen Vollkosten vor dem hohen Kostenunterschied zurückschrecken könnten und versuchen, die Leistungen mehrheitlich selbst in der ihnen möglichen Qualität zu erbringen. Ähnliche Überlegungen gelten auch für Alters- und Pflegeheime und andere sozialmedizinische Institutionen.

Die Diskussion der Finanzierungsgrundlagen in den Kantonen in Kapitel 3.4 wird zeigen, dass in verschiedenen Kantonen die Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand an die MPCD nicht über die Beiträge an die Grundversorgung hinausgehen. In anderen Kantonen werden den MPCD höhere Restfinanzierungsbeiträge zugestanden, welche aber nicht zwangsläufig kostendeckend sind. In diesen Fällen sind die MPCD gezwungen, die ungedeckten Pflegevollkosten aus Stiftungsmitteln, Mitgliederbeiträgen oder Spendengeldern zu decken. Die Vergütung der Krankenversicherer ist seit Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung national einheitlich festgelegt und abgestuft nach den drei Leistungsarten Abklärung & Beratung, Untersuchung & Behandlung und Grundpflege auf einem festen Beitrag an die Pflegekosten begrenzt.

Erbringt ein MPCD konsiliarische, nicht gegenüber den Patienten verrechenbare medizinische oder pflegerische Leistungen (Stunden h_k in Abbildung 3), welche nicht über einen Leistungsauftrag und ein Globalbudget gedeckt sind, hängt es von der Leistungsvereinbarung mit der öffentlichen Hand ab, ob sie diese auf ihre anerkannten Vollkosten pro verrechenbare Stunde umlegen kann oder ob sie sie aus eigenen Mitteln tragen muss.

Die MPCD der Gruppen C, D und E haben bisher weitgehend verzichtet, pflegerische Leistungen gegenüber den Klienten und damit gegenüber den Krankenversicherern abzurechnen. In den Antworten auf Fragen zur Finanzierung tauchten jedoch vermehrt Überlegungen auf, verrechenbare Leistungen zukünftig den Krankenversicherern und Patienten in Rechnung zu stellen.

3.2.2. Die Kosten und Finanzierung der erweiterten Aufgaben eines MPCD

Die MPCD übernehmen im Netzwerk der Palliative Care nicht nur die subsidiäre spezialisierte pflegerische und medizinische Versorgung, sondern auch weitere Aufgaben. Diese können je nach Rolle im Netzwerk und den Zielen des MPCD unter anderem beispielsweise die Unterstützung und Entlastung von Angehörigen, die Einbindung von Freiwilligenarbeit, psychoonkologische und psychologische Begleitung, Sozialberatung, Bildung und Schulungen, Entwicklungsaufgaben in der Versorgungsregion, Öffentlichkeitsarbeit oder die Vermittlung von Hilfsmitteln umfassen. Auf diese erweiterten Aufgaben von MPCD wird im folgenden Kapitel noch ausführlicher eingegangen. Diese Leistungen fallen nicht unter das Krankenversicherungsgesetz. Sie müssen über Dienstleistungserträge, Leistungsaufträge der öffentlichen Hand oder Spenden finanziert werden.

In der Erhebung wurden die MPCD gefragt, ob «sie Leistungen, die Sie nicht via Kranken- oder Sozialversicherungen abrechnen können, den Leistungsbezügern direkt in Rechnung stellen.»

Kein MPCD der Gruppen C bis E, mit Ausnahme der EMSP du Valais romand, verrechnet solche Leistungen. Die EMSP du Valais romand verrechnet einzig Bildungsangebote gegenüber Organisationen, die nicht staatlich finanziert sind. Positiv formuliert bedeutet dies, dass diese mobilen Palliative-Care-Dienste ihre Leistungen in der Bildung, in der Öffentlichkeitsarbeit, in der Unterstüt-

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 45/122

zung von Entwicklungsprozessen der Versorgungsregionen nicht weiter verrechnen, sondern aus eigenen Mitteln und den Beiträgen der öffentlichen Hand finanzieren. Umgekehrt bedeutet dies gleichzeitig, dass MPCD, welche keine Spenden und Mitgliederbeiträge einwerben, in ihren Ressourcen auf die finanziellen Mittel im Rahmen ihres Leistungsauftrags eingeschränkt sind.

Auch die MPCD der Gruppen A und B stellen nur vereinzelt und einen kleinen Teil ihrer zusätzlichen Leistungen ausserhalb des KVG den Bezüger in Rechnung (siehe Tabelle 19). Wenn Leistungen verrechnet werden, betreffen sie Schulung und Weiterbildung (ein MPCD), nicht gegenüber den Krankenkassen verrechenbare Materialien und Hilfsmittel (zwei MPCD) oder Mehrleistungen in der Pflege (ein MPCD) sowie Nachtwachen (zwei MPCD).

Tabelle 19: Verrechnete Leistungen ausserhalb des KVG

Kanton	Dienstleistung: Adressat
AG	Schulungen: Spitex, Pflegeheime, Ausbildungseinrichtungen
SG	Material: Patient
SH	Weiterbildungen: Schule für Krankenpflege, Vereine, Öffentliche Spitex
ZH_MPCT_Win	Nachtwachen: ¹ Patienten/Angehörige
ZH_Onko_Plus	Personalkosten: Pflegeheime
BE_PaCa_Thun	Pflegeleistungen bei Mehrleistung als Abdeckung KK: Patienten, Alterseinrichtungen Bildung: Berner Bildungszentrum Pflege, Heime, Pro Senectute, Sozialdienst
BE_SEOP	Sitznachtwa che: Kunden Alle nicht über die Kasse abrechenbare, zusätzliche Leistungen, Medikamente, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterial: Kunden
VS_VR	Formation: Les organismes non financés par l'Etat

¹ZH_MPCT_Win stellt die Nachtwachen nicht selbst, sondern in Zusammenarbeit mit einer anderen Organisation.

Quelle: Antworten aus der Befragung.

Dienstleistungserträge ausserhalb des Krankenversicherungsgesetzes tragen somit nur einen verschwindend kleinen Teil zur Finanzierung der MPCD bei.

Wenn zusätzliche Leistungen nicht in den Leistungsverträgen mit der öffentlichen Hand eingeschlossen sind, dann werden sie vor allem über Spenden, Stiftungsgelder und Mitgliederbeiträge finanziert. Dies gilt nicht nur für alle MPCD der Gruppe A, sondern mit dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern und der SEOP Bern auch für MPCD der Gruppe B. Ein Teil der Defizite der Spezialteams und -dienste wird hier durch Spenden gedeckt.

Die SEOP Baselland (Gruppe C) hat bei der Angliederung an das Kantonsspital Baselland ihren Förderverein beibehalten.

Bei den MPCD der Gruppe D werden im Pilotprojekt der Krebsliga Graubünden zurzeit ebenfalls noch Gelder einer Stiftung eingesetzt. Auch die MPCD Hospice Ticino und der Verein Triangolo finanzieren einen Teil ihrer Aktivitäten aus Spendengeldern.

3.3. Die Vergütung von Koordinationsleistungen und die Rolle der Akut- und Übergangspflege in der Palliative Care

3.3.1. Die Abrechnung von Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Situationen

Die Verrechenbarkeit von Koordinationsleistungen ist für MPCD, welche nicht über einen Leistungsauftrag mit Globalbudget verfügen und nicht primär konsiliarisch tätig sind, ein wichtiges Element, um ihre Erträge aus den verrechenbaren KLV-Leistungen und der Restkostenfinanzierung zu steigern. In der Revision der Krankenpflegeleistungsverordnung 2012 wurden in Art. 7, Abs. 2

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 46/122

a. 3. Koordinationsleistungen in komplexen Situationen explizit aufgenommen als: «Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen».

In der Erhebung wurden den MPCD die Frage gestellt, «wann und in welchem Umfang sie in den letzten sechs Monaten Koordinationsleistungen gemäss KLV Artikel 7, Abs. 2 a. 3. verrechnet haben». Nicht zur Anwendung kam dieser Artikel in den MPCD, welche aktuell keine Pflegeleistungen gegenüber der Krankenversicherung und den Klienten verrechnen. Dies sind in der Gruppe C BL, GE, TG, VS_SZO, VS_VR, in der Gruppe D FR, TI_Hospice, TI_Triangolo und in der Gruppe E JU, VD_ARC, VD_RNB, VD_ARCOS und VD_PSHL. Die EMSP BEJUNE schreibt in den Anmerkungen zu ihrer Antwort: «*Jamais, les infirmières de l'EMSP ne pouvant facturer cette position simultanément avec les soignants de première ligne*».

In der Gruppe A wenden die SEOP Schaffhausen / Krebsliga SH, Onko Plus Kanton ZH und das Mobile Palliative Care Team Spitalregion Winterthur diesen Artikel nicht an, da sie die Koordinationsleistungen über Abklärung & Beratung ohne weitere Angaben verrechnen. In der Gruppe B verrechnen weder der Brückendienst der Spitex Stadt Luzern noch die Fachstelle Palliative Care der Spitex Stadt Zürich Leistungen gemäss diesem Artikel. Der Brückendienst der Stadt Luzern schreibt in seinen Anmerkungen zu dieser Frage: «*Koordinationsleistungen vor Eintritt (sehr viele) und Koordination mit anderen Diensten werden von den Krankenkassen nicht akzeptiert. Die Koordinationsleistungen wurden wenig differenziert definiert. [...] Wir erfassen bisher keine expliziten Koordinationsleistungen, aber wir verrechnen Leistungen der Pflegeprozesssteuerung.*»

Bei den übrigen mobilen Palliative-Care-Diensten kommt die Abrechnung nach diesem Artikel in unterschiedlicher Häufigkeit (von weniger als einem Prozent bis hin zu einem Anteil von mehr als zehn Prozent aller nach KVG verrechneten Stunden) und mit unterschiedlichen Begründungen zum Einsatz.

Tabelle 20: Die Abrechnung von Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Situationen

MPCD	In welchen Situationen	Umfang
BE_PaCa_Thun	Abklärungen bei Spitalaustritten (Telefonate, Rundtischgespräche), Vorbereitende Arbeiten für Neuaufnahmen (Materialbestellungen Spezialmaterial, Pflegehilfsmittel), Kontaktaufnahme weitere Beteiligte (Hausarzt, Fachstellen, Angehörige), geplante und kurzfristig wieder abgesagte Neuaufnahmen (Allgemeinzustand-Verschlechterung) , Abklärungen für Pikettdienst (ohne nachfolgend effektive Einsätze)	1
BE_SEOP	Bei zusätzlichen Beratungssituationen	1
BS	Abklärungen im Spital, Roundtable bei bestehenden PatientInnen, Informationsaustausch bei bestehenden PatientInnen mit dem Spital	2
AG	Rundtischgesprächen Absprache mit Spitex, Apotheken, Freiwilligen, andere Dienstleistungsanbietern Kommunikation zwischen den Dienstleistungsanbietern zum Finden geeigneter Lösungen	3
GR	In der Regel kommt dieser Tarif zur Anwendung, denn die meisten Leistungen fallen unter Beratung, Koordination oder Anleitung von Fachpersonen oder Angehörigen.	4
SG	Koordinationsleistungen, häufig Familiengespräche zu Hause, die das vorhandene Netz und Möglichkeiten sowie das Besprechen von Notfallsituationen und präventiven Massnahmen beinhalten.	4
SO	Vorbereitung Spitalaustritt (Rundtischgespräche u. dgl.) Netzwerkaufgaben (Kontakt mit Hausarzt, Spitex etc.)	4

1 = weniger als 1%
2 = mehr als 1%, weniger als 5%
3 = mehr als 5%, weniger als 10%
4 = mehr als 10%

aller nach KVG verrechneten Stunden

Quelle: Antworten aus der Befragung.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 47/122

In Tabelle 20 werden die Umschreibungen der Situationen, in denen Artikel 7, Abs. 2 a. 3. zur Anwendung kommt, original aus den Antworten der MPCD übernommen. Sie zeigen gewisse Gemeinsamkeiten, beispielsweise bei der Anwendung für die Abrechnung von Rundtischgesprächen oder Familiengesprächen. Die Antworten lassen aber z.B. offen, ob eine Verrechnung von Leistungen vor dem Spitalaustritt definitiv möglich ist.

Insgesamt zeigt sich jedoch eine grosse Heterogenität über die ganze Gruppe derjenigen MPCD hinweg, die heute Pflegeleistungen gegenüber der Krankenversicherung abrechnen. Unsicherheiten in der Anwendung des Artikels 7, Abs. 2 a. 3. KLV dürften deshalb auch in der Palliativpflege im Rahmen der Grundversorgung bestehen. In seinem Schreiben vom 7. Dezember 2012 an die Verbände der Leistungserbringer und Versicherer hat der Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung des BAG zwar die wichtigsten Umsetzungsrichtlinien in Bezug auf den genannten Artikel festgehalten.³⁶ Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse besteht allerdings aus Sicht der Autoren dieses Berichts weiterer Klärungsbedarf.

3.3.2. Die Rolle der Akut- und Übergangspflege in der ambulanten Palliative Care

Die Kontinuität der Behandlung und Pflege an der Schnittstelle zwischen Spital und ambulanter Versorgung ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für den weiteren Verbleib im gewohnten Wohnumfeld. Aus Sicht der Autoren der Studie stellt sich die Frage, in wie weit die Anordnung der Akut- und Übergangspflege einen Beitrag an einen geordneten und stabilen Übergang leisten und die Abrechnung der erbrachten Leistungen innerhalb der ersten 14 Tage erleichtern kann.

Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird in den Tarifverträgen zwischen tarifsuisse, Helsana, Sanitas, KPT und ihren Vertragspartnern wie folgt definiert:

Akut- und Übergangspflege muss vom Spitalarzt angeordnet sein und folgende Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein:

- 1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital (auch geriatrische Abteilung eines Spitals) sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf in einer Rehabilitationsklinik besteht nicht.*
- 2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.*
- 3. Die AÜP ist Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.*
- 4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin, der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und die Vermeidung einer Rehospitalisation.*
- 5. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.*

Auf die Frage in der Erhebung, wann und in welchem Umfang die Abrechnung der Akut- und Übergangspflege in der jeweiligen MPCD zur Anwendung kommt, antworteten 25 von 26 MPCD, dass sie diese Leistung in den vergangenen sechs Monaten nicht verrechnet haben. Einzig die Spitalexterne Onkologiepflege SEOP der Krebsliga Solothurn hat die Leistung z.B. bei einer Infusion über Port-a-Cath und insgesamt bei weniger als einem Prozent aller Klienten abgerechnet.

³⁶ BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung (2012). Schreiben an die Verbände zur Umsetzung von Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV). <http://upload.sitesystem.ch/131D5358A8/4BFEA0B204/4620C1F1A5.pdf>.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 48/122

Die Antworten in den Anmerkungen zu dieser Frage variierten zwischen «nie», «auf kantonaler Ebene nicht bekannt», «zurzeit noch nicht» und «Palliative-Care ist bei der Akut- und Übergangspflege explizit ausgeschlossen.».

In der Broschüre «Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege)» des BAG und der GDK wird unter dem Abschnitt «Schnittstelle ambulanter Bereich / Spital – Akut- und Übergangspflege» vor allem auf die Kritik von Leistungserbringern an einer fehlenden Praktikabilität aufgrund der zeitlichen Begrenzung hingewiesen: *«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.»*³⁷

Aus Sicht der Autorin und des Autors dieser Studie scheint die Unsicherheit über die Anwendbarkeit der Akut- und Übergangspflege bei den MPCD (vor allem auch mit Blick auf die oben zitierte Bedingung in den Tarifverträgen, das Wiedererreichen der vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten und die dauerhafte Rückkehr nach Hause) über die Kritik an der zeitlichen Begrenzung hinaus zu gehen. Auch hier besteht Klärungsbedarf, der sowohl die MPCD wie auch die Spitexorganisationen der Grundversorgung einschliesst.

3.4. Die Finanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste in den Kantonen

Die Darstellung der Finanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste folgt der oben vorgenommenen Einteilung der MPCD in die Gruppen A bis E, da auf diesem Wege die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Finanzierung innerhalb einer Gruppen und zwischen den Gruppen am klarsten herausgearbeitet werden können.

Der Gesamtaufwand der MPCD in den verschiedenen Gruppen kann allerdings nur bedingt miteinander verglichen werden, da in Gruppe A und B auch ein erheblicher Anteil von Pflegeleistungen enthalten ist, welcher in einem Kanton mit einem rein konsiliarisch tätigen MPCD in der Spitex-Grundversorgung angefallen wäre. Zugleich sind die Leistungsaufträge mit zum Teil sehr unterschiedlichen Aufträgen verbunden.

3.4.1. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe A

Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe A, die **spezialisierten Spitexorganisationen, die von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung getragen werden**, beruht auf den Säulen: 1. Ertrag aus Leistungen der Krankenversicherer, 2. Patientenbeteiligung, 3. Restfinanzierung der Gemeinden, 4. Mitgliederbeiträge, Spenden und Stiftungsgelder.

Bei allen MPCD werden Spenden oder Stiftungsgelder zur Finanzierung der Vollkosten der Pflege sowie ergänzender Leistungen herangezogen. In den Kantonen SG, AI, AR, AG, SH und SO wird der MPCD von den **Krebsligen Ostschweiz, Aargau, Schaffhausen und Solothurn** getragen. Hier fließen neben den direkt für den MPCD eingeworbenen Spendengeldern auch Beiträge der Krebsliga (national und kantonale) in die Finanzierung der MPCD. **Das MPCT Spitalregion Winterthur**

³⁷ BAG und GDK (2013). Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege), S. 8 und 46. Anzumerken ist, dass nach Ablauf dieser 14 Tage die Beitragsregelung nach Art. 25a Abs.1 KVG zur Anwendung kommen kann.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 49/122

und **die Stiftung Onko Plus** sind im Kanton Zürich in einer vergleichbaren Ausgangsposition, ausser dass sie die Spenden im Namen ihres Vereins bzw. ihrer Stiftung generieren.

Die Beiträge der Krankenversicherung sind in allen Kantonen einheitlich. Der Anteil an der Finanzierung der MPCD dieser Gruppe hängt stark vom Verhältnis zwischen rein 1. konsiliarisch erbrachten, 2. nicht gegenüber einer Klientin/einem Klienten verrechenbaren Stunden und 3. verrechenbaren Pflegeleistungen ab. In allen Kantonen ist eine Patientenbeteiligung vorgesehen. Die Onko-Spitex Aargau und die SEOP Solothurn verzichten aufgrund des administrativen Aufwands auf die Erhebung einer Patientenbeteiligung.

Nur die beiden MPCD AG und ZH_MPCT_Win verfügen über einen Leistungsvertrag mit den Spitexorganisationen der Grundversorgung (AG) oder den Gemeinden ihrer Versorgungsregion (ZH_MPCT_Win). In diesen Leistungsverträgen wird ein Beitrag der Gemeinden an die Pflegevollkosten der MPCD festgelegt. Der Beitrag ist höher als die Restfinanzierungsbeiträge an die öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen der Grundversorgung, aber gemäss Angaben der MPCD nicht kostendeckend. Die Jahresrechnungen beider Organisationen weisen einen Gesamtanteil an Spenden – und im Falle der Onko-Spitex Aargau auch an Beiträgen der Krebsliga – von rund 35 Prozent (AG) respektive 25 Prozent (ZH_MPCT_Win) aus.

Der Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz in den Kantonen SG, AI und AR, die SEOP Solothurn, die SEOP Schaffhausen und die Spitex Onko Plus verfügen über keine Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden. Ihnen stehen nur die Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand für Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag zu.

Tabelle 21: Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand für Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag

	AR	AI	SG	SO	SH	ZH	
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014
Abklärung & Beratung	keine	keine	13.30	keine	keine	19.05	0.00
Untersuchung & Behandlung	keine	keine	10.90	keine	keine	10.00	0.00
Grundpflege	keine	keine	9.10	keine	keine	25.30	3.30

Quelle: Eigene Darstellung aufgrund der kantonalen Pflegegesetze und -verordnungen.

Tabelle 21 zeigt, dass in den Kantonen AR, AI, SO und SH im Jahr 2013 keine Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand für Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag gezahlt wurden. Im Kanton SO leisten die Gemeinden einen Finanzierungsbeitrag, der als Spende verbucht wird. Im Kanton SG wurden Restfinanzierungsbeiträge gezahlt, die für eine spezialisierte Spitex aber bei weitem nicht kostendeckend sind. In Zürich wird die Restfinanzierung für Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag im Jahr 2014 praktisch auf Null gesenkt. Die gemeinnützigen Träger der MPCD decken in diesen Kantonen einen erheblichen Teil der Pflegevollkosten über Spenden.

Konsiliarische Tätigkeiten für Langzeitpflegeinstitutionen und sozialmedizinische Institutionen werden in der Gruppe A nicht direkt vergütet. Sie sind höchstens indirekt in den Restfinanzierungsbeiträgen der öffentlichen Hand an die beiden MPCD AG und ZH_MPCT_Win berücksichtigt. Leistungen eines medizinischen Hintergrunddienstes können nur direkt über den Klienten abgerechnet werden.

Der Gesamtaufwand der MPCD dieser Gruppe lag im Jahr 2012 zwischen 125'000 Franken und 1.03 Mio. Franken. Dies verdeutlicht die erheblichen Grössenunterschiede zwischen den MPCD.

3.4.2. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe B

Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe B, die als **spezialisierte Onko- und Palliative Care-Teams, Spezialdienste oder Fachstellen an eine Spitexorganisation mit Leistungsauftrag in**

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 50/122

der Grundversorgung angeschlossen sind, beruht auf den Säulen: 1. Ertrag aus Leistungen der Krankenversicherer, 2. Patientenbeteiligung, 3. Restfinanzierung der Gemeinden, 4. Mitgliederbeiträge und Spenden (nur bei einem Teil dieser Gruppe).

Die Erfolgsrechnung der Fachstelle oder Abteilung wird von den Spitexorganisationen nur zum Teil separat ausgewiesen. Ebenso werden die Spenden oft der Gesamtorganisation zugewiesen.

Gemäss den Angaben der **Fachstelle Palliative Care der Spitex Stadt Zürich** und der **Onko-Spitex Basel-Stadt** sollten die Aufwände der Fachstelle und der Spezialdienste über den Leistungsvertrag mit den Gemeinden – und im Falle von Basel-Stadt neu auch mit dem erweiterten Leistungsauftrag des Kantons – abgedeckt sein. Die Abrechnung erfolgte bislang über anerkannte Vollkosten für die Pflegeleistungen im Bereich Palliative Care. Dies bedeutete zugleich, dass Aufwände der MPCD in den Bereichen Bildung, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung zwischen Institutionen oder nicht verrechenbare konsiliarische Tätigkeiten entweder dort «eingepreist» waren oder durch Umlage auf die Gesamtkosten der Organisation finanziert werden mussten. Sie wurden nicht separat abgegolten. Dies wird für die Fachstelle der Spitex Zürich auch zukünftig gelten. Ein Teil der Aufwände der Onko-Spitex Basel-Stadt wird aber ab Dezember 2013 mit dem erweiterten Leistungsauftrag direkt vergütet.

Der **Brückendienst der Spitex Stadt Luzern** erhält bis zum Abschluss eines neuen Leistungsvertrags im Jahr 2015 einen Restfinanzierungsbeitrag für jede gegenüber einer Klientin/einem Klienten verrechnete Stunde, der sich auf der Höhe der Restfinanzierung für die Leistungsart Abklärung und Beratungen in der Grundversorgung bewegt. Dieser Beitrag ist nicht kostendeckend. Zusätzlich hat der Brückendienst Leistungsvereinbarungen mit verschiedenen Agglomerationsgemeinden abgeschlossen. Das Defizit wie auch der Mehraufwand für Leistungen des MPCD, welche über das KVG hinausgehen, werden aus einem Spendenfonds gedeckt.

Die Finanzierung der Leistungen der **SEOP Bern** und des **Palliative Care Teams der Spitex Thun** fallen unter das kantonale modulare Vergütungssystem der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand, welches in gleicher Weise für die Spitexorganisationen in der Grundversorgung gilt. In diesem System sollen die höheren Aufwände für spezialisierte Leistungen, komplexe Situationen und Nachtdienste über modulare Zusatzbeiträge finanziert werden. Diese Beiträge sind für öffentlich-gemeinnützige und private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen gleich hoch. Zusätzlich erhalten Spitexorganisationen mit einem Versorgungsauftrag noch einen Sockelbeitrag zur Abgeltung der Versorgungspflicht. Gemäss den Angaben beider MPCD ist die Vergütung über die Zusatzbeiträge in ihrem Fall nicht kostendeckend. Defizite werden über Querfinanzierungen aus der Gesamtorganisation gedeckt. Kürzungen des Gesamtbudgets für die Finanzierung der Spitexorganisationen im Kanton Bern für 2014 wurden im Grossrat des Kantons Bern verabschiedet.

Leistungen eines medizinischen Hintergrunddienstes können wie im Fall der MPCD des Typs A nur direkt über die Klientin/den Klienten abgerechnet werden.

Der Gesamtaufwand lag bei den MPCD, bei denen er aus dem Gesamtrechnung separiert werden konnte, für das Jahr 2012 zwischen 400'000 Franken und 880'000 Franken pro MPCD.

3.4.3. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe C

Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe C, **die an ein Spital angeschlossen sind oder Teil der Spitalorganisation sind**, beruht im Wesentlichen auf den Säulen: 1. Abgeltung des Leistungsauftrags des Kantons an das Spital, 2. Ertrag aus Leistungen der Krankenversicherer, 3. Finanzierung aus dem Erträgen des Spitals als Gesamtorganisation und Synergien mit den bestehenden Organisationsstrukturen.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 51/122

Die **SEOP Baselland** wird zusätzlich über eine vierte Säule durch einen Förderverein finanziert, den sie auch nach Angliederung an das Kantonsspital (im April 2013) weiterführt. Ein Teil der Weiterbildungsangebote des **MPCD Spital Thun** wird durch Beiträge der Krebsliga unterstützt.

SEOP Baselland, die **Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad**, «**Palliative Plus**» **Kanton Thurgau**, der **mobile Palliativdienst Oberwallis** und die **Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du Valais romand** verfügen über einen Leistungsauftrag des Kantons an das Spital, an das sie angegliedert sind. Sie verrechnen – mit Ausnahme der SEOP BL³⁸ – keine Leistungen gegenüber Patientinnen und Patienten und der Krankenversicherung nach Tarmed oder Pflegefinanzierung. Ihre Aufwände werden durch den Leistungsvertrag mit dem Kanton gedeckt. Der MPCD Spital Thun verfügt über keinen Leistungsauftrag des Kantons. Rund 25 Prozent der Leistungen werden durch verrechenbare Leistungen nach KVG gedeckt, der Rest über die Erträge des Spitals.

Die MPCD SEOP Baselland, die **Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad** und der Mobile Palliativdienst Oberwallis haben aufgrund der Integration ihrer Rechnung in die Jahresrechnung des Spitals keine Angabe zu den gesamten Kosten gemacht. Der Gesamtaufwand bei den MPCD Mobiler Palliativdienst Spital Thun, Palliative Plus Thurgau und die EMSP du Valais romand lag für das Jahr 2012 zwischen 260'000 Franken und 680'000 Franken pro MPCD.

3.4.4. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe D

Die MPCD in der Gruppe D, die als **versorgungsbereichsübergreifende Institution** (Spital/Spitex/Institutionen der Sozialen Arbeit und Freiwilligenarbeit) tätig sind, verfügen alle über einen Leistungsauftrag des Kantons oder sind wie im Falle des Brückendienstes Graubünden von diesem als Pilotprojekt anerkannt. Ihre Finanzierung wird in einer Mischfinanzierung von Beiträgen der öffentlichen Hand und Stiftungsgeldern, Mitgliederbeiträgen und Spenden sichergestellt. Erträge aus verrechenbaren Leistungen spielen zurzeit mit Ausnahme des **Brückendienstes Graubünden** noch keine Rolle, werden aber zur zukünftigen Mitfinanzierung der MPCD in Betracht gezogen.

Die Finanzierung des MPCD **Hospice Ticino** erfolgt zu 82 Prozent über den Leistungsauftrag des Kantons und zu 18 Prozent über Stiftungsgelder, Mitgliederbeiträge und Spenden. Die Finanzierung des Vereins **Triangolo** (Kanton TI) wird ebenfalls zu 83 Prozent aus dem Leistungsauftrag des Kantons bestritten, der Rest aus Spenden.³⁹ Die Finanzierung der **EMSP Voltigo** (Kanton FR) erfolgt zu 98 Prozent über den Leistungsauftrag des Kantons und zu zwei Prozent aus Erträgen der Bildung. Der Brückendienst Graubünden wird zunächst als Pilotprojekt geführt. Das Pilotprojekt wird über Beiträge des Gesundheitsamtes Graubünden und einer Stiftung finanziert. Ein Teil der Leistungen kann nach KVG abgerechnet werden.

Der Gesamtaufwand der MPCD dieser Gruppe lag im Kanton FR (2013, da erst dann gestartet) bei 660'000 Franken und bei den beiden MPCD im Kanton Tessin (2012) bei 780'000 Franken und 1.43 Mio. Franken.

3.4.5. Die Finanzierung der MPCD in der Gruppe E

Die MPCD dieser Gruppe werden im Rahmen eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst ausserhalb von Spitalstrukturen organisiert und finanziert.

³⁸ Bis zur Angliederung an das Kantonsspital Baselland hat die SEOP Pflegeleistungen verrechnet.

³⁹ 80 Prozent des Beitrags des Kantons werden nach einem Finanzierungsschlüssel (Lastenausgleich) von den Gemeinden übernommen.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 52/122

Ihre Finanzierung erfolgt zu praktisch 100 Prozent über einen kantonalen Leistungsauftrag. In den Kantonen JU, NE und VD wird in der ambulanten Langzeitpflege keine Patientenbeteiligung erhoben.

Die **EMSP BEJUNE** wird zu 98 Prozent vom Kanton finanziert, zu einem Prozent über die Bildung und einem weiteren Prozent über Erträge aus der Krankenversicherung. Der Gesamtaufwand der EMSP lag für die Kantone BE, JU und NE zusammen im Jahr 2012 bei 580'000 Franken.

Die **EMSP ARC**, **EMSP du réseau nord et de la broye**, **EMSP ARCOS** und **EMSP est vaudois**, angegliedert an die vier Réseau de soins im Kanton Waadt, werden ganz über den Leistungsauftrag des Kantons im Rahmen des «Programme cantonal de développement des soins palliatifs du canton de Vaud» finanziert. Einzig die EMSP du réseau ARCOS verrechnet einen kleinen Anteil an medizinischen Leistungen direkt. Mit Blick auf die Sicherstellung der mittelfristigen Finanzierung überlegen einzelne EMSP des Kanton Waadt, ob zukünftig gewisse Leistungen in Rechnung gestellt werden sollen. Der Gesamtaufwand dieser EMSP lag pro Réseau de soins im Jahr 2012 zwischen 400'000 Franken und 500'000 Franken.

3.5. Zusammenfassung Finanzierung

Mobile Palliative-Care-Dienste sind bezüglich ihrer Finanzierung aufgrund ihrer Brückenfunktion zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, ihrer interprofessionellen Ausrichtung und der notwendigen Vernetzung ihrer Dienstleistungen mit dem regionalen Angebot in der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung, der Sozialberatung, Betreuung, psychologischen und spirituellen Begleitung in einer besonderen Ausgangslage. Sie können sich nicht aus den Erträgen ihrer Leistungen finanzieren, sondern nur über einen expliziten Leistungsauftrag der öffentlichen Hand und zum Teil durch den Einbezug von Spendengeldern.

Die MPCD können ihre medizinischen und pflegerischen Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz nur abrechnen, wenn sie diese den Patientinnen und Patienten selbst in Rechnung stellen können. Darüber hinausgehende konsiliarische Tätigkeiten werden den MPCD nur im Rahmen eines Leistungsauftrags vergütet oder sie können sie dem Leistungsempfänger selbst in Rechnung stellen. Letzteres wird in der Schweiz heute aber praktisch von keinem MPCD praktiziert.

In der Regel rechnen die MPCD ihre medizinischen Leistungen gegenüber Patientinnen und Patienten nach Tarmed ab. Die Grenze der Verrechenbarkeit der medizinischen Leistungen eines MPCD wird im Wesentlichen durch die Grenzen des Tarmed und der Verrechenbarkeit von Leistungen gegenüber den Patientinnen und Patienten bestimmt. Nicht verrechnet werden können darüber hinaus die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an interprofessionellen Austauschsituationen und Weiterbildungen, ihre Mitarbeit in der Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Qualitätssicherung sowie das «Coaching» von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der Grundversorgung. Der administrative Aufwand dürfte auch die Weiterverrechnung von telefonischen Kurzberatungen in gewissen Fällen übersteigen.

Diese Ausgangslage führt dazu, dass die direkte Anstellung einer Ärztin oder eines Arztes in einem MPCD praktisch nur im Rahmen eines Leistungsauftrags der öffentlichen Hand möglich wird. Ebenso ist eine regelmässige konsiliarische, medizinische Tätigkeit sowie die interprofessionelle Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Qualitätssicherung der Palliative Care nur im Rahmen eines Leistungsauftrags möglich. Dies spiegelt sich in der Intensität der Inanspruchnahme von konsiliarischen Leistungen durch Hausärztinnen und -ärzte, Alters- und Pflegeheime oder Regionalspitäler, welche bei den MPCD der Gruppen A und B deutlich niedriger ist als bei den MPCD der Gruppen C, D und E mit einem kantonalen Leistungsauftrag. Wie in Kapitel 5.1.1 gezeigt wird,

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 53/122

findet sich bei den MPCD der Gruppen A und B keine direkte Anstellung von Ärztinnen und Ärzten, sondern eine Zusammenarbeit mit externen medizinischen Hintergrunddiensten.

Ihre pflegerischen Leistungen können die MPCD ebenfalls nur gegenüber der Krankenversicherung abrechnen, wenn sie diese den Patientinnen und Patienten selbst in Rechnung stellen können. Die Verrechnung der spezialisierten Palliativpflege wie auch der palliativen Pflege im Rahmen der Grundversorgung gegenüber den Patientinnen und Patienten erfolgt auf der Grundlage der Verrechnung der Langzeitpflege nach Art. 25a Absatz 1 KVG und Art. 7 Abs. 3a KLV. Dies bedeutet, dass die Krankenversicherung nur den dort festgelegten Beitrag an die Pflegeleistungen entrichtet. Aufgrund verschiedener Faktoren wie die höhere Qualifikation der Mitarbeitenden, höheren Weiterbildungskosten, die Vergütung von Nachtbereitschaft, Nacht- und Wochenenddiensten, deutlich höheren Wegzeiten, die Vorbereitung von Klientinnen- und Klientenaufnahmen, die noch im letzten Moment nicht zustande kommen können, nicht verrechenbaren Koordinationsleistungen, einem höheren Planungsaufwand in komplexen und instabilen Situationen und einem höheren Dokumentationsaufwand zur Einbindung aller beteiligten Partner bei gleichzeitig im Durchschnitt markant weniger verrechenbaren Stunden pro Klientin und Klient liegen die Vollkosten eines MPCD pro verrechenbarer Stunde Pflege deutlich über denjenigen einer Spitexorganisation in der Grundversorgung. Für die MPCD der Gruppen A und B, welche über keinen kantonalen Leistungsauftrag verfügen, bedeutet dies, dass sie ihre Pflegevollkosten über eine höhere Restkostenfinanzierung der öffentlichen Hand decken müssen. In den Kantonen AG, LU, SG, SO und ZH sind die Wohnortgemeinden für die Restkostenfinanzierung verantwortlich.

Von den elf MPCD, welche als spezialisierte Spitex oder Fachgruppe einer Spitex organisiert und finanziert sind, geben nur die Onko-Spitex Basel-Stadt und die Fachstelle Palliative Care der Spitex Stadt Zürich an, dass ihre Aufwände gedeckt sind. Die anderen neun MPCD erhalten gemäss ihren Angaben entweder trotz Leistungsauftrag für Palliative Care eine nicht kostendeckende Restkostenfinanzierung (AG, BE_SEOP, BE_PaCa_Thun, LU und ZH_MPCT_Win) oder nur die allgemeinen Restfinanzierungsbeiträge für Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag, welche in vielen Kantonen sehr niedrig sind oder bei null liegen (SG/AI/AR, SO, SH, ZH_Onko_Plus). Die Deckungslücke bei den Pflegevollkosten wird hier über Spenden, Mitgliederbeiträge oder Quersubventionierungen gedeckt.

Die höheren Pflegevollkosten der MPCD werden oft auch als Zugangsbarriere zur spezialisierten Versorgung wahrgenommen. Sie schaffen einen Fehlanreiz für die Grundversorger, Leistungen möglichst lange und umfassend selbst zu erbringen, da im Moment der Inanspruchnahme eines MPCD nur dessen höhere Kosten pro geleisteter Stunde und nicht die über das ganze Jahr hinweg in der eigenen Organisation eingesparten Vorhaltekosten gesehen werden. Die Rolle und Aufgabenteilung zwischen der spezialisierten Versorgung und der Grundversorgung ist jedoch je nach Fall und Patientensituation individuell anhand klarer Indikationskriterien zu bewerten.

Die MPCD mit einem kantonalen Leistungsauftrag (Gruppen C, D und E) haben bisher weitgehend verzichtet, ihrerseits pflegerische Leistungen gegenüber Klientinnen und Klienten zu verrechnen. In der Erhebung wiesen einzelne MPCD darauf hin, eine zukünftige Abrechnung überprüfen zu wollen. Damit würden sie einerseits ihre Handlungsspielräume vergrössern, Einsätze vor Ort bei den Klientinnen und Klienten, wo indiziert, leisten zu können. Auf der anderen Seite könnte die Abrechnung von Leistungen der MPCD gegenüber der Krankenversicherung und die damit verbundene Inanspruchnahme der Restkostenfinanzierung die Aufgabenteilung zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung komplizierter gestalten.

Die Verrechenbarkeit von Koordinationsleistungen in der Pflege ist für MPCD, welche nicht über einen Leistungsauftrag mit Globalbudget verfügen, ein wichtiges Element, um ihre Erträge aus den verrechenbaren KLV-Leistungen und der Restkostenfinanzierung zu steigern. Die explizite Auf-

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 54/122

nahme von «Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen» in Artikel 7, Abs. 2 a. 3 KLV als verrechenbare Leistungen sollte die Handlungsspielräume auch in der Palliative Care erhöhen. Die Antworten auf die Frage, «wann und in welchem Umfang die MPCD in den letzten sechs Monaten solche Koordinationsleistungen verrechnet haben», zeigen eine grosse Heterogenität über die MPCD hinweg, die auf Unsicherheiten und Unklarheiten in der Anwendung dieses Artikels hinweisen. Aus Sicht der Autoren dieses Berichts besteht hier Klärungsbedarf.

Die Verordnung der Akut- und Übergangspflege ist in der Palliative Care nur in Ausnahmefällen und zu einem frühen Zeitpunkt möglich, wenn sie an das Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem er sich vor dem Spitaleintritt befand, gebunden wird. Die Antworten der MPCD spiegeln eine grosse Unsicherheit über die prinzipielle Anwendbarkeit in der Palliative Care und Klärungsbedarf. Es ist davon auszugehen, dass sie aktuell keinen Beitrag an die Finanzierung der Palliative Care und der mit ihr verbundenen Übertritte zwischen Versorgungsbereichen leistet.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 55/122

4. Ziele und Angebote

4.1. Konzept und grundlegende Ziele der MPCD

Von den 26 befragten MPCD verfügen 19 Dienste bereits über ein verbindliches, schriftlich festgelegtes Konzept, welches die Aufgaben und Ziele der jeweiligen MPCD festhält (vgl. Tabelle 22). Bei weiteren fünf Diensten ist ein solches Konzept oder eine entsprechende Strategie in Bearbeitung oder Planung. Sie sollen im folgenden Jahr vorliegen. Die SEOP Schaffhausen verfügt über kein spezifisches Konzept für den MPCD, sondern verweist auf das eigene Pflichtenheft.

Tabelle 22: Verbindliches, schriftlich festgesetztes Konzept

Ja (19)	AG, BE_PaCa_Thun, BS, GE, GR, BEJUNE, LU, SG/AI/AR*, SO, TG, TI_Hospice, TI_Triangolo, VD_ARC, VD_ARCOS, VD_PSHL, VS_SZO, VS_VR, ZH_MPCT_Win, ZH_Onko_Plus.	
Geplant (5)	BE_MPD_Thun, BE_SEOP, VD_RNB, BL, FR	in den nächsten 12 Monaten
Nein (1)	SH	Verweis auf Pflichtenheft
k.A.	ZH_FS_ZH	
* Das Konzept liegt vor, soll jedoch überarbeitet werden.		

Quelle: Angaben aus der Befragung.

Im Grundlagendokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» werden folgende allgemeine und besondere Ziele für einen Mobilen Palliative-Care-Dienst als Bezugsrahmen und Empfehlungen formuliert:⁴⁰

«Als allgemeine Ziele werden analog zu den Zielen des Palliativ-Konsiliardienstes eines Spitals festgehalten:

- *Integration spezieller palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise bei der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen ausserhalb von spezialisierten Palliativinstitutionen*
- *Herstellung der Verbindung zu lokalen Palliative-Care-Netzwerken oder -Teams*
- *Fachspezifische Beratung und Weiterbildung*

Besondere Ziele sind:

- *ein Verbleiben der Patientin, des Patienten zu Hause/im Pflegeheim zu ermöglichen,*
- *eine Aufnahme von Patientinnen und Patienten in ein Akutspital zu vermeiden bzw. deren Zielsetzung klar zu definieren,*
- *den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu erleichtern (Brückenfunktion),*
- *eine frühere Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Akutspital zu ermöglichen.*

Hauptziel ist, die spezialisierte Expertise in Palliative Care im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen und die verschiedenen Bestandteile eines Palliativnetzes zu verbinden.»

Bei der Auswertung der Ziele der in der Erhebung eingeschlossenen MPCD findet sich übereinstimmend das Ziel, spezialisierte Expertise in Palliative Care im Wohnumfeld ausserhalb von Spitälern und sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag verfügbar zu machen. Diesem Ziel zugeordnet sind zumeist explizit auch die weiteren Ziele, ein Verbleiben der Patientin, des Patienten im vertrauten Wohnumfeld zu ermöglichen, unnötige Spitaleinweisungen zu vermeiden sowie Austritte und Übergänge zu erleichtern.

⁴⁰ Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 26 und 29.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 56/122

Trotz dieser grundlegenden Übereinstimmung gibt es in zwei Dimensionen wesentliche Unterschiede zwischen den MPCD. Die erste Dimension betrifft diejenige der Zugangsgerechtigkeit zur spezialisierten Versorgung für alle schwerkranken und sterbenden Menschen im jeweiligen Wohnumfeld an 24 Stunden und 7 Tagen die Woche. Begrenzte Leistungsaufträge und finanzielle Mittel führen zu einer Einschränkung der Organisationsziele, so dass nicht alle Krankheitsbilder, das jeweilige Wohnumfeld (unter Einschluss der Alters- und Pflegeheime und der Institutionen für Menschen mit einer Behinderung, Suchterkrankung oder einer psychischen Erkrankung) und die Nachtdeckung eingeschlossen sind. Kapitel 4.2 behandelt die Frage der Zugangsgerechtigkeit. Die zweite Dimension betrifft Unterschiede in den weiteren Organisationszielen, die sich einzelne MPCD zur Erfüllung ihres grundlegenden Auftrags und über diesen hinaus gesetzt haben. Diese umfassen beispielsweise Bildung, Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierung, Verbreitung von guten Praktiken in der Grundversorgung, Beratung und Vernetzung von Organisationen oder Unterstützung von Angehörigen und Förderung der Freiwilligenarbeit. Auf diese Unterschiede geht Kapitel 4.3 ein.

4.2. Das Ziel der Zugangsgerechtigkeit

4.2.1. Abdeckung der Versorgung aller Krankheitsbilder im jeweiligen Wohnumfeld

In der Erhebung wurde der Anteil nicht-onkologischer Krankheitsbilder nicht explizit erfragt, aber er lässt sich zum Teil aus den Jahresberichten der MPCD entnehmen. Er zeigt eine grosse Streuung zwischen den verschiedenen Kantonen.

Die MPCD, die von der Krebsliga im Kanton AG, SO, SH und der Ostschweiz getragen werden, weisen darauf hin, dass sie aufgrund ihrer Finanzierung durch Spendengelder der Krebsliga ihre beschränkten Ressourcen im Wesentlichen auf Krebspatientinnen und -patienten ausrichten müssen und nur bei einzelnen Anfragen auch die Betreuung anderer Krankheitsbilder übernehmen. Der MPCD AG schätzt den Anteil nicht-onkologischer Krankheitsbilder im Jahr 2012 auf ca. ein Prozent.

Bei den MPCD GR und ZH_Onko_Plus lag dieser Anteil 2012 gemäss Jahresberichten bei ca. zehn Prozent, bei den MPCD TI_Hospice und VS_VR bei ca. zwanzig Prozent, beim MPCD BEJUNE bei rund dreissig Prozent. Dies zeigt den Bedarf an spezialisierter Palliative Care und an Unterstützung für nicht onkologische Krankheitsfälle.

Eine Öffnung für andere Krankheitsbilder erfordert neben einem Ausbau der personellen Ressourcen aufgrund einer grösseren Nachfrage auch Zugang zu erweiterten Kompetenzen, anderen Hilfsmitteln und Kenntnis der oft krankheitsspezifisch ausgerichteten Unterstützungsnetzwerke und -fonds. Die Zugangsgerechtigkeit unabhängig vom Krankheitsbild ist hier in der Schweiz noch nicht gegeben.

Ein weiteres Ziel der MPCD ist die Verfügbarkeit von spezialisierter Palliative Care im jeweiligen Wohnumfeld. Dieses umfasst auch die sozialmedizinischen Institutionen ohne spezifischen Palliative Care Auftrag, d.h. die meisten Alters- und Pflegeheime sowie Institutionen für Menschen mit einer Behinderung, Suchterkrankung oder einer psychischen Erkrankung. Die Auswertung der Intensität der Inanspruchnahme der MPCD durch diese Institutionen (vgl. Tabelle 12) zeigt im Abgleich mit den in den Konzepten und Leistungsaufträgen der MPCD vorgesehenen Zielgruppen grosse Unterschiede zwischen den MPCD.

Wie die Ergebnisse der Erhebung zeigen, werden die MPCD der Gruppe C (angeschlossen an Spitäler) und der Gruppe E (Leistungsauftrag der Kantone innerhalb eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags) sowie die MPCD ZH_Onko_Plus und TI_Hospice regelmässig

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 57/122

von Alters- und Pflegeheimen in Anspruch genommen. Selten erfolgt eine Kontaktaufnahme bei den MPCD AG, GR, SH, SO, BE_PaCa_Thun, BE_MPD_Thun, FR, TI_Triangolo, nie bei MPCD ZH_MPCT_Win, BE_SEOP, LU, ZH_FS_ZH und BL. Nicht im Konzept enthalten bis zur Erweiterung des Leistungsauftrags im Dezember 2013 war die Inanspruchnahme bei der Onko-Spitex BS.

Die Inanspruchnahme durch sozialmedizinische Institutionen für Menschen mit einer Behinderung, Suchterkrankung oder psychischen Erkrankung ist im Schnitt geringer. Aber auch hier zeigt sich eine deutlich höhere Nutzung des Angebots bei MPCD des Typs Gruppe C, D oder E. Alle MPCD der Gruppen A und B mit Ausnahme von BE_PaCa_Thun, SO und ZH_MPCT_Win werden von diesen Institutionen nicht in Anspruch genommen.

Die geringe oder fehlende Inanspruchnahme korreliert bei den MPCD AG, SH, SO, ZH_MPCT_Win, BE_SEOP, BE_PaCa_Thun, LU, ZH_FS_ZH, BE_MPD_Thun mit der ungesicherten Finanzierung der konsiliarischen Tätigkeit. Entweder müssen die Kosten den Alters- und Pflegeheimen und anderen sozialmedizinischen Institutionen in Rechnung gestellt werden oder die MPCD übernehmen sie aus ihren Eigenmitteln, d.h. zumeist über Spenden.

Die Zugangsgerechtigkeit im jeweiligen Wohnumfeld ist damit in verschiedenen Versorgungsregionen nicht gegeben, wenn ein konsiliarisches Angebot und die spezialisierte Versorgung in diesen Institutionen nicht über einen anderen Weg als über die MPCD sichergestellt wird.

4.2.2. 24 Stunden / 7 Tage Abdeckung

Eine weitere Empfehlung zur Struktur der MPCD in der Broschüre «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» ist, dass die spitalexternen mobilen Palliative-Care-Dienste 24 Stunden an 7 Tagen die Woche konsiliarisch/beratend zur Verfügung stehen. Aufgrund der breiten Auslegeordnung, die durch die Erhebung abgedeckt werden soll, konnte im Themenbereich Nachtdeckung nur die Rolle der MPCD und ihre Zusammenarbeit mit den Grundversorgern erhoben werden. Aus den Antworten kann keine Aussage abgeleitet werden, ob die konsiliarische Nachtdeckung in der spezialisierten Palliative Care in der entsprechenden Versorgungsregion durch eine andere Institution als den MPCD erbracht wird.

Tabelle 23 auf der folgenden Seite gibt eine Übersicht über die verschiedenen Formen der Nachtdeckung, welche die MPCD aktuell in ihrer Versorgungsregion übernehmen.

Verfügbarkeit der konsiliarischen Leistungen an 24 Stunden / 7 Tage die Woche

Der MPCD Palliative Plus TG ist für seine konsiliarischen/beratenden Leistungen für alle Fachpersonen **telefonisch** und **wenn nötig vor Ort** an 24 Stunden / 7 Tage die Woche erreichbar.

Telefonisch an sieben Tagen die Woche und 24 Stunden pro Tag für ihre konsiliarischen/beratenden Leistungen (**medizinisch und pflegerisch**) erreichbar sind die folgenden **zehn** MPCD: AG, SO, SH, ZH_MPCT_Win, BS, BE_SEOP, BE_MPD_Thun, VS_SZO, GR und FR. BE_PaCa_Thun ist nur für pflegerische Fragen durchgehend verfügbar, deckt aber in Zusammenarbeit mit den Mobilien Palliativen Diensten des Spitals Thun die Versorgungsregion auch in medizinischer Hinsicht ab. Auch VD_PSHL ist nur pflegerisch rund um die Uhr konsiliarisch erreichbar. Die drei MPCD BL, VS_VR und TI_Hospice sind medizinisch aber nicht pflegerisch rund um die Uhr und an Wochenenden konsiliarisch/beratend tätig.

Keine Aufgaben im Bereich der Nachtdeckung (und damit auch keine konsiliarisch/beratende Tätigkeiten) übernehmen zurzeit die **vier** MPCD GE, VD_ARC, VD_ARCOS, VD_RNB. **Sechs** weitere MPCD – SG, ZH_Onko_Plus, LU, ZH_FS_ZH, TI_Triangolo und BEJUNE – stehen ebenfalls **nicht** konsiliarisch/beratend für externe Institutionen sowie für Patientinnen und Patienten, die nicht bereits Klienten der MPCD sind, während 24 Stunden an 7 Tagen zur Verfügung.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 58/122

Tabelle 23: Angebote der MPCD in der Nachtabdeckung ihrer Versorgungsregion

	Andere Formen:		Der MPCD übernimmt keine Aufgaben im Bereich der Nachtabdeckung.		Der MPCD übernimmt für die Patientinnen/Patienten seiner Versorgungsregion im Bereich ambulante Palliative Care die Nachtabdeckung (spezialisierte Versorgung und bei Bedarf auch Grundversorgung) mit Einsätzen vor Ort, weil die Nachtabdeckung in der Grundversorgung nicht sichergestellt ist.		Der MPCD übernimmt subsidiär zur bestehenden Nachtabdeckung anderer Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung Aufgaben der spezialisierten Palliative Care in Form eines Pikettdienstes (7 Tage, 24 Stunden erreichbar) mit Einsätzen vor Ort.		Der MPCD übernimmt für ihm zugeordnete Patientinnen/Patienten im Bereich ambulante Palliative Care die Nachtabdeckung mit Einsätzen vor Ort (spezialisierte Versorgung und bei Bedarf auch Grundversorgung).		Der MPCD ist für seine konsiliarischen/beratenden Leistungen telefonisch an sieben Tagen die Woche und 24 Stunden pro Tag erreichbar.	
Abdeckung*	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
Gruppe A												
AG							M	P	M	P	M	P
SG									M	P		
SH					M	P	M	P	M	P	M	P
SO	M										M	P
ZH_MPCT_Win					M	P			M	P	M	P
ZH_Onko_Plus							M	P				
Gruppe B												
BE_PaCa_Thun							M	P	M	P		P
BE_SEOP					M	P	M	P	M	P	M	P
BS									M	P	M	P
LU							M	P				
ZH_FS_ZH	M	P	Die Mitarbeitenden des MPCD sind täglich bis 21:00 Uhr erreichbar, dann wird vorausschauende Pflege geplant und besprochen mit der Nachtspitex. Sie haben Dokumentation des MPCD, können dann entsprechend reagieren.									
Gruppe C												
BE_MPD_Thun							M		M		M	P
BL					M		M		M	P	M	
GE			M	P								
TG	M	P	Der MPCD ist für seine konsiliarischen/beratenden Leistungen für alle Fachpersonen telefonisch und wenn nötig vor Ort an 7 Tagen die Woche und 24 Stunden pro Tag erreichbar.									
VS_SZO							M	P	M	P	M	P
VS_VR	M	P									M	
Gruppe D												
GR											M	P
FR						P					M	P
TI_Hospice									M		M	
TI_Triangolo	M	P	Der MPCD übernimmt für ihm zugeordnete Patientinnen/ Patienten die Nachtabdeckung, subsidiär zur bestehenden Nachtabdeckung der Grundversorger mit Einsätzen vor Ort, spezialisierte Versorgung.									
Gruppe E												
BEJUNE	M	P										
VD_ARC			M	P								
VD_RNB			M	P								
VD_ARCOS			M	P								
VD_PSHL						P	M	P		P		P

*M = Medizinisch-therapeutische Abdeckung, P = Pflegerische Abdeckung

Quelle: Angaben aus der Befragung.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 59/122

Aus der Tabelle 23 wird ersichtlich, dass aktuell die konsiliarische Erreichbarkeit der MPCD in pflegerischen und medizinischen Fragen an 7 Tagen die Woche und 24 Stunden pro Tag in den Kantonen oder Versorgungsregionen noch sehr unterschiedlich ausgestaltet ist.

Übernahme von Aufgaben in der Nachtdeckung durch Einsätze vor Ort

Einzelne MPCD übernehmen ergänzend zu oder anstelle der konsiliarischen Verfügbarkeit konkrete Aufgaben in der Nachtdeckung für Palliativpatientinnen und -patienten mit Einsätzen vor Ort. Tabelle 23 gibt diese, unterschieden nach den folgenden Einsatzmöglichkeiten, wieder:

- Der MPCD übernimmt **für ihm zugeordnete Patientinnen/Patienten** im Bereich ambulante Palliative Care die Nachtdeckung mit Einsätzen vor Ort (spezialisierte Versorgung und bei Bedarf auch Grundversorgung).
- Der MPCD übernimmt **subsidiär zur bestehenden Nachtdeckung** anderer Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung **Aufgaben der spezialisierten Palliative Care** in Form eines Pikettdienstes (7 Tage, 24 Stunden erreichbar) mit Einsätzen vor Ort.
- Der MPCD übernimmt für die Patientinnen/Patienten seiner Versorgungsregion im Bereich ambulante Palliative Care die **Nachtdeckung** (spezialisierte Versorgung und bei Bedarf auch Grundversorgung) mit Einsätzen vor Ort, weil die **Nachtdeckung in der Grundversorgung nicht sichergestellt ist**.
- Andere Formen

Die MPCD reagieren mit ihren Angeboten auf zum Teil grosse regionale Unterschiede in der Abdeckung durch die Grundversorger. In den Kantonen AG, SG, SO, SH, ZH bieten die Spitexorganisationen in der Grundversorgung je nach Region ein Nachtpikett an. Oft ist dies aber auf terminale Situationen und auf eigene Klienten beschränkt. Zum Teil übernehmen auch private Spitexorganisationen Aufgaben in der Nachtdeckung. Angesichts der grossen Anzahl von Spitexorganisationen in der Grundversorgung dieser Kantone ist dieses Angebot aber sehr heterogen. Die MPCD AG, SG, SH, ZH_MPCT_Win und ZH_Onko_Plus der Gruppe A verstärken die Nachtdeckung der Grundversorgung, indem sie Einsätze für eigene, ihnen zugeordnete Klientinnen und Klienten oder Aufgaben subsidiär zur Grundversorgung übernehmen. Der MPCD ZH_MPCT_Win ist bestrebt, die Nachteinsätze möglichst selbständig abzudecken, um personelle Wechsel zu vermeiden.

Die MPCD der Gruppe B BE_SEOP, BS, LU, ZH_FS_ZH können in ihrer Versorgungsregion auf den Nachtdienst der eigenen Spitexorganisation zurückgreifen. Der MPCD BE_PaCa_Thun hat darüber hinaus in ihren Nachtdienst immer eine Tertiär-Mitarbeitende mit Palliative Care Ausbildung eingebunden.

Bei den MPCD der Gruppe C übernehmen BL und VS_SZO auch pflegerische Aufgaben in der Nacht mit Einsätzen vor Ort. In BL wird das Angebot in der Grundversorgung als sehr heterogen und teilweise ungenügend eingeschätzt. Im Kanton VS stellen die Spitexorganisationen der Grundversorgung bereits eine 24 Stunden Abdeckung sicher. In den Kantonen GE und TG bieten die meisten Spitexorganisationen der Grundversorgung eine Nachtdeckung an, so dass die Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad in GE keine Aufgaben in der Nachtdeckung übernimmt und sich Palliative Plus TG auf seine konsiliarische Aufgabe beschränkt, dieser aber auch nachts zum Teil mit Einsätzen vor Ort nachkommt. In der Versorgungsregion Berner Oberland werden die pflegerischen Nachteinsätze vor Ort für die Mobilien Palliativen Dienste des Spitals Thun durch BE_PaCa_Thun abgedeckt.

Unter den MPCD der Gruppe D trägt die EMSP Voltigo in FR die Nachtdeckung in der Palliative Care für die Patientinnen und Patienten seiner Versorgungsregion, da das Angebot in der Grundversorgung nur ungenügend ist. Im Tessin übernehmen der MPCD TI_Hospice medizinische Aufgaben und der MPCD TI_Triangolo pflegerische Aufgaben in der spezialisierten Palliative Care in der

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 60/122

Nachtabdeckung für ihnen zugeordnete Patienten, die normale Nachtabdeckung ist ansonsten bereits weitgehend von den übrigen Leistungserbringern der Grundversorgung sichergestellt.

Bei den MPCD der Gruppe E trifft der kantonsübergreifende MPCD BEJUNE auf je nach Region sehr unterschiedliche Voraussetzungen in der Nachtabdeckung in der Grundversorgung. Im Kanton Waadt ist in den Versorgungsregionen der réseau ARC, ARCOS und RNB ein allgemeines Nachtpikett in der Grundversorgung sichergestellt und alle drei MPCD übernehmen selbst keine Aufgaben in der Nachtabdeckung. In der Versorgungsregion des réseau des soins PSHL hingegen ist die Nachtabdeckung in der Grundversorgung nicht sichergestellt und die EMSP VD_PSHL übernimmt selbst Aufgaben für ihr zugeordnete Patientinnen und Patienten und subsidiär zur Abdeckung anderer Leistungserbringer.

In der Summe von spezialisierter Versorgung und Grundversorgung in Palliative Care zeigt sich ein regional sehr heterogenes Bild. Da die 24 Stunden Abdeckung an 7 Tagen die Woche aber von Fachleuten der Palliative Care als ein wesentliches Element für die Sicherheit und auch das Sicherheitsgefühl der Patientinnen, Patienten und Angehörigen und zur Verhinderung von vermeidbaren Spitaleinweisungen bezeichnet wird, bleibt die Herausforderung, über alle Versorgungsregionen hinweg angepasste bedarfsgerechte Lösungen zu finden.

4.3. Unterschiede in der Ausrichtung der Angebote der MPCD

Anhand der Antworten auf die Fragen nach den drei wichtigsten Zielen und vier zentralen Angeboten der mobilen Palliative-Care-Dienste in der schriftlichen Erhebung sowie eines Vergleichs der Konzepte lassen sich mindestens vier weitere Dimensionen identifizieren, anhand derer sich die Schwerpunkte der Organisationsziele und Leistungsaufträge der MPCD zusätzlich unterscheiden:

- Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierung
- Bildung
- Vernetzung der Organisationen/der relevanten Akteure und Beratung auf der Ebene von Organisationen und Netzwerken
- Entlastung und psychosoziale Beratung für Angehörige sowie Förderung der Freiwilligenarbeit

Um eine strukturierte, vollständige Landkarte zu den Leistungen der 26 MPCD in diesen vier Dimensionen vorlegen zu können, wären entweder ergänzende qualitative Interviews oder ausführliche Frageblöcke zu jeder einzelnen Dimension in der schriftlichen Erhebung notwendig gewesen. Beides hätte den Rahmen des aktuellen Mandats gesprengt. Diese vier Dimensionen bilden einerseits einen wichtigen Hintergrund bei der Interpretation der finanziellen und personellen Ressourcen, die einem MPCD in einer Versorgungsregion mit einer bestimmten Bevölkerungsdichte zur Verfügung stehen. Sie beleuchten andererseits die Frage, inwieweit die MPCD aufgrund ihrer Stellung in den Netzwerken der Palliativversorgung besonders geeignet sind, die Grundlagen und Aktivitäten der Palliative Care in diesen vier Dimensionen gemeinsam mit anderen Akteuren des Netzwerkes voranzubringen. Deshalb werden in den folgenden Abschnitten diese vier Bereiche kurz und ohne Anspruch auf Vollständigkeit angesprochen.

Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierung

Aus Sicht vieler Fachpersonen in der Palliative Care und in den MPCD ist das Wissen der Bevölkerung um die Angebote und Möglichkeiten der Palliative Care eine wesentliche Grundlage für den rechtzeitigen Einbezug. Das frühzeitige Erstellen einer Patientenverfügung und die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung fördern die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Öffentliche Veranstaltungen, Zeitungsbeiträge, Publikationen und Ausstellungen, der Ausbau von Informati-

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 61/122

ons- und Anlaufstellen und das Bekanntmachen der vielfältigen Möglichkeiten und Angebote der Palliative Care wirken einer Tabuisierung von Sterben und Tod entgegen.

Die MPCD leisten, wenn sie eine aktive Rolle in diesem Bereich übernehmen, diese Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsarbeit zumeist in Zusammenarbeit mit den regionalen Sektionen des Vereins palliative ch, anderen NPO wie beispielsweise der Krebsliga, Lungenliga, Caritas, Schweizerisches Rotes Kreuz, Pro Senectute oder auch der Kirche und kirchennahen Institutionen. Zum Teil dienen sie auch selbst als Informations- und Anlaufstelle im Netzwerk der Palliative Care. Diese Arbeit bindet je nach Engagement der MPCD ein mehr oder weniger grosses Mass an Ressourcen. Einzelne MPCD wie BE_SEOP, GR, VD_PSHL oder VS_SZO gaben beispielsweise eine regelmässige, d.h. mehrfache Inanspruchnahme pro Woche durch Aktivitäten in diesem Bereich an, viele weitere MPCD ein mehrmaliges Engagement innerhalb eines Monats.

Bildung

Alle MPCD sind im Bereich Bildung engagiert, denn die konsiliarische Tätigkeit ist in einem bestimmten Sinne kontinuierliche Weiterbildung am und im konkreten Einzelfall. Sie unterscheiden sich aber im Ausmass, indem sie Weiterbildungen in Form von Kursen, Lehrgängen oder Inhouse-Weiterbildungen für andere Institutionen anbieten. Einzelne MPCD wie BEJUNE, FR_Voltigo, VS_SZO oder auch im Kanton VD erwähnen in ihren Konzepten explizit die Vernetzung ihrer Arbeit mit der Forschung, den Universitäten, Fachhochschulen oder anderen Aus- und Weiterbildungsinstitutionen. Das Ziel, aktuelles Wissen an die Grundversorger in den Regionen weiterzugeben und die Verbreitung von guten Praktiken in der Grundversorgung zu fördern, beansprucht erhebliche Ressourcen der MPCD. Sie schlägt sich auch in den zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die Teilnahme der Mitarbeitenden der MPCD an Kongressen, Tagungen, Seminaren oder Netzwerktreffen nieder (siehe dazu auch Abschnitt 5.3.2). Zum Teil bieten die MPCD auch Supervisionen und Fallbesprechungen für Fachpersonen an.

In der Erhebung haben beispielweise die MPCD AG, BE_SEOP, GE, VS_SZO und VS_VR, FR, GR, TI_Hospice, BEJUNE, VD_RNB, VD_ARCOS, VD_PSHL und ZH_Onko_Plus auf diese zusätzlichen Bildungsziele und -angebote in ihrer Arbeit hingewiesen. Diese Aufzählung der MPCD erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Vernetzung der Organisationen/der relevanten Akteure und Beratung auf der Ebene von Organisationen und Netzwerken

Die Broschüre zu den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» hält fest, dass der *«Boden» für den Aufbau von palliativen Versorgungsstrukturen [...] die Vernetzung [ist].»*⁴¹ Bezüglich der MPCD stellt sich die Frage, inwieweit nicht nur die Herstellung der Verbindung zu lokalen Palliative-Care-Netzwerken oder -Teams⁴² zu ihrem Auftrag und ihren Zielen gehört, sondern auch der Aufbau und die Förderung dieser Netzwerke selbst. Darunter fallen, in Zusammenarbeit mit anderen Netzwerkpartnern, beispielsweise das Erstellen von Guidelines für Koordination und Zusammenarbeit, die Klärung der Prozesse an den Schnittstellen, der Abbau von Spannungen zwischen der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung, das Erarbeiten von Qualitätsindikatoren, der Ausbau einer gemeinsamen Falldokumentation oder die Erweiterung des Netzwerks um zusätzliche Partner, z.B. für bislang zu wenig berücksichtigte Krankheitsbilder, für einen verbesserten Zugang zu Pflegeheimen, niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten oder Privatspitälern oder für eine Stärkung der sozialen Netze der Betroffenen. Der Auftrag der MPCD

⁴¹ Zitiert nach: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 5.

⁴² Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 26.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 62/122

kann auch die Beratung von Organisationen (z.B. Spitex, Alters- und Pflegeheime, NPO, Vereine) einschliessen. Die MPCD stehen häufig im Zentrum dieser Prozesse, so dass sie über eine gute Ausgangsposition und wichtige Erfahrungen für eine Förderung der Netzwerke verfügen. Zugleich beansprucht dies aber entsprechende Ressourcen und Kapazitäten bei den MPCD, zum Teil auch Kompetenzen im Projektmanagement für die Beratung von anderen Organisationen.

Folgende MPCD haben in der Erhebung und in ihren Konzepten die Aufgaben Förderung und Ausbau des Palliative-Care-Netzwerkes sowie Beratung von Organisationen erwähnt: AG, SG, SO, BS, LU, ZH_FS_ZH, BL, GE, VS_SZO, FR, GR, TI_Hospice, BEJUNE, VD_ARC, VD_ARCOS, VD_PSHL. Auch diese Aufzählung der MPCD erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Entlastung und psychosoziale Beratung für Angehörige sowie Förderung der Freiwilligenarbeit

Übereinstimmend wird von den Fachpersonen in der Palliative Care auf die Bedeutung tragfähiger sozialer Netze und die zentrale Rolle der Angehörigen hingewiesen, wenn ein Verbleib im privaten Wohnumfeld möglich sein soll. Der Abbau von Ängsten, Unsicherheiten und Spannungen bei den Betroffenen und ihren Angehörigen bildet eine wichtige Voraussetzung für die Begleitung durch Palliative Care zu Hause. Beides setzt die Verfügbarkeit von Fachpersonen der Psychologie, Psychotherapie und Sozialarbeit, von Seelsorgenden verschiedener Konfessionen sowie freiwilligen Mitarbeitenden und weiteren Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige voraus.

Die MPCD beschreiten hier unterschiedliche Wege. Häufig greifen die MPCD auf Ressourcen der Organisationen, an die sie angeschlossen sind, oder diejenigen von Netzwerkpartnern zurück. Die MPCD AG, SG/AI/AR, SH, SO und FR profitieren zum Beispiel von Synergien mit den Beratungs- und Entlastungsangeboten ihrer Trägerorganisation, der kantonalen Krebsliga. Die MPCD der Gruppe C, die an ein Spital angeschlossen sind, können oft im Bereich der psychologischen Unterstützung und der Sozialberatung auf die Angebote der Spitäler und im Falle des MPCD TG_Palliative_Plus direkt auch der Krebsliga zurückgreifen.

Alle MPCD im Kanton Waadt haben hingegen selbst eine/n Psychoonkologin/-onkologen oder Psychologin/Psychologen angestellt. Eine Besonderheit unter den MPCD der Gruppe B stellt der Brückendienst Luzern mit der Einbindung einer Psychoonkologin und Sozialarbeitenden in das interprofessionelle Team dar, über die auch ein direkter Bezug zur Förderung der Freiwilligenarbeit der Caritas Luzern gegeben ist. Der MPCD TI_Triangolo hat sowohl Psychoonkologinnen/-onkologen und Sozialarbeitende als auch Koordinationspersonen für die Freiwilligenarbeit in einem direkten Anstellungsverhältnis eingebunden. Er hat damit die Möglichkeit, die Qualität der Vermittlung, Koordination, Einbindung, Information und «Supervision» der Freiwilligen direkt zu steuern.

Angesichts der Heterogenität in der Einbindung dieser Angebote und Fachpersonen wäre eine Evaluation zur Frage wünschenswert, welchen Einfluss die Einbindung auf die Handlungsspielräume der MPCD hat, in Zusammenarbeit mit den Grundversorgern die persönlichen sozialen Netze zu stärken und Ängste und Unsicherheiten abzubauen. Zudem müsste untersucht werden, in wie weit die MPCD in diesem Aufgabenbereich noch eine stärkere Rolle in der Koordination und Entwicklung der Angebote übernehmen müssten.

Die unterschiedliche Positionierung der MPCD in diesem Themenbereich spiegelt sich auch in der direkten Zugänglichkeit ihrer konsiliarischen Leistungen für Patientinnen, Patienten und Angehörige. Diese werden in der Broschüre zu den Versorgungsstrukturen in der Schweiz als sekundäre Zielgruppe der MPCD bezeichnet. Angesichts der Bedeutung von Information und Orientierung für Patientinnen, Patienten und Angehörige stellt sich jedoch die Frage, ob sie nicht zu einer ebenfalls primären Zielgruppe der MPCD aufgewertet werden müssten.

5. Personalstrukturen, Zusammenarbeit und Vernetzung

5.1. Personelle Zusammensetzung und interprofessionelle Teamarbeit der MPCD

Gemäss den Empfehlungen zu den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz»⁴³ besteht ein mobiler Palliativ-Care-Dienst (spitalextern):

- *mindestens aus einem interprofessionellen Team von Medizin und Pflege. Zur Abdeckung eines 24-Stundenbetriebs sind in der Regel mindestens 4-5 vollzeitbeschäftigte Fachpersonen erforderlich.*
- *Ärztliches Personal ist während den regulären Arbeitszeiten jederzeit verfügbar, sowie ausserhalb der regulären Arbeitszeiten als Hintergrunddienstfunktion*
- *Administratives Personal (Teilzeit)*
- *Fachpersonen der Psychologie/-therapie, Sozialarbeit verfügbar*
- *Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar*
- *Freiwillige Mitarbeitende mit Koordinationsperson verfügbar.*

Ein solcher mobiler Palliativdienst sollte gemäss der European Association of Palliative Care (EAPC) mindestens pro 100'000 Einwohnende, verfügbar während 24 Stunden, bestehen.⁴⁴

5.1.1. Personalstrukturen der MPCD im Bereich Medizin, Pflege und Bildung

Die Grenzen eines MPCD können je nach Organisationsform unterschiedlich gezogen werden. Verfügbarkeit und interprofessioneller Austausch im Rahmen eines mobilen Dienstes bedeuten nicht zwingend, dass alle Fachpersonen in einem direkten Anstellungsverhältnis zum MPCD stehen müssen. Deshalb wurden für die vorliegende Erhebung drei unterschiedliche Varianten bzw. Typen der Einbindung von Mitarbeitenden in einem MPCD definiert:

- Unter **Typ I** werden Mitarbeitende erfasst, welche in einem direkten Anstellungsverhältnis zum MPCD stehen.
- Mit **Typ II** werden Mitarbeitende bezeichnet, die bei einer anderen Organisation angestellt sind. Die Leistungen dieser Mitarbeitenden werden vom MPCD gegenüber Leistungsbezügern abgerechnet und ihr Aufwand wird der Organisation, bei der sie angestellt sind, durch den MPCD zurückvergütet. Dies kann sowohl medizinische, pflegerische wie auch beratende oder administrative Leistungen oder Führungsaufgaben umfassen.⁴⁵
- Bei **Typ III** handelt es sich um Mitarbeitende, die zwar nicht direkt bei einem MPCD angestellt sind und die ihre Leistungen auch nicht über den MPCD abrechnen, die aber via einen Zusammenarbeitsvertrag mit dem MPCD oder über ein Rahmenkonzept Palliative Care einen Teil der Aufgaben eines mobilen Palliative-Care-Dienstes abdecken.⁴⁶

Personalstruktur (Typ I) der MPCD der Gruppen A und B

Tabelle 24 gibt die Personalstruktur aller Mitarbeitenden der MPCD der Gruppen A und B in den Bereichen medizinische Versorgung, Pflege, Bildung sowie Geschäftsleitung und Administration wieder, welche in einem direkten Anstellungsverhältnis zu ihrem MPCD stehen.

⁴³ Zitiert nach: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 39.

⁴⁴ Zitiert nach: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 29.

⁴⁵ Beispiel: Eine Pflegefachfrau, welche an einem Spital oder bei der Krebsliga angestellt ist und dort ihren Lohn erhält, aber für den MPCD arbeitet. Der Organisation wird der Personalaufwand durch den MPCD rückvergütet.

⁴⁶ Beispiel: Eine unabhängige Fachperson oder ein Konsiliararzt, welcher an einem Spital oder als niedergelassener Arzt arbeitet. Ihre Leistungen werden ausserhalb des MPCD verrechnet und der Aufwand nicht via MPCD rückvergütet. Die unabhängige Fachperson oder der Konsiliararzt werden regelmässig vom MPCD beigezogen und/oder nehmen z.B. an Teamsitzungen des MPCD teil.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 64/122

Tabelle 24: Personalstruktur der MPCD (direkte Anstellung / Typ I in den MPCD der Gruppen A und B)

	Ärztin / Arzt		dipl. Pflegefachpersonal mit Zusatzdiplom / Master		dipl. Pflegefachpersonal		FaGe / Hauspflegerin / FA SRK		Pflegefachpersonal oder Personal mit einer Aus- bzw. Weiterbildung im Projektmanagement- und Bildungsbereich		Geschäftsleitung		Personal im administrativen/buchhalterischen Bereich		Weiter Mitarbeitende	
	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA
Gruppe A																
AG			10	360							1	10	1	40	1*	20
SG/AI/AR			5	170							1	90				
SH			3	170	1	20					1	40	1	50		
SO			2	30	2	30					1	5	1	5		
ZH_MPCT_Win					5	200							1	10-15		
ZH_Onko_Plus			3	210	2	120	1	50			1	90	3	110		
Gruppe B																
BE_PaCa_Thun			10	660			1	30								
BE_SEOP			5	280	10	300					1	100	1	100		
BS			3	60	4	90										
LU			7	440	1	60										
ZH_FS_ZH			5	340												
A P = Anzahl Personen VZA = Vollzeitstellenäquivalente																
* Fachfrau Personal und Finanzen																

Quelle: Angaben aus der Befragung.

Dass beide Organisationsformen (MPCD der Gruppen A und B) im Kern auf eine spezialisierte Spitex (eigenständig oder als Fachstelle bzw. Spezialdienst einer Spitexorganisation in der Grundversorgung) aufbauen, spiegelt sich in verschiedenen Punkten der Personalstruktur:

- Ärztinnen und Ärzte sind nicht über ein direktes Anstellungsverhältnis in den MPCD eingebunden, sondern indirekt.⁴⁷
- Im Zentrum stehen diplomierte Pflegefachpersonen mit oder ohne Zusatzdiplom / Master.
- Nicht diplomierte Mitarbeitende (Fachangestellte Gesundheit / Hauspflegerinnen / FA SRK) sind nur bei zwei von elf Diensten und mit insgesamt niedrigen Stellenprozenten (gemessen in Vollzeitäquivalenten) eingebunden.

Bei den Anstellungen der diplomierten Pflegefachpersonen mit oder ohne Zusatzdiplom / Master finden sich bei vielen MPCD (AG, SG, SO, ZH_MPCT_Win, BE_SEOP, BS) oft kleine Pensen

⁴⁷ Mit dem erweiterten Leistungsvertrag des Kantons BS an das Palliativzentrum Hildegard und die Onko-Spitex BS ab Dez. 13 wäre der organisationsübergreifende MPCD eher der Gruppe D zuzuordnen. Aus Sicht des Gesamtleistungsauftrags sind Ärzte in diesen MPCD eingebunden, die (Typ B) an einer anderen Organisation, dem Palliativzentrum Hildegard angestellt wären.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 65/122

(unter 50 Prozent). Häufig sind diese kleinen Pensen auch mit einer Zweitanstellung an einer anderen Organisation verbunden.⁴⁸ Die kleinen Anstellungspensen hängen bei den MPCD der Gruppe A mehrheitlich auch mit der grossen Ausdehnung der Versorgungsregion zusammen, die zur Reduktion der Wegzeiten mit verschiedenen Mitarbeitenden dezentral abgedeckt werden. Die kleinen Pensen erschweren, gemäss Aussagen am Workshop, den Austausch im Team.

Bei den Angaben zu den Mitarbeitenden in der Geschäftsleitung und Administration ist zu beachten, dass die Abgrenzung von den MPCD unterschiedlich vorgenommen wurde. So führen die MPCD der Gruppe B mit Ausnahme von BE_SEOP die Overheadleistungen nicht auf, die sie von der Gesamtorganisation beziehen.

Personalstruktur (Typ I) der MPCD der Gruppen C, D und E

Tabelle 25 auf der folgenden Seite gibt die Mitarbeitenden der MPCD der Gruppen C, D und E wieder, welche in einem festen Anstellungsverhältnis zur Organisation stehen.

Die MPCD der Gruppe C, welche an ein Spital angeschlossen oder Teil einer Spitalorganisation sind, verfügen – bis auf die SEOP Baselland⁴⁹ – alle über mindestens eine Ärztin/einen Arzt, mehrheitlich über zwei bis drei Ärztinnen oder Ärzte in einem direkten Anstellungsverhältnis. Geschäftsleitung und Administration werden vom Spital übernommen. Bei der Interpretation der Personaldotierung der beiden MPCD im Kanton VS ist zu beachten, dass diese mobilen Palliative-Care-Dienste sowohl spitalextern wie -intern eingesetzt werden.

Die Pflegenden der EMSP Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad in Genf sind nicht am Spital, sondern bei der imad (institution genevoise de maintien à domicile) angestellt. Der MPCD im Kanton Thurgau ist vor allem konsiliarisch tätig und verfügt über eine Pflegestelle von 50 Prozent. Die MPCD der Spitäler Thun, Spitalzentrum Oberwallis und des Hôpital du Valais Romand haben zwei bis sechs Pflegenden mit zwischen 200 und 380 Stellenprozent in den mobilen Dienst eingebunden. Der MPCD Palliative Plus TG verfügt zudem noch über vier Pflegefachpersonen oder Personen mit einer Aus- bzw. Weiterbildung im Projektmanagement- und Bildungsbereich mit insgesamt 190 Stellenprozenten. Dies spiegelt die starke Ausrichtung des kantonalen Programms auf die Weiterbildung der Grundversorgung.

In der vierten Gruppe D, den MPCD als versorgungsbereichsübergreifende Institution (Spital /Spitex/Institutionen der Sozialen Arbeit und Freiwilligenarbeit) mit einem Leistungsauftrag des Kantons, fällt der Brückendienst Graubünden als Pilotprojekt aus der üblichen Struktur heraus, da er keine Mitarbeitenden direkt angestellt hat, sondern sich gänzlich auf Mitarbeitende aus anderen Organisationen stützt. Die EMSP Voltigo greift auf zwei Ärztinnen und Ärzte zurück, die am Hôpital Fribourg angestellt sind und deshalb nicht in Tabelle 25 aufgeführt sind.

Die beiden MPCD im Kanton Tessin haben zwischen zwei und sieben Ärztinnen und Ärzte in einem festen Anstellungsverhältnis eingebunden. Die hohe Anzahl von sieben direkt angestellten Ärztinnen und Ärzten des MPCD Hospice Ticino mit kleinen Pensen ist durch die vier regionalen Stützpunkte des MPCD bedingt. Alle MPCD, mit Ausnahme des Brückendienstes Graubünden, verfügen darüber hinaus über Pflegefachpersonen in einem direkten Anstellungsverhältnis.

In der letzten Gruppe E, bei der die MPCD im Rahmen eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst ausserhalb von Spitalstrukturen organisiert und finanziert sind, sind die Ärztinnen und Ärzte wie auch die Pflegenden bei allen MPCD

⁴⁸ Der MPCD SG/AI/AR gibt z.B. an: «In unserer Dienstleistung sind alle Mitarbeiter in einer Zweitanstellung tätig.»

⁴⁹ Die SEOP Baselland hat keine Angaben zu der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten des Kantonsspitals Baselland gemacht.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 66/122

über einen Anstellungsvertrag⁵⁰ eingebunden. Im Kanton Waadt verteilen sich pro réseau die 40 bis 90 Stellenprozent auf ein bis zwei Ärzte. Im EMSP BEJUNE ist je eine Ärztin oder ein Arzt pro Standort mit 20 bis 30 Stellenprozent angestellt. Die MPCD dieser Gruppe umfassen darüber hinaus zwei bis fünf Pflegefachpersonen mit einem Stellenumfang von 120 bis 240 Stellenprozent. Alle MPCD haben zusätzlich Pflegefachpersonen oder Personen mit einer Aus- bzw. Weiterbildung im Projektmanagement und Bildungsbereich direkt in einem Stellenumfang zwischen 20 und 80 Prozent angestellt. Die EMSP BEJUNE kann Synergien mit dem Hôpital Neuchâtel-La Chrysalide im Bereich der Administration nutzen, die MPCD im Kanton VD durch die Angliederung an die réseau du soins in der Administration und in der Geschäftsleitung.

Tabelle 25: Personalstruktur der MPCD (direkte Anstellung / Typ I in den MPCD der Gruppen C, D und E)

	Ärztin / Arzt		dipl. Pflegefachpersonal mit Zusatzdiplom / Master		dipl. Pflegefachpersonal		F&G / Hauspflegerin / FA SRK		Pflegefachpersonal oder Personal mit einer Aus- bzw. Weiterbildung im Projektmanagement- und Bildungsbereich		Geschäftsleitung		Personal im administrativen/buchhalterischen Bereich		Weiter Mitarbeitende	
	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA	A P	VZA
Gruppe C																
BE_MPD_Thun	3	k.A.	3	200												
BL	*		3	k.A.	1	k.A.										
GE	2	150														
TG	2	k.A.	1	50					4	190						
VS_SZO	1	100	1	50	5	250					***		***			
VS_VR	2	80	6	380												
Gruppe D																
FR			6	250									1	50		
GR																
TI_Hospice	7	220	7	480	1	50					1	80	1	50		
TI_Triangolo	2	150			2	160							1	5	1****	25
Gruppe E																
BEJUNE	3	70	4	190	1	50			1	20	1	20				
VD_ARC	2**	90	2**	110					1**	50					1**	15
VD_RNB	1	50	2	20	2	100			1	80			1	30		
VD_ARCOS	2	90	1	70	2	140			1	30			1	10		
VD_PSHL	2	40	4	120	1	30			1	20						

A P = Anzahl Personen, VZÄ = Vollzeitäquivalente, k.A. = keine Angaben.
* Die Antwort des SEOP BL macht keine Angabe zur Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten am Kantonsspital Baselland.
** Siehe Fussnote 50.
***Angegliedert an das Spitalzentrum Oberwallis Brigg, welches die Führung und Administration übernimmt.

Quelle: Angaben aus der Befragung.

⁵⁰ Bei der EMSP du réseau d'arc fungiert das Spital EHC formal als Arbeitgeber. Die Gelder für die Löhne werden jedoch direkt von der EMSP getragen und die Führung des EMSP untersteht nicht dem Spital.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 67/122

Personalstruktur (Typ II und Typ III) der MPCD aller Gruppen (A-E)

Bereits anhand der direkten Anstellungsverhältnisse zeigt sich eine grosse Vielfalt in der personellen Zusammensetzung der MPCD. Das Bild ist jedoch erst vollständig, wenn auch die anderen Formen der Einbindung von Mitarbeitenden hinzugenommen werden. Tabelle 26 weist die Mitarbeitenden vom Typ II⁵¹ oder Typ III⁵² aus.

Tabelle 26: Personalstruktur (Typ II und Typ III) der MPCD aller Gruppen (A-E)

	Ärztin / Arzt			dipl. Pflegefachpersonal mit Zusatzdiplom / Master			dipl. Pflegefachpersonal			Pflegefachpersonal oder Personal mit einer Aus- bzw. Weiterbildung im Projektmanagement- und Bildungsbereich			Geschäftsleitung			Personal im administrativen/buchhalterischer Bereich		
	TP	A P	VÄ	TP	A P	VÄ	TP	A P	VÄ	TP	A P	VÄ	TP	A P	VÄ	TP	A P	VÄ
Gruppe A																		
SH	III	1		III	1	NB												
ZH_MPCT_Win	III	4	NB															
ZH_Onko_Plus	III	1	kA															
Gruppe B																		
BS							III	6	SL									
LU	III	1	kA															
Gruppe C																		
BE_MPD_Thun				III	1	kA	III	1	kA									
GE							II	1	100									
Gruppe D																		
FR	II	2	40															
GR	III	1	kA.	III	14	60						II	1	10	II	1	10	
TI_Hospice	III	24	kA.															
Gruppe E																		
BEJUNE															II	2	20	

TP = Typ, A P = Anzahl Personen, VÄ = Vollzeitäquivalente, kA = keine Angaben, NB = Nach Bedarf, SL = Stundenlohn

Quelle: Angaben aus der Befragung.

- **Typ II:** Bereits erwähnt wurde die Anstellung einer Pflegefachperson mit 100 Stellenprozent in der Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad im Kanton GE an der imad (institution genevoise de maintien à domicile) und die Anstellung zweier Ärzte mit insgesamt 40 Stellenpro-

⁵¹ Siehe Definition von Typ B und Beispiele auf Seite 62: Mitarbeitende, die an einer anderen Organisation angestellt sind, deren Personalkosten aber vom MPCD getragen oder im Rahmen eines übergeordneten Leistungsauftrag vom Kanton direkt vergütet werden.

⁵² Siehe Definition von Typ C und Beispiele auf Seite 62: Mitarbeitende, die zwar nicht direkt an einem MPCD angestellt sind und die ihre Leistungen auch nicht über den MPCD abrechnen, die aber via einen Zusammenarbeitsvertrag mit dem MPCD oder über ein Rahmenkonzept Palliative Care einen Teil der Aufgaben eines mobilen Palliative-Care-Dienstes abdecken.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 68/122

zent in der EMSP Voltigo im Kanton FR am Hôpital Fribourg. Zusätzlich führen die MPCD Brückendienst Graubünden und BEJUNE noch Mitarbeitende im Bereich Führung und Administration mit jeweils niedrigen Pensen unter diesem Typ II auf.

Mit dem erweiterten Leistungsauftrag des Kantons BS an die Onko-Spitex Basel und das Palliativzentrum Hildegard ab Dezember 2013 würden aus Sicht der Onko-Spitex Basel die dem MPCD zugeordneten Stellenprozente der Ärztinnen und Ärzte des Palliativzentrums neu in Tabelle 26 unter Typ III erscheinen.

- **Typ III:** Die Antworten des Brückendienstes Graubünden verdeutlichen die Struktur des Pilotprojektes. Die in den Bereichen Medizin und Pflege konsiliarisch tätigen Mitarbeitenden sind in einer anderen Organisation angestellt und für diese auch zum grössten Teil ihrer Anstellung tätig (Spital oder Spitexorganisation). Sie stehen mit einem kleinen Teil ihres Pensums dem MPCD zur Verfügung, z.B. die vierzehn Pflegefachpersonen mit einem Stellenumfang von insgesamt 60 Prozenten, und schaffen so ein flächendeckendes 24 Stunden / 7 Tage Angebot in einer ausgedehnten Versorgungsregion.

Unter dem Typ III führen drei der sechs MPCD der Gruppe A sowie einer der fünf MPCD der Gruppe B die Einbindung eines medizinischen Hintergrunddienstes auf. Hierbei handelt es sich zumeist um Ärzte, die an einem Spital (und dort oft in einer Palliativabteilung) angestellt sind. Die Form und Intensität des interprofessionellen Austausches und die Häufigkeit der Inanspruchnahme wurden in der Erhebung nicht abgefragt.

Bei denjenigen MPCD der Gruppe A und B, die keine Angaben zu ihrer Einbindung von Ärztinnen und Ärzten gemacht haben, wurde nicht nacherhoben, wie ihre Zusammenarbeit mit der spezialisierten medizinischen Versorgung ausgestaltet ist.

Der MPCD Hospice Ticino führt unter diesem Typ die vierundzwanzig Ärztinnen und Ärzte auf, die den medizinischen Pikettdienst sicherstellen.

Die MPCD SH_SEOP, BS_SEOP und BE_MPD_Thun arbeiten bei Bedarf mit spezialisierten, selbständigen Pflegefachleuten zusammen, BS_SEOP darüber hinaus in der Nachabdeckung mit der gemeinnützigen Spitex curavis.

5.1.2. Personalstrukturen der MPCD in Bezug auf ergänzende Dienstleistungen

Gemäss den nationalen Empfehlungen zu den Versorgungsstrukturen wird ein mobiler Palliative-Care-Dienst auch dadurch definiert, dass «*Fachpersonen der Psychologie/-therapie, der Sozialarbeit der Seelsorge und Freiwillige Mitarbeitende mit Koordinationsperson verfügbar*» sind.

Tabelle 27 auf der folgenden Seite zeigt auf, wie diese Fachleute weiterer Disziplinen in die befragten MPCD integriert sind. Dazu werden jeweils der Typ (T) des Anstellungsverhältnisses (I, II oder III), die Anzahl Personen (P) und die Vollzeitäquivalente (V) angegeben.

Die MPCD AG, SH, SO und SG können in diesem Bereich stark von den Strukturen des Trägers Krebsliga profitieren. Die hier tätigen Mitarbeitenden der Krebsliga werden von den befragten MPCD aber nicht aufgeführt. AG und SH weisen in den Anmerkungen zu ihren Einträgen darauf hin, dass zusätzlich eine enge Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachpersonen an den Spitälern besteht.

Bei den MPCD der Gruppe B, welche als Fachstelle oder Spezialdienst einer Spitexorganisation der Grundversorgung organisiert sind, sind diese Disziplinen und Professionen nicht direkt in den MPCD eingebunden. Eine Ausnahme stellt hier der Brückendienst der Spitex Stadt Luzern dar, welcher eine 15 Prozent Stelle einer Sozialarbeiterin, die hauptamtlich bei der Caritas Luzern angestellt ist, für die Sozialberatung finanziert, darüber hinaus auch interprofessionelle Austauschsituationen des Teams und der Sozialarbeiterin mit einer externen Psychoonkologin und Seelsorgerin.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 69/122

Die beiden letztgenannten Fachpersonen finanzieren ihre direkten Leistungen gegenüber Klienten aus anderen Quellen.

Tabelle 27: Personalstruktur in Bezug auf ergänzende Dienstleistungen

	Psychoonkolo- ge/in			Psychologe/in mit einer anderen Fachrichtung			Seelsorger/in			Sozialarbeiter/in			Ergotherapeut/in			Physiothera- peut/in			Ernährungsbera- ter/in		
	T	P	V	T	P	V	T	P	V	T	P	V	T	P	V	T	P	V	T	P	V
Gruppe A																					
SH	III	1	NB	III	1	kA	III	1	kA	I	1	20				NB			III	1	NB
Gruppe B																					
LU				III	1	kA	III	1	kA	II	1	15									
Gruppe C																					
TG				I	1	kA	I	1	kA												
VS_SZO				I	1	20	I	kA	kA	I	kA	kA	I	kA	kA	I	kA	kA	I	kA	kA
VS_VR	III	1	10																		
Gruppe D																					
TI_Triangolo*	I	2	20							I	1	60				III	1	10	III	1	10
	III	2	40																		
Gruppe E																					
VD_ARC				**	1	20															
VD_ARCOS				I	1	20															
VD_RNB				I	1	30															
VD_PSHL	I	1	20																		
T = Typ P = Anzahl Personen V = Vollzeitstellenäquivalent kA = keine Angaben NB = nach Bedarf * TI_Triangolo: zusätzlich drei Personen für die Einsatzleitung der Freiwilligen mit insgesamt 115 Stellenprozent. Desweiteren 4 kreative Therapeuten zu ca. 20 %, die ohne Lohnbezug und ohne Abrechnung auf freiwilliger Basis mitarbeiten. ** Bei den Mitarbeitenden der EMSP du réseau d'arc fungiert das Spital EHC als formeller Arbeitgeber.																					

Quelle: Angaben aus der Befragung.

In der Gruppe der an die Spitäler angeschlossenen MPCD gibt Palliative Plus TG an, dass ihm der ärztliche-, soziale- und psychologische Dienst des Spitals und zusätzlich auch die Angebote der Krebsliga Thurgau zur Verfügung stehen. Der mobile Palliativdienst Oberwallis erwähnt zusätzlich noch die Ergotherapie, Physiotherapie und Ernährungsberatung des Spitals. Die EMSP du Valais romand kann auf Psychiater und Psychoonkologen des «Département de psychiatrie» am gleichen Spital zurückgreifen.

Die SEOP BL und die Unité soins palliatifs communautaire HUG-imad machen zu diesen Personengruppen keine Angaben und es wurde nicht nacherhoben, in welcher Form auch ihnen die Dienste des Spitals zur Verfügung stehen.

Von den MPCD der Gruppe D hat allein der Verein Triangolo im Kanton TI Psychoonkologen und eine/n Sozialarbeiter/in in einem direkten Anstellungsverhältnis eingebunden. Weiterhin kann der Dienst auf externe Physiotherapeuten und Ernährungsberater/innen zurückgreifen, die aber selbstständig gegenüber der Klientin/dem Klienten abrechnen. Eine Besonderheit des MPCD Triangolo ist die Festanstellung von drei Personen für die Einsatzleitung der Freiwilligen mit insgesamt 115 Stellenprozenten. Der Brückendienst Graubünden, das Hospice Ticino und die EMSP Voltigo im Kanton FR haben diese Berufsgruppen nicht direkt in ihren MPCD eingebunden.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 70/122

Alle EMSP im Kanton VD haben eine Psychoonkologin/einen Psychoonkologen oder Psychologin/Psychologen einer anderen Fachrichtung mit einem Pensum von 20 bis 30 Stellenprozent direkt in ihren Dienst eingebunden. Die EMSP BEJUNE macht keine Angaben zu diesen Berufsgruppen.

5.2. Zusammenfassung und Fazit zu den Personalstrukturen der MPCD

In der Einleitung der Broschüre zu den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» ist als «Credo der Palliativversorgung in der Schweiz» festgehalten: *«So ist nicht eine einzelne Institution, sondern das Palliative-Care-Netzwerk die kleinste Einheit der regionalen Palliativversorgung. Der «Boden» für den Aufbau von palliativen Versorgungsstrukturen ist also die Vernetzung.»*⁵³

Diese Aussage gilt nicht nur für die institutionenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung, welche eine bedarfsgerechte, flächendeckende Palliativversorgung in der Schweiz sicherstellen soll. Sie gilt in der Schweiz auch bereits für die «Institution» mobile Palliative-Care-Dienste selbst.

Die MPCD sind gemäss den vorliegenden Ergebnissen in fast allen Kantonen als Institution für sich genommen keine **elementare Einheit** eines grösseren Netzwerkes Palliativversorgung. Die Leistungen, die ein MPCD gemäss Versorgungsstrukturen als spezialisierte Einheit der (über)regionalen Versorgung und dort vor allem subsidiär der Grundversorgung zur Verfügung stellen soll, werden mehrheitlich bereits selbst in einem Netzwerk von Leistungserbringern erbracht.

Die Umschreibung der mobilen spitalexternen Palliative-Care-Dienste ist in den Empfehlungen der nationalen Strategie zu den Versorgungsstrukturen mit der Mindestanforderung eines interprofessionellen **Teams** von Medizin und Pflege und der Feststellung, dass zur Abdeckung eines 24-Stundenbetriebs in der Regel mindestens 4-5 vollzeitbeschäftigte Fachpersonen erforderlich sind, offen gehalten. Sie schreibt nicht zwingend vor, dass dieses Team eine eigenständige Organisationseinheit bilden muss, obwohl die Formulierung es nahelegen könnte. Hinsichtlich weiterer Fachleute aus anderen zentralen Disziplinen spricht die Empfehlung nur von ihrer **Verfügbarkeit**.

Die Darstellung der Personalstrukturen zeigt, dass in der Schweiz die meisten MPCD kleinere Organisationseinheiten mit weniger als den genannten vier bis fünf Stellen (in Vollzeitäquivalenten) bilden, zumindest wenn man sie auf die verschiedenen Standorte aufteilt. Die MPCD sind mit wenigen Ausnahmen – BEJUNE, GR, FR, TI_Hospice, TI_Triangolo, ZH_MPCT_Win, ZH_Onko_Plus – mehrheitlich einer anderen Organisation angegliedert. Es findet sich in vielen MPCD eine hohe Anzahl kleiner Stellenpensen. Oft verfügen die Mitarbeitenden zudem über eine Zweitanstellung.

Das Hospice Ticino ist mit 15 Mitarbeitenden und 7.5 Stellen (in Vollzeitäquivalenten, gerechnet ohne Geschäftsleitung und Administration, allerdings verteilt auf vier Standorte) als Einzelorganisation der grösste MPCD in der Schweiz.

Fasst man die im Rahmen des «Programme cantonal de développement des soins palliatifs du canton de Vaud» finanzierten vier MPCD zusammen, kommt man in den Bereichen Medizin und Pflege auf 21 Fachpersonen mit insgesamt 8.6 Stellen, zusätzlich auf vier Mitarbeitende mit einer Aus- bzw. Weiterbildung im Projektmanagement- und Bildungsbereich mit weiteren 1.8 Stellen und auf vier Psychologen oder -onkologen mit weiteren 0.9 Stellen. Die vier MPCD sind aber an vier unabhängigen réseau du soins angegliedert und in ihrer Führung und Ausgestaltung der regionalen Einbindung autonom, so dass sich die Mitarbeitenden und Stellenprozente trotz gewisser organisationsübergreifender Synergien auf vier Regionen verteilen.

⁵³ Zitiert nach: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 5.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 71/122

Im Kanton VS verfügen die beiden EMSP am Spitalzentrum Oberwallis über sieben Personen mit 4 Stellen und am Hôpital du Valais romand über acht Personen verteilt auf 4.6 Stellen. Zu beachten ist, dass beide mobilen Palliativdienste mit diesen Ressourcen sowohl spitalintern wie -extern tätig sind (vgl. Kapitel 5.1.1).

Die MPCD BE_PaCa_Thun (zehn Personen mit 6.6 Stellen), BE_SEOP (15 Personen mit 5.8 Stellen) und LU (acht Personen mit 5 Stellen) verfügen in der Pflege über ein Team mit mehr als 5 Stellen in Vollzeitäquivalenten. Bei ihnen ist die Einbindung der Ärzte allerdings über einen externen Hintergrunddienst sichergestellt und die Teams arbeiten nicht nur konsiliarisch, sondern auch zu einem substantiellen Anteil in der direkten Pflege.

Praktisch kein MPCD deckt als unabhängige Einheit alle Anforderungen der Grundversorgung an einen spezialisierten Dienst wie jederzeitige Verfügbarkeit einer Ärztin/eines Arztes während den regulären Arbeitszeiten, eine 24 Stunden / 7 Tage Erreichbarkeit, einen Zugang zu allen Wohn- und Lebensumfeldern oder einen niederschweligen Zugang zu Fachleuten anderer Disziplinen oder Freiwilligen ab. Dazu sind die finanziellen wie auch personellen Grundlagen nicht gegeben. Die strukturellen Unterschiede in der Einbindung von Ärztinnen und Ärzten, der Nachtdeckung, von Psychoonkologinnen und -onkologen, Sozialberatung und Freiwilligenarbeit sind, wie Tabelle 24 bis Tabelle 27 zeigen, erheblich. Die mobilen Palliative-Care-Dienste arbeiten als MPCD selbst bereits in einer Netzwerkstruktur, um die an sie gerichteten Anforderungen sicherstellen zu können. Dies wird im Abschnitt 5.4 noch stärker herausgearbeitet.

Die im Dokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» zitierte Empfehlung der European Association of Palliative Care (EAPC), dass pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner mindestens ein mobiler Palliativdienst mit mindestens 4-5 vollzeitbeschäftigten Fachpersonen in einem interprofessionellen Team aus Medizin und Pflege, verfügbar während 24 Stunden, bestehen sollte, ist so in der Schweiz bislang nicht umgesetzt worden.

Die vorliegende Studie ist nur eine Bestandesaufnahme der Organisationsformen und Finanzierung der MPCD. Sie ist keine Evaluation, so dass von den aufgezeigten Strukturen keine Ableitung der Prozess- und Ergebnisqualität gemacht werden kann. Aber die Vielfalt der Umsetzung dieser Dienste unter den gegebenen unterschiedlichen geografischen, politisch und finanziellen Rahmenbedingungen ist ein deutlicher Hinweis, dass die MPCD von einem vertieften Erfahrungsaustausch über die Stärken und Schwächen der gewählten Organisationsformen und Netzwerkansätze sowie der dahinterliegenden Prozesse enorm profitieren könnten.

5.3. Personalrekrutierung und Weiterbildungsangebote

5.3.1. Personalrekrutierung

Eine ergänzende Perspektive auf die Personalstrukturen bei den MPCD liefert die Ausgangslage bei der Personalrekrutierung. Auf die Frage, ob es eine Herausforderung für ihren MPCD war, geeignet qualifiziertes Personal zu rekrutieren, antworteten 19 von 26 MPCD mit Ja.

Nur für die sieben Dienste ZH_MPCT_Win, BE_PaCa_Thun, GE, TG, VS_SZO, GR und BEJUNE stellte es keine Herausforderung dar, geeignetes Personal rekrutieren zu können. GR verweist bei seiner Antwort auf den derzeitigen Rückgriff auf Fachpersonen aus den beteiligten Akutspitalern, BEJUNE auf eine günstige Ausgangslage bei der Erstbesetzung, die sich bei Neubesetzungen komplexer gestalten dürfte.

Zusammenfassend wurden folgende Herausforderungen bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal von den MPCD benannt.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 72/122

Fehlendes Personal mit einem hohen Ausbildungsniveau in Palliative Care

In den Antworten der MPCD spiegelte sich über alle Gruppen hinweg, dass hohen Anforderungen an die Fachpersonen ein Mangel an ausreichend qualifizierten Personen gegenübersteht. Die Anforderungen an die Mitarbeitenden umfassen neben einer entsprechenden Ausbildung in Palliative Care (Niveau B + C, im Kanton VD z.B. zusätzlich auf der Pflegestufe als Mindestanforderung ein CAS oder DAS) Berufserfahrung, Beratungs- und Sozialkompetenz, hohe Belastbarkeit, Flexibilität und Einsatzbereitschaft.⁵⁴

Der Mangel an ausreichend qualifiziertem Personal zeigt sich nicht nur auf der Ebene Pflege, sondern sehr stark auch bei den Ärztinnen und Ärzten. Dieser wird z.B. von den beiden MPCD im Tessin und einzelnen MPCD im Kanton VD als noch dringlicher geschildert.

Herausfordernde Arbeitsbedingungen

Diesen hohen Anforderungen stehen herausfordernde, zum Teil sogar unattraktive Arbeitsbedingungen gegenüber. MPCD mit einer 24 Stunden / 7 Tage Verfügbarkeit verweisen hier auf die Bereitschaft der Mitarbeitenden, 24 Stunden erreichbar zu sein oder Pikettdienst über Nacht und an den Wochenenden zu leisten. Die 24 Stunden Erreichbarkeit beschränkt sich je nach Organisationsform nicht auf eine reine Rufbereitschaft, sondern deckt zum Teil alle Einsätze innerhalb eines Tages ab, um Übergaben zu minimieren. Oft folgen auf Nachteinsätze auch normale Tagesschichten.

Zudem wurde von verschiedenen MPCD der Gruppen A und B darauf verwiesen, dass schwankende Patientenzahlen und wechselnde Komplexität zu einer unterschiedlichen Arbeitsauslastung der Mitarbeitenden führen. Diese ist mit Überstunden oder Minuszeiten oder mit flexiblen bzw. unregelmässigen Arbeitszeiten verbunden. Zum Teil werden auch lange Wegzeiten und kleine Pensen als belastend empfunden.

5.3.2. Weiterbildungsangebote

Angesichts der Bedeutung von qualifiziertem Personal für die MPCD und der wichtigen Rolle der Bildung als einer der Pfeiler der nationalen Strategie wurde in der Erhebung gefragt, in welcher Form die MPCD interne Weiterbildungen durchführen und welche externen Weiterbildungen ihre Mitarbeitenden in Anspruch nehmen. Zusätzlich wurde die Frage gestellt, ob aus ihrer Sicht gegenwärtig spezifische Weiterbildungsangebote auf dem für MPCD notwendigen Ausbildungsniveau fehlen. Dieser Block von drei Fragen in der Erhebung erlaubt nur eine erste Auslegeordnung und kann eine umfassendere Analyse und Evaluation nicht ersetzen.

Interne Weiterbildungsangebote

Sechs MPCD SH, ZH_MPCT_Win, ZH_Onko_Plus, BE_SEOP, BL und GR führen zurzeit keine internen oder inhouse Weiterbildungsangebote durch. Zwei MPCD, VS_SZO und FR, machten keine Angaben zu dieser Form von Angeboten.

In der Romandie wurde wiederholt auf die Bildungsangebote der plateforme latine de formation hingewiesen, die neben ihrem Angebot an externen Kursen, Aus- und Weiterbildungen auch wichtige Elemente einer internen Weiterbildung abdeckt.

⁵⁴ Für eine Definition dieser Ausbildungsniveaus vgl. palliative.ch (zuletzt geöffnet, 22. November 2013): Ausbildungsniveaus in Palliative Care. Die Abkürzungen CAS und DAS stehen für «Certificate of Advanced Studies» and «Diploma of Advanced Studies».

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 73/122

In den Antworten der MPCD spiegelt sich eine Vielfalt von Formen, in denen interne Weiterbildungen durchgeführt werden:

- Interprofessionelle und -disziplinäre Austauschsitungen mit anderen Leistungserbringern
- Punktuelle Interventionen durch Spezialisten zur Analyse von Handlungspraktiken
- Teamtage
- Seminare
- Journal Club
- Interne Weiterbildungen der Organisation (Spital, etc.), an der der MPCD angeschlossen ist
- *in der Romandie*: Austausch mit allen EMSP der Romandie innerhalb der plateforme latine de formation
- *im Kanton VD*: Austauschsitungen mit anderen spitalexternen Palliative-Care-Diensten des Kanton VD

Die folgenden Themen standen bei den internen Weiterbildungen im Zentrum:

- Schmerzbekämpfung, Medikamente, Chronische Schmerzen
- Palliative Sedation, Delir, Obstipation,
- ALS
- Psychoonkologische und philosophische Themen wie: Brüche im Leben, Gastlichkeit in der Palliativpflege
- Erwachsenenschutz
- Patientenverfügung
- Umgang mit Anfragen nach begleitetem Suizid
- Sterbe- oder Bestattungsriten

Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote

Die wichtigsten externen Weiterbildungsangebote, welche von den Mitarbeitenden in Anspruch genommen wurden, decken ganz verschiedene Ebenen und Themenfelder ab. Sie sind stark regional geprägt. Die Weiterbildungsangebote wurden in zwei verschiedene Kategorien unterteilt.

Weiterbildungen in der spezialisierten Palliative Care und ergänzenden Themen (siehe Tabelle 28): Die erste Kategorie bilden die Weiterbildungsangebote in der spezialisierten Palliative Care und ergänzenden Themen. Bis auf die drei MPCD (BS, BL und MPCD Thun) haben im vergangenen Jahr Mitarbeitende aller Dienste eine Weiterbildung für spezialisierte Palliative Care besucht. Diese wurden meist an regionalen (Fach-)Hochschulen oder regionalen Spitälern angeboten (vgl. Tabelle 28). Dabei handelt es sich mehrheitlich um eine Weiterbildung in Palliative Care für die Niveaus B1 bis C1.⁵⁵

Auch Weiterbildungen zu ethischen Fragen in Zusammenhang mit Palliative Care und zu pflegenden Angehörigen wurden wiederholt in Anspruch genommen. Wichtige Anbieter sind hier neben den Fachhochschulen, der plateforme latine de formation und palliative.ch Organisationen wie Dialog Ethik, Caritas oder regionale Anbieter wie z.B. das Lasalle-Haus in Bad Schönbrunn.

Weiterbildung in Form der Teilnahme an Kongressen und Jahrestagungen (siehe Tabelle 29)

In der zweiten Kategorie sind Kongresse und Jahrestagungen zusammengefasst, welche dem Thema Palliative Care gewidmet sind. Diese werden mehrheitlich von dem nationalen Netzwerk palliative.ch und den entsprechenden regionalen Strukturen sowie von Fachgesellschaften angeboten.

⁵⁵ Für eine Definition dieser Ausbildungsniveaus vgl. palliative.ch (zuletzt geöffnet, 22. November 2013): Ausbildungsniveaus in Palliative Care.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 74/122

Tabelle 28: Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote durch Mitarbeitende MPCD

Institution	Bildungsangebot
Weiterbildung in spezialisierter Palliative Care	
Fachhochschule St. Gallen	CAS Schmerzmanagement Master in Palliative Care Clinical Assessment Palliative Care, Onkologie, Psychoonkologie
Palliativzentrum St. Gallen	Interprofessioneller Lehrgang für spez. Palliative Care Level B2 Palliative Care Level B1 BZ Pflege
HE-SO Wallis	CAS Palliative Care und einzelne Module Palliative Care
Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)	A2, B1, B2, CAS, DAS in Palliative Care
Università di Milano-Bicocca	Masterlehrgang für Ärztinnen/Ärzte
Haute Ecole de la santé ARC - Neuchâtel	DAS en soins palliatifs Verschiedene Angebote
Kalaidos Fachhochschule	CAS Onkologie / MAS Onkologie CAS Palliative Care Onkologiepflege
Careum	Modul Palliative Pflege
Espace Compétences et Formation continue du CHUV	Cycle spécialisé en soins palliatifs B2
Espace Compétences	Specialisation (approfondiment) en soins
SBK Graubünden	Grundkurs Palliative Care
SBK St. Gallen / Thurgau / Appenzell	PallCare Level B1 (2 MA) (2012/2013)
Onkologiepflege CH	Alle WB Angebote
Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (DESO)	Palliative Care, Kartause Ittingen
European Oncology Nursing Society (EONS)	Palliative Betreuung von Tumorkranken, Kartause Ittingen
Palliative gr	Interdisziplinärer Lehrgang Palliative Care
Plateforme latine de formation (Réservé aux Unité de soins palliatifs (USP) / EMSP)	Dyspnée sens et qualité de la vie, Spiritualité confusion médecines complémentaires
Weitere Themen	
Caritas Luzern	Angehörige in Palliative CH
Berner Fachhochschule	Angehörigen- und Freiwilligen-Support
Dialog Ethik	Patientenverfügung weitere Themen
Lasalle-Haus Bad Schönbrunn	Hinübergehen – Was beim Sterben geschieht
Kalaidos Fachhochschule	Case Management Familienzentrierte Pflege
Krebsliga Schweiz	Kommunikationstraining weitere Themen
lingne vaudoise contre le cancer	Mieux communiquer
Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle (I.F.F.P)	Certificat en Formation d'adulte
CEP (état de Vaud)	Verschiedene Themen

Quelle: Angaben aus der Befragung.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 75/122

Tabelle 29: Weiterbildungsangebote im Rahmen von Kongressen und Jahrestagungen

Institution	Bildungsangebot
Palliativ ch	Workshops Onkologiepflege CH Fachtagungen Jährlicher Kongress Themenorientierte WB
Palliative Aargau	Jährliche Fortbildung
Palliative BS+BL	Fachveranstaltung
Netzwerk palliative so	Jahrestagung
palliative ti	Fachtagungen
Société Française d'Accompagne- ment et de soins Palliatifs (SFAP)	Congrès
SICP (Società italiana CP)	Congresso annuale, formazioni specifiche in ambito etica-clinica
ZetuP	Onkologietagung

Quelle: Angaben aus der Befragung.

Wichtig für das Verständnis und die Interpretation der beiden voranstehenden Tabellen ist, dass es sich um keine erschöpfende Liste der Weiterbildungsangebote auf dem Niveau der Mitarbeitenden der MPCD handelt, sondern um diejenigen Angebote, die von den Mitarbeitenden in den letzten zwölf Monaten konkret besucht wurden oder aktuell besucht werden.

Die Listen geben einen Hinweis darauf, dass je nach MPCD erhebliche finanzielle und zeitliche Ressourcen in die Aus- und Weiterbildung fliessen, was sich je nach Finanzierungsaufteilung (siehe dazu Kapitel 5.3.3) auch in ihren Kostenstrukturen niederschlagen dürfte. Sie weisen zugleich auf das Potenzial des wechselseitigen Wissenstransfers zwischen den Ausbildungsinstitutionen und den MPCD hin – und über letztere weiter in die Grundversorgung hinein.

Fehlende Weiterbildungsangebote auf regionaler und nationaler Ebene

Die MPCD wurden ergänzend in der Erhebung gefragt, ob aus ihrer Sicht gegenwärtig bestimmte spezifische Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende auf dem für MPCD notwendigen Ausbildungsniveau fehlen, und wenn ja, welche.

Elf MPCD antworteten auf diese Frage mit Nein.⁵⁶ Zwei MPCD liessen sie unbeantwortet. Dreizehn MPCD gaben an, dass aus ihrer Sicht Angebote auf regionaler oder nationaler Ebene fehlen.

GE vermisst ein der «plateforme latine de formation» entsprechendes Angebot einer nationalen Plattform. VD_PSHL wies darauf hin, dass innerhalb des kantonalen Programms Palliative Care die Mitarbeitenden der EMSP bestimmte Stunden in der Weiterbildung nachweisen müssen, aber viele bestehende Angebote für das Niveau der Spezialisten zu «basic» sind. VD_ARC sieht auf nationaler Ebene fehlende Angebote auf der Stufe DAS. Der MPCD TI_Hospice sieht auf nationaler Ebene einen Mangel an Ausbildungen auf dem Niveau C, namentlich dem MSc in Palliative Care, TI_Triangolo gab an, es fehle auf regionaler Ebene an Palliative Care Weiterbildungen auf dem Niveau B2 und C.

⁵⁶ Ein MPCD dieser Gruppe gab an, dass es nicht an Angeboten fehle, sondern an einer Mitfinanzierung der öffentlichen Hand. Ein zweiter weist auf eine gewisse Unübersichtlichkeit des Angebots und Unklarheiten in der Ausschreibung und Einstufung der Inhalte in Bezug auf die Ausbildungsniveaus hin.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 76/122

Als weitere spezifische Themen, zu denen aus Sicht der MPCD heute Weiterbildungsangebote fehlen oder ihnen nicht bekannt oder zugänglich sind, wurden genannt:

- auf nationaler und regionaler Ebene:
 - Palliative Care und Demenz
 - Palliative Care im psychiatrischen Setting oder bei Schwerstbehinderte
 - Beratung
 - Professionelle Führung
 - Pädagogische Ansätze
- auf nationaler Ebene:
 - Herausforderungen in der Kommunikation
 - Arbeit im Netzwerk
 - Persönliche Entwicklung
 - Spezifische disziplinäre Perspektiven und Modelle der praktischen Ethik
- auf regionaler Ebene:
 - Notfallplanung, interdisziplinäre Zusammenarbeit (Aufgabenteilung Pflege – Arzt)
 - «Refresher-Kurse»
 - Patientenverfügung

5.3.3. Finanzierung der Weiterbildung

Finanzierung durch MPCD

24 von 26 MPCD beteiligen sich an den Kosten der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden. Der MPCD Palliativ Plus TG verzichtet darauf, weil der Kanton Thurgau bis 2014 Weiterbildungskosten in Palliative Care gemäss dem Umsetzungskonzept Palliative Care Kanton Thurgau direkt übernimmt. Der Brückendienst Graubünden ist in der Pilotphase und greift in dieser auf Fachpersonen anderer Organisationen zurück.

Die Mehrheit der vierundzwanzig MPCD übernimmt einen Teil der Arbeitszeit, Kurskosten und sonstigen Spesen gemäss dem eigenen Weiterbildungsreglement. Dabei kommen die üblichen Kriterien wie Interesse der Organisation an der Weiterbildung, Anstellungsprozente oder spezifische Vereinbarungen im Rahmen der Mitarbeitergespräche zur Anwendung. Eine grosse Zahl der MPCD übernimmt bei den für die Organisation wichtigen Aus- und Weiterbildungen bis zu 100 Prozent der Kurskosten und Spesen und vergütet einen Teil der Zeit oder die gesamte Zeit als Arbeitszeit.

Im Rahmen des «Programme cantonal de développement des soins palliatifs du canton de Vaud» sind Weiterbildungsverpflichtungen für die Mitarbeitenden vorgesehen, die auch entsprechend finanziell unterstützt werden. Auch die MPCD VS_SZO und VS_VR weisen auf Weiterbildungstage hin, die arbeitsvertraglich vorgesehen sind.

Bei der Onkospitex AG und SEOP BL wird ein wesentlicher Teil der Weiterbildungskosten über die Krebsliga AG respektive den Förderverein der SEOP BL finanziert.

Finanzierung durch Kantone und Gemeinden

Die MPCD wurden im Rahmen der Erhebung auch nach der Art der Beteiligung der Kantone und Gemeinden an der Aus- und Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden befragt.

Bei der Hälfte der MPCD – SG, SH, SO, ZH_Onko_Plus, BE_PaCa_Thun, BE_SEOP, BS, LU, BL, BE_MPD_Thun, GE und VS_VR – beteiligen sich Kanton und Gemeinden nicht an den Kosten der Aus- und Weiterbildung. ZH_FS_ZH konnte keine Angaben zu einer allfälligen Beteiligung machen.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 77/122

Tabelle 30 fasst die Art der Beteiligung von Kanton und Gemeinden an den Kosten der Aus- und Weiterbildung der MPCD-Mitarbeitenden zusammen.

Tabelle 30 Beteiligung von Kanton und Gemeinden an der Aus- und Weiterbildung der MPCD-Mitarbeitenden

Art der Beteiligung	Kanton	Gemeinden
Explizit ausgewiesene Beiträge an den MPCD	TI_Triangolo, VD_ARC, VD_RNB, VD_ARCOS, VD_PSHL	
Im Rahmen der anerkannten Vollkosten pro geleistete Stunde des MPCD	TI_Hospice, BEJUNE, VD_RNB, VD_ARCOS	ZH_MPCT_Win, TI_Hospice
Über eine personenbezogene, individuelle Bewilligung von Ausbildungsbeiträgen	TG, VD_ARC, VD_RNB, VD_ARCOS, VD_PSHL	
Durch Beiträge an Ausbildungsinstitutionen oder Subventionierung von Lehrgängen	VS_SZO, FR, GR, TI_Triangolo, VD_ARC, VD_ARCOS, VD_RNB	
Andere Formen	FR	AG

Quelle: Angaben aus der Befragung.

Beim EMSP Voltigo FR ist die Finanzierung der Weiterbildung Teil des vom Kanton getragenen Globalbudgets. Bei der Onkospitex AG kann ein kleiner Teil der Weiterbildungskosten in die Kostenrechnung einfließen, welche die Höhe der Restkosten und damit auch der Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden bestimmt. Diese Kosten sind gemäss Anmerkungen ein wiederkehrender Streitpunkt, weil sie von den Auftraggebern der Grundversorgung als unnötig erachtet werden.

Fasst man diese Ergebnisse zusammen, dann fließen bei den MPCD der Gruppe A und B Beiträge der öffentlichen Hand über die Restkostenfinanzierung der Gemeinden, wenn sie in den Restkosten der Pflege berücksichtigt sind. Dies ist nur bei zwei von 12 MPCD (wahrscheinlich bei drei von 12 MPCD, wenn ZH_FS_ZH eingeschlossen wird) dieser Gruppen der Fall.

Unter den MPCD der Gruppe C erhalten BL, BE_MPD_Thun, GE, VS_SZO und VS_VR keine direkte Mitfinanzierung der Kosten für die Aus- und Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden. Das Spitalzentrum Oberwallis weist aber auf Beiträge des Kantons VS an Ausbildungsinstitutionen oder Lehrgänge hin.

Unter den MPCD der Gruppen D und E befindet sich der Brückendienst Graubünden als Pilotprojekt in der besonderen Ausgangslage, dass er auf Mitarbeitende anderer Organisationen zurückgreift. Es fließen keine Aus- und Ausbildungsbeiträge an das Pilotprojekt, aber seitens des Kantons Beiträge an Ausbildungsinstitutionen oder Lehrgänge. Bei allen übrigen MPCD der Gruppen D und E – FR, TI_Hospice, TI_Triangolo, BEJUNE, VD_RC, VD_RNB, VD_ARCOS und VD_PSHL – werden direkte Beiträge des Kantons an die MPCD zur Finanzierung der Aus- und Weiterbildungskosten ihrer Mitarbeitenden geleistet.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 78/122

5.4. Zusammenarbeit und Vernetzung

5.4.1. Inanspruchnahme und Einbezug der MPCD

Häufigkeit der Anfragen und Anmeldungen

In der Erhebung wurden die MPCD befragt, wie häufig bei ihnen die erste Kontaktaufnahme für eine konsiliarische Begleitung bzw. die Anmeldung/Zuweisung von Patientinnen und Patienten durch die in den Spalten von Tabelle 31 aufgeführten Personen/Institutionen erfolgt und ob diese Anfrage-/Anmeldekanäle im Konzept enthalten sind. Die Einstufung der Häufigkeit folgt den drei Abstufungen: Regelmässig (RM), Vereinzelt (V) und Nie (Nie).

Tabelle 31: Die Bedeutung verschiedener Anfrage-/Anmeldekanäle für die Inanspruchnahme der MPCD

	Spitäler (Akut, Psychiatrie, Rehabilitation)	Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte	Öffentlich-gemeinnützige Spitexorganisationen	Private, erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen	Freischaffende Pflegefachpersonen	Patientin/Patient selbst Angehörige	Alters- und Pflegeheime	Andere sozialmedizinische Institutionen wie Wohnheime	Weitere Fachpersonen im Bereich Palliative Care (z.B. Sozialarbeitende, Seelsorger, Therapeuten)	Vereine / NPO im Bereich Palliative Care
AG	RM	RM	RM	V	Nie	RM	V	Nie	RM	Nie
SG, AI, AR	RM	RM	RM	V	Nie	V	V	V	V	Nie
SO	V	RM	RM	V	V	V	V	V	RM	-
SH	RM	V/RM	V	Nie	Nie	V/RM	V	Nie	RM	Nie
ZH_MPCT_Win.	RM	RM	RM	V	Nie	RM	Nie	V	V	-
ZH_Onko_Plus	RM	RM	V	V	V	RM	V	V	Nie	Nie
BE_PaCa_Thun	RM	RM	V	Nie	Nie	RM	V	V	Nie	Nie
BE_SEOP	RM	V	V	Nie	Nie	V	Nie	Nie	Nie	Nie
BS	RM	RM	RM	V	V	V	V	V	RM	Nie-V
LU	RM	RM	RM	Nie	Nie	RM	Nie	Nie	V	V
ZH_FS_ZH	RM	RM	RM	V	V	V	V	V	RM	V
BE_MPD_Thun	RM	V	V	V	V	V	V	V	RM	-
BL	RM	RM	V	V	V	RM	V	V	V	V
GE	-	RM	RM	-	V	V	V	V	-	-
TG	RM	V	RM	Nie	RM	V	V	Nie	V	V
VS_SZO	V	V	RM	-	V	RM	RM	RM	RM	RM
VS_VR	RM	RM	RM	Nie	RM	V	V	V	V	Nie
GR	RM	V	V	-	RM	RM	RM	Nie	Nie	Nie
FR	RM	RM	RM	RM	RM	V	V	V	V	V
TI_Hospice	-	RM	RM	RM	RM	V	V	V	V	V
TI_Triangolo	RM	RM	V	V	V	V	V	Nie	RM	Nie
BEJUNE	V	RM	RM	RM	RM	V	RM	RM	V	RM
VD_ARC	RM	RM	RM	V	RM	RM	RM	RM	RM	V
VD_ARCOS	V	RM	RM	Nie	V	V	RM	RM	Nie	Nie
VD_RNB	RM	RM	RM	Nie	V	V	RM	V	V	V
VD_PSHL	RM	RM	RM	V	V	RM	RM	V	V	V

gelb markiert Nicht im Konzept enthalten, *Kursiv* keine Angaben, ob in Konzept enthalten
 RM: Regelmässige Anfragen/Anmeldungen, V: Vereinzelt Anfragen/Anmeldungen, Nie: Nie,
 -: Nicht im Konzept enthalten und keine Angaben über Häufigkeit;

Quelle: Angaben aus der Befragung.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 79/122

Tabelle 31 zeigt, dass die Anfragen/Anmeldungen an die MPCD im Wesentlichen über fünf Kanäle erfolgen, die aber für die MPCD individuell von verschiedener Bedeutung sind:

- Spitäler (Akut, Psychiatrie, Rehabilitation)
- Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte
- Öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen
- Alters- und Pflegeheime und andere sozialmedizinischen Institutionen
- Patientinnen, Patienten und Angehörige

Praktisch alle MPCD erhalten regelmässige Anfragen/Anmeldungen aus Spitälern (oft auch Palliativstationen oder Ambulatorien) mit Ausnahme der **sechs** MPCD SO, VS_SZO, BEJUNE und VD_ARCOS (vereinzelte Anfragen/Anmeldungen) sowie GE und TI_Hospice (Nie).

Regelmässige Anfragen/Anmeldungen von Hausärztinnen und -ärzten erhalten alle MPCD mit Ausnahme der **fünf** MPCD BE_SEOP, BE_MPD_Thun, TG, VS_SZO und GR (vereinzelte Anfragen/Anmeldungen).

Achtzehn von sechsundzwanzig MPCD erhalten regelmässige Anfragen/Anmeldungen von anderen öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisationen mit Ausnahme der **acht** MPCD SH, ZH_Onko_Plus, BE_PaCa_Thun, BE_SEOP, BL, BE_MPD_Thun, GR und TI_Triangolo (vereinzelte Anfragen/Anmeldungen). Sieben MPCD werden darüber hinaus auch regelmässig von freischaffenden Pflegefachleuten kontaktiert.

Spitäler, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie öffentlich-gemeinnützige Spitexorganisationen sind insgesamt die drei wichtigsten Anmelde-/Anfragekanäle für die MPCD. Unterschiede lassen sich teilweise darauf zurückführen, dass Austritte aus Spitälern bei MPCD, welche an einem Spital angeschlossen sind, direkt von der Palliativstation selbst vorbereitet und begleitet werden können. Bei MPCD, welche als Fachstelle oder Spezialdienst einer öffentlich-gemeinnützigen Spitexorganisation angeschlossen sind, erfolgt die Triage zwischen spezialisiertem Team und denjenigen der Grundversorgung oft bereits direkt bei der Anmeldung durch ein Spital, eine/n Ärztin/Arzt oder die Patientinnen, Patienten und Angehörigen selbst. Bei den beiden MPCD BE_MPD_Thun und BE_PaCa_Thun hat die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung innerhalb des Netzwerks Palliative Care Region Thun einen Einfluss auf die Verteilung der häufigsten Anmeldekanäle. Weiteren Unterschieden müsste organisationsspezifisch nachgegangen werden.

Grössere Unterschiede finden sich hingegen bei den Anfragen/Anmeldungen von den Institutionen der Langzeitpflege und Betreuung einerseits und direkt von Patientinnen, Patienten und Angehörigen andererseits. Regelmässige Anfragen/Anmeldungen sowohl von Alters- und Pflegeheimen als auch von anderen sozialmedizinischen Institutionen erhalten nur die **vier** MPCD VS_SZO, BEJUNE, VD_ARC, VD_ARCOS, regelmässig von Alters- und Pflegeheimen die weiteren **drei** MPCD GR, VD_RNB, VD_PSHL. Bei diesen MPCD handelt es sich um Dienste, bei denen die konsiliarische Beratung dieser Institutionen wichtiger Bestandteil des kantonalen Leistungsauftrags oder Programms ist. 19 von 26 MPCD erhalten von sozialmedizinischen Institutionen nur vereinzelte oder keine Anfragen.

Regelmässige direkte Anfragen/Anmeldungen von Patientinnen, Patienten und Angehörigen erfolgen bei den **elf** MPCD AG, SH, ZH_MPCT_Win., ZH_Onko_Plus, BE_PaCa_Thun, LU, BL, VS_SZO, GR, VD_ARC, VD_PSHL. Die Verteilung spiegelt einerseits die unterschiedliche Positionierung der MPCD gegenüber dieser Zielgruppe und andererseits eine unterschiedliche Ausrichtung in Bezug auf die Möglichkeit von direkten Einsätzen vor Ort im Verhältnis zu einer konsiliarisch geprägten Tätigkeit.

Diese Differenzen in den Anmelde-/Anfragekanäle stellen die MPCD vor unterschiedliche Herausforderungen im Management der Schnittstellen und in der Ausgestaltung der Zusammenarbeit.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 80/122

Rechtzeitigkeit der Inanspruchnahme

In der Erhebung wurden die MPCD gefragt, ob «der Einbezug ihres MPCD mehrheitlich rechtzeitig erfolgt» und wenn nicht, «was aus ihrer Sicht die wichtigsten Hinderungsgründe für einen rechtzeitigen Einbezug sind».

Acht MPCD – ZH_Onko_Plus, BS, BE_PaCa_Thun, BE_MPD_Thun, LU, TI_Triangolo, VD_RNB und VD_PSHL – gaben an, dass ihr Einbezug mehrheitlich rechtzeitig erfolgt.

Die beiden MPCD TG_Palliative_Plus und VS_SZO antworteten mit «Ja und Nein» oder «Jein», da die Rechtzeitigkeit der Zuweisung für sie sehr abhängig von dem Zuweisungskanal, dem jeweiligen palliativen Fachwissen der anfragenden Professionen und dem Bekanntheitsgrad ihres Dienstes ist. FR antwortete ebenfalls mit «Ja und Nein», verbunden mit der Rückfrage, «innert nützlicher Frist für wen» und dem Verweis, dass es immer noch schwierig ist, Palliativpatientinnen und -patienten wie auch ihre Bedürfnisse klar zu identifizieren.

Für fünfzehn von 26 MPCD erfolgt der Einbezug mehrheitlich nicht rechtzeitig. Als Hinderungsgründe für den rechtzeitigen Einbezug des MPCD wurden genannt mit Blick auf:

- die Patientinnen, Patienten und Angehörige:
 - Verdrängung des nahenden Lebensende, der direkten Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Seins durch Patientinnen, Patienten und Angehörige
 - Zurückhaltung der Patientinnen, Patienten und Angehörige, weitere Personen einzubeziehen. Wunsch, noch alleine zurecht zu kommen, nicht auf Hilfe von aussen angewiesen zu sein.
 - Fehlendes Wissen um Möglichkeiten und Angebote der MPCD, Palliative Care wird als Angebot nur für Sterbende wahrgenommen
- die Grundversorger:
 - Konkurrenzdenken zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung, Widerstand
 - Fehlende Kenntnis der Indikationskriterien, wann ein spezialisierter Dienst beigezogen werden sollte, bzw. dass eine komplexe und instabile Situation vorliegt.
 - Schwierigkeiten, eine Situation als palliativ zu identifizieren und dies auch gegenüber den Patientinnen, Patienten und Angehörigen zu kommunizieren
 - Grundversorger erkennen nicht, dass sie an Grenzen ihres Wissens stossen und dass ein spezialisierter Dienst über weitere Möglichkeiten verfügt
 - Zu späte oder schlechte Austrittsplanung durch Spitäler
 - Fehlende vorausschauende Planung allgemein

In der Erhebung konnten nur die MPCD, nicht die Grundversorger und Patientinnen, Patienten und Angehörige zu ihrer Wahrnehmung der Schnittstellen zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung sowie des rechtzeitigen Einbezugs der MPCD befragt werden. Aufgrund der Bedeutung des rechtzeitigen Einbezugs ist eine differenziertere Evaluation dieser Schnittstellen notwendig, als es innerhalb der vorliegenden Erhebung möglich war.

Zum Verweis auf die vielschichtigen Facetten und Nuancen, die bei diesem Thema zu berücksichtigen sind, gibt Tabelle 32 die Originalantworten der MPCD auf die Frage nach den Hinderungsgründen für einen rechtzeitigen Einbezug der MPCD wieder. Eine vertiefte Analyse der Hinderungsgründe wie auch umgekehrt der positiven Bestimmungsfaktoren, die in den Versorgungsregionen der acht MPCD zu einem rechtzeitigen Einbezug beitragen, sollte vor allem den Blick auf mögliche Massnahmen richten.

Tabelle 32: Die wichtigsten Hinderungsgründe für einen rechtzeitigen Einbezug der MPCD aus Sicht der MPCD (Originalantworten)

<p>Gruppe A</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Grundversorgung weiss nicht, was sie nicht weiss. Es besteht ein «Kampf» um den Patienten, Grundversorgung fühlt sich minderwertig, wenn sie die Spezialisten einschalten muss. – Zu geringe Kenntnisse über Funktion, Rolle und Möglichkeiten des MPCD, Zurückhaltung der Patienten und Angehörigen da sie nicht zu viele Personen einbeziehen möchten oder auch Angst vor den Kosten haben. – Direkte Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Daseins, wird häufig vergessen einzuschalten, Pat/Angehörige wollen oft noch alleine zurecht kommen – Hemmungen/Ängste von Angehörigen und Patienten gegenüber einem Dienst, der sich um Belange des nahenden Lebensendes kümmert (Verdrängung). Die Grundversorger versuchen leider oft, alles selber zu regeln. Hinweis: Rechtzeitig und regelmässig einbezogen wird der MPCD einzig von den Palliativstationen. – Das wissen wir auch nicht, ev. die Annahme, dass Palliative Care nur für Sterbende ist.
<p>Gruppe B</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fehlendes Wissen um den Dienst, um die Leistungen die erbracht werden können; Unkenntnis darüber, dass es für eine Situation spezifisches Fachwissen braucht; Häufig erst Einbezug wenn mehr als präterminal, aus Angst sich mit dem Thema auseinander zu setzen (Patienten, Angehörige); Berührungsängste mit Thema Palliative Care – Oft erst bei Eskalation der Situation. Zu späte, schlechte (unklare) Austrittsplanung der Spitäler
<p>Gruppe C</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ungenügendes Wissen über unser Angebot. Nicht Erkennen der Problematik oder Unwissen über Möglichkeit zur Linderung. Zum Beispiel Spitexorganisationen sind sich nicht bewusst, dass es noch Möglichkeiten gäbe, die Situation zu verbessern. – Résistance des médecins de 1er recours. – Méconnaissance du mandat de l'EMSP. Certaines situations auraient nécessité une intervention plus précoce. Manque de connaissance des critères d'appel. Mauvaise évaluation de la complexité de la situation et manque d'anticipation.
<p>Gruppe D</p> <ul style="list-style-type: none"> – Oft wird zu spät auf das Angebot des MPCD aufmerksam gemacht, Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung? – Nicht immer: Das Betreuungsangebot durch MPCD erfolgt verspätet, die Planung der Entlassung ist nicht immer optimal. 41 % der Betreuten sterben innerhalb von 30 Tagen (22 % innerhalb von 7 Tagen seit Beginn des Betreuungsangebots).
<p>Gruppe E</p> <ul style="list-style-type: none"> – Difficultés (aussi intellectuelles et psychiques) à identifier qu'une situation est palliative, et à le communiquer avec patient-proches. Réticences à faire appel à une structure extérieure (y compris peur du jugement). Non identification de l'atteinte de limites de compétences dans le domaine spécifique. – Difficulté de demander de l'aide, oser nommer « Soins Palliatifs », aborder des sujets difficiles, (mort, perte), sujet hautement émotionnel, non-identification du stade réel de la maladie et du pronostic (insuffisance cardiaque, respiratoire...) – Difficultés d'identification et d'anticipation, Résistance des 1ère lignes (CMS et médecins traitants)

Quelle: Direkte Zitate aus der Befragung.

5.4.2. Vernetzung und Zusammenarbeit

Bei der Darstellung der Organisationsformen (vgl. Kapitel 2.1, Tabelle 1 bis Tabelle 5) und der Personalstrukturen (vgl. Kapitel 5.1, Tabelle 24 bis Tabelle 27, und Kapitel 5.2) der mobilen Palliative-Care-Dienste wird deutlich, wie stark das den MPCD von der nationalen Strategie zugeordnete Leistungsspektrum bereits selbst von einem Netzwerk von Leistungserbringern erbracht wird. Die MPCD sind häufig an eine andere Organisation angebunden, so dass nicht nur sie von organisatorischen und personellen Synergien, sondern auch ihre Klientinnen und Klienten vom erleichterten Zugang zu einem erweiterten Leistungsspektrum profitieren können.

Zahlreiche Vernetzungen stehen bereits am Ursprung der Kernstruktur der MPCD in der Schweiz. Darunter fallen beispielsweise die Anbindung der MPCD an und Vernetzung mit der jeweiligen kantonalen Krebsliga (AG, SG/AI/AR/, SH, SO), die Zusammenarbeit der Hôpitaux Universitaires

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 82/122

Genève (HUG) und der institution de maintien à domicile (imad) (GE), die Zusammenarbeit zwischen dem Freiburger Spital und der Krebsliga Freiburg (FR), die Zusammenarbeit Palliativzentrum Hildegard und Onko-Spitex Basel-Stadt (BS, ab Dez. 2013), die Zusammenarbeit spitalinterner und spitalexterner Palliativkonsiliardienste (BL, VS_SZO, VS_VR, TG, zum Teil unter Einschluss weiterer Partner wie der Krebsliga oder dem Förderverein SEOP BL), die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen innerhalb des Brückendienstes Graubünden (GR) oder die Zusammenarbeit zwischen der EMSP BEJUNE und dem Kompetenzzentrum des l'Hôpital neuchâtelois – La Chrysalide (Berner Jura, NE, JU).

Die MPCD sind darüber hinaus zum Teil sehr eng in die regionalen Palliative-Care-Netzwerke eingebunden, wie beispielsweise die Zusammenarbeit der beiden MPCD BE_MPD_Thun und BE_PaCa_Thun im Verein Palliative Care-Netzwerk Region Thun, die Zusammenarbeit des Brückendienstes der Spitex Stadt Luzern mit der Caritas Luzern und der Seelsorge, die Einbindung des Brückendienstes Ostschweiz (SG/AI/AR) mit dem Palliativnetz Ostschweiz, die Zusammenarbeit von ZH_Onko_Plus und SH mit dem Verein palliativ zh+sh, die Zusammenarbeit zwischen dem MPCD BE_SEOP und der Stiftung/dem Palliativzentrum Diaconis Palliative Care, die Einbindung der vier ESMP des Kanton Waadt nicht nur in die regionalen réseau des soins, sondern auch in die im Rahmen des kantonalen Programms geschaffenen und geförderten Palliative-Care-Netzwerke. Die Liste dieser Beispiele liesse sich beliebig verlängern.

Je nach Handlungsdimension – spezialisierte medizinische oder pflegerische Palliative Care, Entlastung und psychosoziale Beratung für Angehörige, Einbezug von Freiwilligenarbeit, Bildung, Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierung, Forschung, Prozessentwicklung oder Verbreitung von neuem Wissen und guter Praxis in der Grundversorgung – variieren die Netzwerkstrukturen, in die die MPCD eingebunden sind. Für die Ergebnisqualität sind die Netzwerke häufig entscheidend.

Der Fokus des aktuellen Mandats des BAG für eine Bestandaufnahme der MPCD richtet sich auf die Organisationsformen, Personalstrukturen und Zusammenarbeit, Auftrag, Aufgaben und Leistungen, Ziele und Zielgruppen, Inanspruchnahme der Leistungen und Finanzierung der MPCD. Im Rahmen des Mandats ist eine vertiefte Erfassung der Netzwerkstrukturen der Palliative Care in den Versorgungsregionen, auch im Hinblick auf eine Unterscheidung der oben aufgeführten Handlungsdimensionen, nicht möglich. Detaillierte Karten der Netzwerkstrukturen würden ergänzende wertvolle Hinweise auf die Hintergründe der spezifischen Organisationsformen und des Angebotspektrums der MPCD in den verschiedenen Versorgungsregionen liefern und einen weiteren Schritt in Richtung Evaluation der Wirksamkeit der mobilen Palliative-Care-Dienste im konkreten regionalen Versorgungskontext ermöglichen.

Zentrale Netzwerkpartner der MPCD

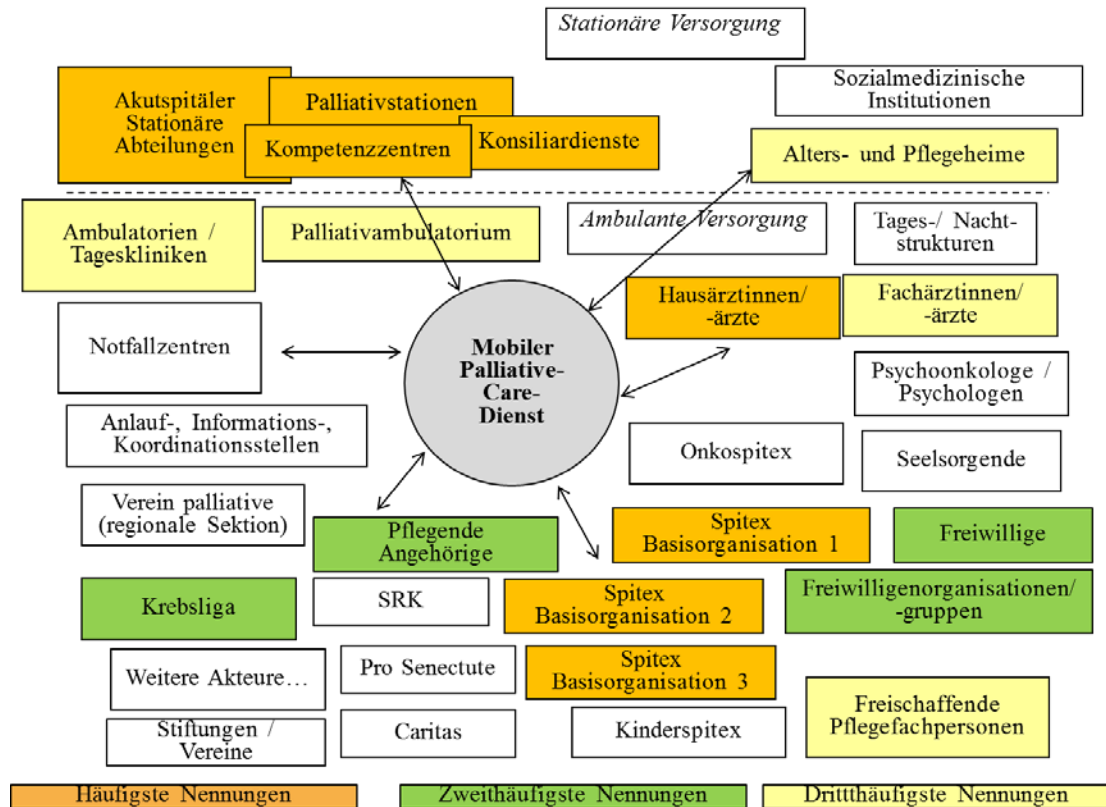
In der Erhebung werden die MPCD nur nach ihren wichtigsten (drei bis fünf) externen Netzwerkpartnern für das Erreichen der Versorgungsziele der spezialisierten Palliative Care, der Bedeutung dieser Zusammenarbeit für ihren MPCD sowie dem grössten Verbesserungspotenzial in der Zusammenarbeit gefragt. Abbildung 5 gibt die wichtigsten Nennungen der MPCD von für sie zentralen Partnern im Netzwerk der Palliativversorgung wieder.

An häufigsten von den MPCD genannt und mit einer hohen Bedeutung verbunden wird die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und -ärzten, den Spitexorganisationen sowie den Spitälern. Diese Leistungserbringer sind in Abbildung 5 orange gekennzeichnet.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 83/122

Abbildung 5: Die Netzwerkstruktur der Palliativversorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

18 von 26 MPCD erachten die Hausärztinnen und -ärzten als einen der zentralen externen Netzwerkpartner, um die Versorgungsziele der spezialisierten Palliative Care zu erreichen. Zu diesen MPCD gehören AG, SH, SO, ZH_MPCT_Win, BE_PaCa_Thun, BS, LU, ZH_FS_ZH, BL, VS_VR, FR, GR, TI_Hospice, TI_Triangolo, BEJUNE, VD_ARC, VD_RNB und VD_ARCOS. Den Hausärztinnen und -ärzten wird eine zentrale Rolle in der medizinischen Grundversorgung (z.B. Symptommanagement und Medikamentenverordnung), bei der Entscheidungsfindung und in der Begleitung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen (Koordination, vorausschauende Planung, Hausbesuche) zugeschrieben.

20 von 26 MPCD geben die Spitexorganisationen als weiteren zentralen Netzwerkpartner an. Zu diesen MPCD zählen AG, SG, SO, ZH_MPCT_Win, BE_SEOP, BS, LU, ZH_FS_ZH, GE, TG, VS_SZO, VS_VR, GR, TI_Hospice, TI_Triangolo, BEJUNE, VD_ARC, VD_RNB, VD_ARCOS und VD_PSHL. Darüber hinaus weisen BE_PaCa_Thun, FR, TI_Hospice und VS_VR auf die für sie wichtige Zusammenarbeit mit freischaffenden Pflegefachleuten hin. Die Bedeutung der Spitexorganisationen liegt für die MPCD zumeist in einer arbeitsteiligen Gesamtversorgung, die ohne die Grundversorger meistens nicht möglich wäre. Die Spitexorganisationen sind gleichzeitig wichtige Bezugspersonen für die Betroffenen und Angehörigen und sind für die Kontinuität in der Betreuung wichtig. Die Identifikation der Kriterien für den rechtzeitigen Einbezug der spezialisierten Versorgung liegt oft in ihrer Hand.

23 von 26 MPCD sehen die Spitäler resp. die Palliativstationen, Palliativkonsiliardienste und Kompetenzzentren der Spitäler als zentrale externe Netzwerkpartner. Elf MPCD (SH, ZH_Onko_Plus, BS, LU, ZH_FS_ZH, BL, TG, FR, TI_Hospice, TI_Triangolo, VD_PSHL) verweisen allgemein auf

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 84/122

Spitäler. Zehn MPCD (SG, SO, BE_SEOP, GE, TG, BEJUNE, VS_VR, VD_ARC, VD_RNB, VD_ARCOS) geben explizit Palliativstationen resp. Kompetenzzentren und die beiden MPCD AG und GR Palliativkonsiliardienste von Spitälern als zentrale Netzwerkpartner an.⁵⁷ Dies weist auf die wachsende Bedeutung der Palliativstationen/-konsiliardienste und die mit ihrem Ausbau zunehmenden neuen Vernetzungsmöglichkeiten mit der spitalexternen Versorgung und den MPCD hin. Die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Spitälern und MPCD liegt einerseits in der beidseitigen Angewiesenheit auf ein gutes Ein- und Austrittsmanagement, welches erst eine Behandlungskontinuität zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sicherstellt. Spitäler werden auch zu wichtigen Partnern, wenn krisenhafte Situationen eine zeitweilige stationäre Behandlung notwendig machen. Andererseits werden die Palliativstationen und -konsiliardienste auch als wichtige Ansprechpartner für fachspezifische Anliegen in Palliative Care genannt

Mit Abstand, aber dennoch häufig werden auch die Krebsliga, pflegende Angehörige und Ehrenamtliche/Freiwillige als wichtige Netzwerkpartner genannt. Sie sind in Abbildung 5 grün hervorgehoben. Fünf MPCD – ZH_Onko_Plus, LU, BL, TG, TI_Hospice – bezeichnen die Krebsliga als einen sehr wichtigen Netzwerkpartner. Die Bedeutung der Krebsliga im Netzwerk der Palliativversorgung wird deutlich, wenn man ihre enge Einbindung bei den MPCD AG, SG, SH, SO und FR zu diesen Nennungen hinzuzählt. Die Krebsliga bietet ein umfangreiches Spektrum von Beratungs- und Unterstützungsleistungen für die Patientinnen, Patienten und Angehörigen, welches bei anderen Krankheitsbildern aktuell noch schwieriger einzubinden ist. Sieben MPCD geben an, dass die pflegenden Angehörigen für sie einer der wichtigsten Netzwerkpartner sind. Dazu gehören AG, SO, BE_PaCa_Thun, VS_SZO, FR, GR, VD_RNB. Dies ist mit der Begründung verbunden, dass die Pflege und Betreuung zu Hause ohne sie gar nicht möglich wäre. Die MPCD heben gleichzeitig hervor, dass die Entlastung und Unterstützung der Angehörigen ein wichtiges Ziel in der Zusammenarbeit sein muss. Sechs MPCD – AG, SH, BE_SEOP Bern, LU, GR und TI_Triangolo – haben Freiwillige als zentrale Netzwerkpartner angegeben. Sie leisten aus Sicht der MPCD eine wichtige Betreuungsarbeit, entlasten die Angehörigen und sichern einen gewissen Teil der Nachtdeckung. Die Zusammenarbeit mit den Freiwilligen muss von den MPCD und Spitexorganisationen gut koordiniert und eng begleitet werden.

Die dritthäufigsten Nennungen, welche in Abbildung 5 hellgelb gekennzeichnet sind, entfielen auf Ambulatorien, niedergelassene Fachärzte, stationäre Pflegeeinrichtungen und die bereits bei den Spitexorganisationen aufgeführten freischaffenden Pflegefachleute. Sie spiegeln einerseits die wachsende Bedeutung der Ambulatorien und niedergelassenen Fachärzte als Zuweiser und Partner der MPCD. Sie verweisen andererseits auf die enge Zusammenarbeit verschiedener MPCD mit Alters- und Pflegeheimen sowie mit stationären Pflegeeinrichtungen mit einem spezialisierten Palliative-Care Auftrag. Zu letzteren gehören zum Teil auch Plätze in spezialisierten «Hospizwohnungen». Einzelnennungen verweisen darüber hinaus auf die für einzelne MPCD wichtige Zusammenarbeit mit Psychoonkologen, Sozialberatende, dem Verein palliative zh+sh und der Caritas Luzern.

Herausforderungen und Verbesserungspotenzial in der Zusammenarbeit

Obwohl mehr als zwei Drittel aller MPCD die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Spitälern, Hausärztinnen und Hausärzten und Spitexorganisationen der Grundversorgung hervorgehoben haben, berichten die MPCD mehrheitlich noch von grossen Herausforderungen in der Zusammenarbeit und einem deutlichen Verbesserungspotenzial.

Als wichtige Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und -ärzten werden das zum Teil immer noch fehlende Wissen der Grundversorger um die Angebote und Möglichkei-

⁵⁷ BE_MPD_Thun und BE_PaCa_Thun führen die Spitäler resp. Palliativstationen wahrscheinlich nicht als externe Netzwerkpartner auf, weil sie im Netzwerk Palliative Care Region Thun beide als Partner miteinander verbunden sind.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 85/122

ten der spezialisierten Palliative Care, eine Überschätzung ihres eigenen Fachwissens, Schwierigkeiten bei der Indikationsstellung für den Beizug von spezialisierter Palliative Care, Barrieren in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Pflegenden, Grenzen in der Erreichbarkeit und fehlende Kapazitäten für Hausbesuche genannt. Gleichzeitig wird aber auch berichtet, dass sich die Zusammenarbeit in den letzten Jahren und der Einbezug der MPCD bereits verbessert haben. Verbesserungspotenzial wird in der Verfeinerung operationell anwendbarer Indikationskriterien für den Einbezug der spezialisierten Versorgung, im Zugang zu einer gemeinsamen Patientinnen-/Patientendokumentation, in einer weitergehenden Sensibilisierung der Hausärztinnen und -ärzte für die Angebote und Möglichkeiten der spezialisierten Versorgung und einer Weiterentwicklung der Kommunikation gesehen.

Einige dieser Herausforderungen decken sich mit denjenigen in der Zusammenarbeit zwischen MPCD und den Spitexorganisationen. Dazu gehören unter anderem ebenfalls das Erkennen der eigenen Grenzen bei den Grundversorgern, die Indikationsstellung für den Einbezug der spezialisierten Versorgung und ein besseres Wissen um Angebote und Möglichkeiten der spezialisierten Palliative Care. Erschwerend kommen zum Teil ein Konkurrenzdenken und fehlende Klarheit in den Rollen und der Aufgabenteilung hinzu. Eine fehlende Bezugsperson oder die schlechte Erreichbarkeit einer Bezugsperson bei den Spitex-Basisorganisationen erschweren die Koordination. Der Informationsfluss ist zum Teil ungenügend. Ein Verbesserungspotenzial liegt auch hier im Zugang zu einem gemeinsamen Patientendossier, der Verbesserung der Indikationskriterien für den Einbezug der spezialisierten Versorgung und einer grösseren Vertrautheit mit Situationen, in denen ein Beizug von Spezialistinnen und Spezialisten angezeigt ist. Ein besseres Verständnis für die Rollenteilung und die beratende Rolle der MPCD sowie Möglichkeiten, die Teams der Grundversorger durch eine gemeinsame Analyse ihrer professionellen Praxis zu stärken, könnten zu weiteren Verbesserungen beitragen. Die Zusammenarbeit würde auch durch den vermehrten Rückgriff auf das Netzwerk von weiteren Anbietern gestärkt.

Ein Verbesserungspotenzial in der Zusammenarbeit mit einzelnen Spitälern sehen die MPCD vor allem in der systematischen Umsetzung eines an verlässlichen Standards orientierten Austrittsmanagements, in einem frühzeitigen Einbezug bei der Austrittsplanung und einer umfassenden Orientierung von Patientinnen und Patienten über ihre gesundheitliche Situation und die Angebote der Palliative Care in der Phase der Entscheidungsfindung.

Eine Prozess- und Schnittstellenlandkarte der Vernetzung von spezialisierter Versorgung und Grundversorgung

Im Fokus der Antworten der MPCD auf die Frage nach den wichtigsten externen Netzwerkpartnern und zentralen Herausforderungen für das Erreichen der Versorgungsziele der spezialisierten Palliative Care stehen interessanterweise die Grundversorger selbst. Dies legt nahe, weitere, koordinierte Entwicklungsschritte hier anzusetzen. In den kantonalen Konzepten werden meistens die wichtigsten Knotenpunkte des Palliativ-Netzwerkes und Dimensionen der Zusammenarbeit beschrieben. Aber dies geschieht selten in dem Detaillierungsgrad einer Prozess- und Schnittstellenlandkarte, in der beispielsweise auch die Indikationskriterien für den Einbezug der verschiedenen Partner, Alternativen bei Kapazitätsengpässen oder Kommunikationspfade und Dokumentationspflichten der verschiedenen Leistungserbringer festgehalten wären.

Ein paralleles Ausarbeiten solcher regionalen Prozess- und Schnittstellenlandkarten unter Einbezug der Grundversorger und Förderung des Austausches zwischen den Versorgungsregionen könnte helfen, wichtige Barrieren in der Inanspruchnahme der Palliative Care abzubauen. Die MPCD könnten dazu aufgrund ihrer Brückenfunktion im Netzwerk der Palliativversorgung und bei einem entsprechenden Mandat in ihren Leistungsaufträgen einen wichtigen Beitrag leisten.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 86/122

6. Herausforderungen in der ambulanten Palliative Care aus Sicht der MPCD

Die mobilen Palliative-Care-Dienste werden als zentrale Schaltstelle im Palliativnetz bezeichnet. Die Verteilung der Sterbeorte und ihre Entwicklung in den Jahren 2006 bis 2011 zeigen, dass der Wunsch vieler Menschen zu Hause oder im vertrauten Wohnumfeld zu sterben, noch nicht erfüllt werden kann (vgl. Abbildung 1 auf Seite 11). Der Anteil der Menschen, die in der Schweiz jährlich in einem Spital oder Pflegeheim versterben, hat zwischen 2006 und 2011 um fünf Prozent auf 80 Prozent zugenommen. Vor diesem Hintergrund wurden die MPCD gefragt, was aus ihrer Sicht die wichtigsten Gründe sind, die es heute erschweren, Patientinnen oder Patienten bis zu ihrem Lebensende zu Hause oder im gewohnten Wohnumfeld zu begleiten.

Mit Blick auf die Hindernisse und Schwierigkeiten wurden die mobilen Palliative-Care-Dienste darüber hinaus gefragt, wo sie als MPCD heute an ihre Grenzen stossen und ob es weitere Herausforderungen gibt, die aus Ihrer Sicht in den heutigen kantonalen und nationalen Versorgungskonzepten für die ambulante Palliative Care noch zu wenig berücksichtigt sind.

6.1. Herausforderungen bei der palliativen Begleitung eines Patienten im gewohnten Lebensumfeld

Die Frage nach den wichtigsten Gründen, die es heute erschweren, Patientinnen oder Patienten bis zu ihrem Lebensende zu Hause oder im gewohnten Wohnumfeld zu begleiten, wurde den MPCD in der Erhebung offen ohne Vorgabe von Themenbereichen gestellt.

Als zentrale Herausforderungen bei der Begleitung eines Patienten im gewohnten Lebensumfeld bis zum Lebensende werden von den MPCD folgende Punkte aufgeführt:

1. Fehlendes Soziales Netz (aufgrund von soziodemographischen Veränderungen)

Die MPCD geben verschiedene Faktoren an, die dazu führen, dass die für die Begleitung zu Hause zentralen persönlichen sozialen Netze schwächer werden. Der demografische Wandel und Veränderungen in den Familienstrukturen bringen mehr Haushalte mit alleinstehenden Personen mit sich. Die Familien werden kleiner, zum Teil fehlen Angehörige vollständig. Die Abwanderung der jüngeren Generation und Familien hat sich verstärkt. Distanzen sind damit grösser geworden. Hinzu kommt eine verstärkte Berufstätigkeit von Partnern. Je kleiner die familiären Netze, desto schneller geraten sie in komplexeren Betreuungssituationen an ihre Grenzen.

2. Überlastung des Umfeldes und fehlende Entlastungsmöglichkeiten

Hohe organisatorische und zum Teil auch finanzielle Belastungen der Familien können zu einem Hindernis dafür werden, dass Angehörige ihre Aufgaben bei der Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten wahrnehmen können. Ohne Vorkehrungen und Gegenmassnahmen führen diese Belastungen oft zur Erschöpfung der Familien und Angehörigen. Ihre Erschöpfung und die damit verbundene Destabilisierung des persönlichen sozialen Umfeldes sind ein zentraler Punkt, an dem die Begleitung im vertrauten Wohnumfeld häufig scheitert.

Zum Teil fehlen aus Sicht der MPCD konkrete Entlastungs- und Betreuungsangebote wie Nachtdienste, Ferienbetten oder eine starke und kontinuierliche Präsenz in kritischen Phasen oder gegen Lebensende. Zum Teil wären Entlastungsangebote durchaus vorhanden, aber es scheitert gemäss den Erfahrungen der MPCD an der Finanzierung. Darunter fällt auch eine gewisse Entschädigung für pflegende Angehörige, wenn sie ihr berufliches Engagement zugunsten der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten einschränken. Die Finanzierung der Betreuungsleistungen und Entlastungsangebote ist nicht durch die Grundversicherung gedeckt, sondern erfolgt zu wesentlichen Teilen durch die privaten Haushalte selbst.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 87/122

3. Psychosoziale Faktoren / Ängste

Die Begleitung im privaten Wohnumfeld wird stark durch psychosoziale Faktoren und Ängste mitgeprägt. Die Ängste betreffen sowohl die Patientinnen und Patienten wie auch die Angehörigen: Angst vor dem Alleinsein, Ängstlichkeit in der Grundhaltung der Patientinnen und Patienten oder Angst als Symptom der Grunderkrankung oder des Sterbeprozesses, Angst vor Überforderung und Unsicherheiten auf beiden Seiten.

Die MPCD treffen teilweise auf autonome und eigenständige Persönlichkeiten, die sowenig wie möglich Hilfe in Anspruch nehmen wollen, und auf Menschen, die trotz Überforderung zu spät Hilfe suchen. Die Bedürfnisse der Palliativpatientinnen und -patienten sowie der Angehörigen sind oft nicht leicht zu identifizieren oder werden auch zu wenig klar wahrgenommen. In vielen Fällen bilden schwierige Beziehungen zwischen Patientinnen, Patienten und pflegenden Angehörigen die Ausgangslage, auf denen die MPCD und Grundversorger aufbauen müssen. Patientinnen und Patienten, die ihre Angehörigen nicht belasten wollen, wählen rascher den Spitalaufenthalt. Nicht geklärte Therapieoptionen bzw. fehlende Klarheit bezüglich einer Therapiebeendigung erschweren ebenfalls die Begleitung. Ängste und Unsicherheiten sind oft nicht allein an Einzelsituationen gebunden, sondern treffen auch auf eine fehlende kulturelle Einbettung, die dem Sterben zu Hause eine grössere Selbstverständlichkeit verleiht. Zum Teil fehlt auch ein allgemeines Verständnis, was Palliative Care ist und anbieten kann.

4. Angebot und Erreichbarkeit Palliative Care

Trotz des Ausbaus der Palliative Care im Rahmen der nationalen Strategie wird von den MPCD auf die weiterhin grossen geografischen und regionalen Unterschiede in der Abdeckung hingewiesen. Ein ungenügendes Angebot in Palliative Care, sowohl im Rahmen der spezialisierten Versorgung wie auch der Grundversorgung, oder eine erschwerte Zugänglichkeit zu bestehenden Angeboten sind noch immer wichtige Hinderungsgründe für den Verbleib im privaten Wohnumfeld. Besonders hervorgehoben wird in diesem Kontext von den MPCD die notwendige Verfügbarkeit eines Angebots an 24 Stunden und 7 Tagen die Woche. Bei der Nachtabdeckung reicht aus ihrer Sicht nicht allein ein Pikett für Notfälle, sondern eine reale Nachtdienstentlastung ist notwendig.

5. Ausbildungs- und Wissensstand / Grenzen der Grundversorgung

Der Ausbildungs- und Wissensstand der Grundversorger wird von den MPCD als regional sehr heterogen eingestuft. Dieser Wissensstand muss ein breites Gebiet von medizinischen und pflegerischen Kompetenzen über die rechtzeitige Identifikation von instabilen und komplexen Situationen bis hin zu Kenntnissen der Möglichkeiten von Palliative Care allgemein und der konkreten Angebote der regionalen Palliative Care Netzwerke abdecken. Die Grundversorger kommen darüber hinaus teilweise auch mit ihren eigenen personellen Ressourcen, der Verrechnbarkeit ihrer Leistungen sowie ihrer zeitlichen Erreichbarkeit und Verfügbarkeit an ihre Grenzen.

Aufgrund der in den meisten Fällen starken gegenseitigen Abhängigkeit von spezialisierter Versorgung und Grundversorgung stösst dadurch auch die Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten insgesamt an ihre Grenzen.

6. Vernetzung der Leistungserbringer

Eine mangelnde Vernetzung der Leistungserbringer stellt einen weiteren wichtigen Hinderungsgrund für den Verbleib im privaten Wohnumfeld dar. Die Begleitung zu Hause wird erschwert, wenn die Leistungserbringer zu wenig vernetzt denken oder Probleme in der (inter-)professionellen, institutionenübergreifenden Zusammenarbeit in den Vordergrund treten. Oft fehlt es an einem übergeordneten Konzept oder seiner Umsetzung, an einer übergeordneten Koordination aus der Sicht des Patientinnen- und Patientenwohls.

7. Hausärztliche Versorgung (regional und individuell sehr unterschiedlich)

Die Häufigkeit der Nennungen und der explizite Verweis auf die hausärztliche Versorgung durch die MPCD macht die zentrale Bedeutung der Hausärztinnen und -ärzte für die palliative Begleitung im privaten Wohnumfeld nochmals deutlich. Es finden sich aus Sicht der MPCD grosse regionale und individuelle Unterschiede in der hausärztlichen Versorgung. Eine eingeschränkte Erreichbarkeit von Hausärztinnen und -ärzten, eine ungenügende Betreuung und fehlende Hausbesuche durch Hausärztinnen und -ärzte oder einer ärztlichen Vertretung mit Palliative Care Kenntnissen sowie eine fehlende Nachtdeckung sind weitere wichtige Gründe für ein Scheitern der Begleitung im privaten Wohnumfeld.

8. Finanzierungssituation Palliative Care (Finanzierung der Leistungserbringer / Finanzierungsanreize für Patientinnen und Patienten)

Als direkter Grund, der den Verbleib im privaten Wohnumfeld erschwert, wurden von den MPCD auch die von den heutigen Finanzierungsmechanismen ausgehenden Fehlanreize im Gesundheitswesen und für die Patientinnen und Patienten genannt. Die heutige Finanzierung begünstigt die Versorgung im Spital. Die Finanzierung der Palliative Care Pflegeleistungen und der Anteil der Krankenkassen und anderer Sozialversicherer an der Finanzierung der ambulanten Palliative Care werden hingegen als ungenügend erachtet.

9. Komplexität des Symptommanagements

Oft führen Symptome, die zu Hause nur schwer einstellbar oder zu behandeln sind wie Atemnot, extreme Schmerzsituationen, nicht kontrollierbares Delir oder eine hohe bzw. zunehmende Komplexität der Gesamtsituation zur Einweisung in ein Spital. Solche Situationen können auch dazu führen, dass die Angehörigen an ihre Grenzen stossen. Aus den Antworten der MPCD lässt sich entnehmen, dass sie einzelne Einweisungen als notwendig und nicht vermeidbar erachten, andere wiederum aber auf eine ungenügende Symptomkontrolle und Grenzen der Kapazitäten und Kompetenzen der Grundversorgung zurückführen.

Diese Zusammenstellung zeigt, dass verschiedene Faktoren ineinandergreifen müssen, um den Wunsch von Betroffenen zu erfüllen, möglichst lange zu Hause oder im gewohnten Lebensumfeld begleitet zu werden und auch dort sterben zu können. Diese Faktoren betreffen einerseits die Verfügbarkeit der entsprechenden medizinischen und pflegerischen Kompetenzen in der spezialisierten Palliative Care und der Grundversorgung. Trotz der Entwicklung der Angebote, die in den letzten Jahren stattgefunden hat, finden sich gemäss den Angaben der MPCD immer noch grosse regionale Unterschiede und stossen die heutigen Angebote mit ihren Ressourcen und Kapazitäten weiterhin an Grenzen. Dazu tragen auch eine ungenügende Finanzierung der Palliative Care im Verbund mit finanziellen Fehlanreizen sowie eine ungenügende Vernetzung der Leistungserbringer bei. Die Antworten der MPCD zeigen andererseits die hohe Bedeutung eines tragfähigen persönlichen sozialen Netzes, entsprechender Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie einer Unterstützung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen beim Umgang mit ihren Ängsten und Unsicherheiten auf. Ohne konkrete Massnahmen und Entlastungsangebote, die die persönlichen sozialen Netze stärken und unterstützen, kann die Palliative Care ihr Ziel, Menschen im gewohnten Wohnumfeld zu begleiten, nicht erreichen.

6.2. Heutige Grenzen der MPCD und Herausforderungen für die kantonalen und nationalen Versorgungskonzepte

Ergänzend zum Blick auf die allgemeinen Gründe, die einen Verbleib von Palliativpatientinnen und -patienten in ihrem gewohnten Wohnumfeld erschweren, wurden die mobilen Palliative-Care-Dienste gefragt, wo sie als MPCD selbst heute an ihre Grenzen kommen und ob es weitere Heraus-

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 89/122

forderungen gibt, die aus ihrer Sicht in den heutigen kantonalen und nationalen Versorgungskonzepten für die ambulante Palliative Care noch zu wenig berücksichtigt sind.

Die Punkte, an denen die mobilen Palliative-Care-Dienste selbst an ihre Grenzen stossen, lassen sich in vier Themenbereichen zusammenfassen:

- **Grenzen bei der Umsetzung ihrer Ziele sowie organisatorische Herausforderungen**
 - Umsetzung Zugangsgerechtigkeit: Einzelne MPCD sehen sich einem Bedarf zur Öffnung ihres heutigen Angebots in Richtung nicht onkologischer Krankheitsbilder oder Langzeitpflegeinstitutionen gegenüber, dem sie aufgrund der Beschränkung ihres heutigen Leistungsauftrags bzw. ihrer heutigen Finanzierung nicht entsprechen können. Das gleiche gilt zum Teil auch für ein flächendeckendes Angebot.
 - Aufbau und Aufrechterhaltung eines 24 Stunden / 7 Tage die Woche Angebots: Die MPCD heben die Notwendigkeit einer solchen kontinuierlichen Abdeckung hervor, stossen aber in geografisch grossen Gebieten (Wegzeiten), in kleinen Teams oder in Kombination mit weiteren Aufgaben, z.B. in der Weiterbildung, bei der Umsetzung an ihre Grenzen.
 - Finanzierung der für die Aufgaben des MPCD notwendigen Strukturen und Prozesse
 - Rekrutierung von qualifiziertem Pflegepersonal und Sicherstellung von angemessenen, attraktiven Arbeitsbedingungen
 - Umgang mit knappen personellen Ressourcen des MPCD (Stellenetat) und Kapazitätsengpässen: Aufgrund von meist knappen personellen Ressourcen droht zum einen eine wiederkehrende Überlastung der Mitarbeitenden, zum anderen können bei Kapazitätsengpässen Anfragen gar nicht oder nicht rechtzeitig bearbeitet werden. Eine weiter steigende Nachfrage nach Palliative Care würde einzelne MPCD in der heutigen Organisationsform ebenfalls an ihre Grenzen bringen.
 - Sehr starke Schwankungen bezüglich Auftragslage: Eine starke Auslastung über eine lange Zeit im Wechsel mit Zeiten von wenigen Aufträgen sind für die MPCD nur schwer auszugleichen und schaffen unattraktive Arbeitsbedingungen. Oft führen bereits einige wenige sehr komplexe Fälle zur Aus- oder Überlastung der MPCD.
 - Fehlender elektronischer Austausch von Kundenstammdaten und Dossiers
- **Grenzen durch fehlende Vernetzung zwischen den Leistungserbringern und Lücken in der Grundversorgung**
 - Lücken in der medizinischen und pflegerischen Grundversorgung
 - Barrieren in der Inanspruchnahme der MPCD durch die Grundversorger: zu später Einbezug, verzögerte Umsetzung von Ratschlägen der MPCD
 - Schlechte oder fehlende Zusammenarbeit und fehlende Verbindlichkeit
 - Kompliziertes Verlegen der Patientinnen und Patienten von vorgelagerten oder zu nachgelagerten Stellen
 - Grenzen, die eine rein konsiliarische Tätigkeit eines MPCD in Situationen mit sich bringt, in denen eine intensivere Begleitung durch die spezialisierte Versorgung notwendig wäre
- **Grenzen in besonders komplexen oder instabilen familiären oder persönlichen Situationen**
 - In komplexen familiären Situationen
 - Bei Patienten, die schwer Hilfe und Unterstützung annehmen können
 - Bei Anfragen für eine 24-stündige Begleitung aufgrund sehr instabiler sozialer Netze
 - Bei Selbst- und Fremdgefährdung oder häuslicher Gewalt
 - Bei einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose
 - Bei der Begegnung mit komplexen ethischen Fragen, z.B. Suizidalität oder sehr grossem Leiden einzelner Patientinnen und Patienten
- **Grenzen aufgrund eines ungenügenden Wissensstands der Familien und der Bevölkerung über die Möglichkeiten von Palliative Care**

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 90/122

Als Herausforderungen, die aus Sicht der MPCD in den heutigen kantonalen und nationalen Versorgungskonzepten für die ambulante Palliative Care noch zu wenig berücksichtigt sind, wurden von den MPCD die folgenden Punkte genannt. Sie überschneiden sich zum Teil mit den Gründen, die einen Verbleib im gewohnten Lebensumfeld erschweren und den Grenzen der MPCD als Organisation.

- **Zugangsgerechtigkeit, verfeinerte Indikationskriterien und Qualitätssicherung**
 - Zugangsgerechtigkeit zu einer Palliative Care im Sinne der nationalen Definition ist im heutigen föderalistischen System noch nicht hergestellt.
 - Eine stationäre Versorgung in Hospizen ist in den heutigen Finanzierungsmodellen nicht vorgesehen.
 - Es fehlen anerkannte, objektive Kriterien, um die laufenden und sich weiterentwickelnden Aktivitäten in der Palliative Care kontinuierlich evaluieren zu können.
 - Die Grenzen der Kompetenzen der heutigen medizinischen und pflegerischen Grundversorgung in Bezug auf Palliative Care sind zu wenig klar identifiziert und regional differenziert bestimmt. Es fehlen Massnahmen zur Qualitätssicherung in der Grundversorgung und eine Messung der Grundversorgung an bestimmten Qualitätsstandards.
 - Es fehlen messbare und verbindliche Kriterien, wann Spezialisten zugezogen werden sollen.
 - Lösungen für den Umgang mit den vor allem in ländlichen Gebieten erheblichen Distanzen und Wegzeiten fehlen.
 - Institutionen für Menschen mit einer Behinderung, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankung sind in vielen Regionen noch zu wenig in die Palliative Care eingebunden.
 - Sicherstellung einer 24 Stunden Abdeckung (über Pikett hinaus) an 7 Tagen die Woche im ambulanten Bereich und einer 24 Stunden Präsenz in der letzten terminalen Lebensphase
- **Sicherstellung einer in sich kohärenten, hinreichenden Finanzierung von Palliative Care**
 - Sicherstellung einer hinreichenden Finanzierung, die eine Umsetzung der Palliative Care gemäss den Zielen der nationalen Strategie ermöglicht – sowohl im Rahmen der spezialisierten Versorgung wie auch der Grundversorgung
 - Aufbau von einheitlicheren, transparenten Finanzierungsstrukturen und Abbau von Fehlansätzen, z.B. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
 - Überprüfung und Anhebung der Beiträge der Krankenversicherung bzw. Festlegung eines den Aufgaben der Palliative Care entsprechenden Tarifs
 - Ungenügende Finanzierung der psychosozialen Unterstützung
- **Stärkung der persönlichen sozialen Netze und Ausbau von Entlastungsangeboten**
 - Finanzierbarkeit von Betreuungsleistungen, Nachtdiensten und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige
 - Finanzielle Unterstützung der pflegenden Angehörigen, welche ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder reduzieren
 - Unterstützung der Freiwilligenarbeit (Betreuung und Schulung)
 - Stärkerer Einbezug nicht ärztlicher oder pflegerischer Berufsgruppen in die Konzepterarbeitung
- **Organisatorische Herausforderungen und bessere Vernetzung der Leistungserbringer**
 - Genügend spezialisiertes Personal in allen Bereichen finden
 - Lösungen für Mitarbeitende, welche heute bei zwei oder mehr Arbeitgebern angestellt sind, und dadurch unattraktive Arbeitsbedingungen in Bezug auf BVG und die Abdeckung von Krankheits- und Invaliditätsrisiken vorfinden
 - Aus- und Weiterbildung der medizinischen Grundversorger intensivieren
 - Kontinuität in der versorgungs- und institutionenübergreifenden Palliative Care sicherstellen

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 91/122

- Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der spezialisierten Versorgung und der Grundversorgung etablieren
- Das Potenzial eines frühzeitigen Einbezugs der Palliative Care nicht erst in der allerletzten Lebensphase in gemeinsamer Verantwortung und Zusammenarbeit von spezialisierter Versorgung und Grundversorgung besser ausschöpfen
- Das Bewusstsein für die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit in der konkreten Erbringung von Palliative Care stärken
- Ausschöpfen bereits bestehender regionaler Ressourcen im ambulanten Bereich durch einen verstärkten Einbezug und bessere Koordination, z.B. private Spitexorganisationen oder freischaffende Pflegefachleute, Freiwilligenorganisationen, etc.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 92/122

7. Schlussfolgerungen

- 1. Der Auf- und Ausbau der mobilen Palliative-Care-Dienste in der Schweiz befindet sich in einer dynamischen Entwicklung, ist aber von einer flächendeckenden Umsetzung der in der nationalen Strategie verankerten Versorgungsziele und -aufgaben für MPCD noch ein ganzes Stück entfernt. Dazu sind weitere koordinierte Entwicklungsschritte und ein Ausbau der überregionalen und interkantonalen Zusammenarbeit notwendig.**

Die Schweiz verzeichnete in den letzten Jahren einen stetigen Ausbau und eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Angebots an (spitalexternen) mobilen Palliative-Care-Diensten, die wichtige positive Grundsatzentscheide der politischen Verantwortlichen und ein grosses Engagement der Mitarbeitenden widerspiegeln. Sie ist aber angesichts grosser regionaler Unterschiede und zumeist knapper finanzieller und personeller Ressourcen der MPCD noch ein ganzes Stück von einer flächendeckenden Umsetzung der in der nationalen Strategie verankerten Versorgungsziele und -aufgaben der mobilen Palliative-Care-Dienste entfernt. Grenzen der Umsetzung zeigen sich nicht nur in weissen Flecken in der Versorgungslandschaft, sondern unter anderem auch in einer regional unterschiedlichen Öffnung gegenüber nicht-onkologischen Krankheitsbildern und grossen regionalen Unterschieden in der Verfügbarkeit konsiliarischer Dienste für Alters- und Pflegeheime, andere sozialmedizinische Institutionen, Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung oder in Regionalspitälern. Das Ziel der Verfügbarkeit von Palliative Care, gemeinsam getragen von spezialisierter Versorgung und Grundversorgung, im privaten Wohnumfeld während 24 Stunden an 7 Tagen der Woche ist in vielen Versorgungsregionen noch nicht erreicht. Grenzen der Verfügbarkeit eines hinreichenden Angebots an Palliative Care liegen auch in der regional unterschiedlichen, oft noch zu wenig verbindlichen Ausgestaltung der Schnittstellen und Zusammenarbeitsformen zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung sowie zwischen den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen.

Da in den Kantonen und Versorgungsregionen der Schweiz ganz unterschiedliche Umsetzungsformen der mobilen Palliative-Care-Dienste geschaffen wurden, die auf unterschiedliche Erfahrungen zurückgreifen können, dürften ein verstärkter Austausch und eine wechselseitige Unterstützung in der koordinierten Weiterentwicklung regional differenzierter Versorgungsstrukturen die Umsetzung der nationalen Versorgungsziele stark voranbringen.

- 2. In der Schweiz haben sich eine Vielzahl von Organisationsstrukturen der MPCD und Formen der Einbindung in das Netzwerk der Palliativversorgung herausgebildet. Diese Heterogenität in den Strukturen lässt nur bedingt Rückschlüsse von der Strukturqualität der MPCD auf die angestrebte Prozess- und Ergebnisqualität zu. Sollen die Zweckmässigkeit der gewählten Organisationsformen und die Wirksamkeit der von den MPCD ausgehenden Aktivitäten und Leistungen beurteilt werden, ist die Erarbeitung von zusätzlichen anerkannten, objektiven Kriterien notwendig, die eine kontinuierliche Evaluation des Entwicklungsstands ermöglichen.**

Die in der nationalen Strategie zitierte Empfehlung der European Association of Palliative Care (EAPC), dass pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner mindestens ein mobiler Palliativdienst mit mindestens 4-5 vollzeitbeschäftigten Fachpersonen in einem interprofessionellen Team aus Medizin und Pflege, verfügbar während 24 Stunden, bestehen sollte, ist so in der Schweiz bislang nicht umgesetzt worden. Dazu sind die finanziellen wie auch die personellen Grundlagen nicht gegeben. Die MPCD bilden in fast allen Kantonen kleinere Organisationseinheiten, oft verbunden mit einer hohen Anzahl kleiner Stellenpensen und Mitarbeitenden mit einer Zweitanstellung. Das den MPCD gemäss Versorgungsstrukturen zugeordnete umfassende Leistungsspektrum wird mehrheitlich bereits selbst in einem Netzwerk von Leistungserbringern erbracht. Die strukturellen Un-

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 93/122

terschiede in der Einbindung von Ärztinnen und Ärzten, von der Nachtabdeckung, von Psychoonkologinnen und -onkologen, Sozialberatung und Freiwilligenarbeit sind erheblich.

Um diese Heterogenität zu erfassen und zugleich strukturiert abzubilden, wurden die 26 MPCD, die aufgrund der Umfrageergebnisse «Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013» basierend auf einer Selbstdeklaration der in den kantonalen Gesundheitsdirektionen für Palliative Care zuständigen Personen in die Erhebung eingeschlossen waren, in fünf Gruppen A-E eingeteilt:

- Gruppe A: der MPCD als **spezialisierte Spitexorganisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung** (6 MPCD in den Kantonen AG, SG/AI/AR, SH, SO, ZH)
- Gruppe B: der MPCD als **Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung**. (5 MPCD in den Kantonen BS, BE, LU, ZH)
- Gruppe C: der MPCD als **Organisationseinheit eines Spitals** (6 MPCD in den Kantonen BE, BL, GE, TG, VS).
- Gruppe D: der MPCD als **versorgungsbereichsübergreifende Institution** (4 MPCD in den Kantonen FR, GR, TI)
- Gruppe E: der MPCD wird im Rahmen eines **kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst** ausserhalb von Spitalstrukturen organisiert und finanziert (5 MPCD in den Kantonen BE/JU/NE und VD).

Da das den mobilen Palliative-Care-Diensten gemäss Versorgungsstrukturen zugeschriebene Leistungsspektrum von den heutigen MPCD oft nicht allein, sondern nur im Verbund mit anderen Leistungserbringern erbracht werden kann und da bestimmte Kriterien heute noch nicht erfüllt werden, stellt sich die Frage, ob alle 26 in der Erhebung berücksichtigten Organisationen als MPCD zu bezeichnen sind. So würde ein erheblicher Teil der 26 MPCD für sich allein die Kriterien einer 24 Stunden Verfügbarkeit an 7 Tagen die Woche, den Zugang zum jeweiligen Wohnumfeld (d.h. unter Einschluss von Langzeitpflege- oder anderen sozialmedizinischen Institutionen) oder eines konsiliarischen Angebots für Hausärztinnen und -ärzte nicht erfüllen. Die MPCD der ersten beiden Gruppen würden auch dem Zulassungskriterium von qualitätspalliative für die Audits «Qualität in Palliative Care» für spezialisierte mobile Konsiliardienste, dass mindestens drei Viertel der Tätigkeit des MPCD in zweiter Linie erfolgen, nicht entsprechen.

Aus Sicht der Autorin und des Autors dieser Studie werden diese 26 MPCD aber zu Recht auf einer strukturierten Landkarte der mobilen Palliative-Care-Dienste in der Schweiz aufgenommen, da sie einerseits einen wichtigen Teil des geforderten Leistungsspektrums bereits abdecken und andererseits bei einer Erweiterung des Leistungsauftrags und einem Ausbau der Vernetzung voraussichtlich grundlegender Bestandteil der regional differenzierten Lösungen bleiben werden. Die MPCD der verschiedenen Gruppen dürften sich bei entsprechenden Finanzierungsgrundlagen und Leistungsaufträgen in Richtung vernetzter, versorgungsübergreifender Strukturen aufeinander zu bewegen. Darauf deuten der erweiterte Leistungsauftrag des Kantons Basel-Stadt an die Onkospitex Basel und das Palliativzentrum Hildegard, die enge Zusammenarbeit der Mobilien Palliativen Dienste des Spitals Thun mit dem Spezialteam Palliative Care der SPITEX Region Thun, die Zusammenarbeit der Hôpitaux Universitaires mit der institution de maintenir à domicile (imad) in Genf und Aussagen von MPCD der ersten beiden Gruppen A und B über eine angestrebte verstärkte Zusammenarbeit mit den palliativen Konsiliardiensten von Spitälern hin.

Umgekehrt stellt sich die Frage, ob die strukturierte Landkarte mit den 26 erfassten MPCD unter Einbezug einer fortlaufenden Ergänzung durch die bekannten, sich in Planung und Vorbereitung befindenden Projekte bereits vollständig ist. Aus Sicht der Autorin und des Autors dieser Studie ist die Vollständigkeit noch nicht gegeben. Grössere Spitexorganisationen wie die Spitex Seeland, die

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 94/122

Spitex Zug, die Spitex Uri, die Spitex Obwalden, die Spitex Nidwalden oder die Spitex RegionKöniz mit einem Angebot an spezialisierter Palliative Care, aber auch mittelgrosse Spitexorganisationen in topografisch abgelegenen Versorgungsregionen müssten darauf hin überprüft werden, unter welchen Bedingungen und in welcher Vernetzung sie in ihrer Versorgungsregion nicht ebenfalls bereits wesentliche Teile des Leistungsspektrums eines MPCD für die Grundversorgung abdecken. Dies gilt auch für die Palliativdienste und Palliativstationen von Spitälern wie beispielsweise das GZO Wetzikon, die FMI AG Berner Oberland Ost oder das Spital Einsiedeln, die ebenfalls in ihrer Versorgungsregion bereits wichtige Aufgaben eines MPCD übernehmen. Eine solche Evaluation war aber nicht Gegenstand des vorliegenden Mandats. Die Landkarte wäre zudem zu ergänzen um die spezialisierten MPCD für Kinder und Jugendliche und gegebenenfalls um die spezialisierten Institutionen für nicht onkologische Krankheitsbilder, d.h. beispielsweise um Aktivitäten des Vereins Parahelp. Die spezialisierten Konsiliardienste für Kinder und Jugendliche sind, wo sie bestehen, in praktisch allen Kantonen unabhängig von den hier erfassten MPCD organisiert.

Angesichts der Vielfalt von Umsetzungsformen, die als regional differenzierte Lösungen unter regional unterschiedlichen Voraussetzungen entstanden sind, können die Zweckmässigkeit der gewählten Organisationsformen und die Wirksamkeit der von den MPCD ausgehenden Aktivitäten und Leistungen nicht allein aufgrund der Strukturqualität beurteilt werden. Eine Erarbeitung von zusätzlichen anerkannten, objektiven Kriterien auf der Ebene der Prozess- und Ergebnisqualität ist notwendig, um eine kontinuierliche Evaluation des Entwicklungsstands zu ermöglichen. Ein wichtiger Zwischenschritt wäre dabei bereits die Verständigung der MPCD auf eine einheitlichere Erfassung von aussagekräftigen Leistungskennzahlen, von Zuweisungen und Überweisungen und eine einheitlichere Ableitung von Fallcharakteristika aus anonymisierten Assessmentdaten. Da die Qualität der Palliativversorgung im gewohnten Wohnumfeld wesentlich vom Zusammenspiel zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung getragen wird, müssen konsequenterweise auch Indikatoren für die Qualitätssicherung und -messung der Grundversorgung entwickelt werden.

3. Mobile Palliative-Care-Dienste können sich aufgrund ihrer Brückenfunktion, ihrer interprofessionellen Ausrichtung, ihrer konsiliarischen Tätigkeiten und speziellen Aufgaben in der Palliativversorgung nicht aus den Erträgen ihrer Leistungen finanzieren, sondern nur über einen expliziten Leistungsauftrag der öffentlichen Hand und zum Teil durch den Einbezug von Spendengeldern. Die Mittel, die von der öffentlichen Hand oder über Stiftungs- und Spendengelder an die MPCD fliessen, bestimmen letztlich die Organisationsstrukturen, die Anbindung und das Leistungsspektrum der MPCD. Die finanziellen Ressourcen der MPCD sind in den meisten Kantonen knapp, was zu einer Vielzahl von Netzwerklösungen unter anspruchsvollen Anstellungsbedingungen (u.a. hohe Anzahl kleiner Pensen und Zweitanstellungen) geführt hat. Indem die MPCD zu einer (gewünschten) Verlagerung der Behandlungsorte beitragen, bewegen sie sich kontinuierlich im Spannungsfeld von Finanzierungslücken und Fehlanreizen, die die unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen der verschiedenen Versorgungsbereiche mit sich bringen.

Die MPCD können ihre medizinischen und pflegerischen Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz nur abrechnen, wenn sie diese den Patientinnen und Patienten selbst in Rechnung stellen können. Die Erträge der MPCD aus ihren Leistungen werden deshalb im Wesentlichen durch die Grenzen des Tarmed und der Krankenpflegeleistungsverordnung und der Verrechenbarkeit von Leistungen gegenüber den Patientinnen und Patienten bestimmt.

Nicht abgerechnet werden können deshalb die Teilnahme der Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden an interprofessionellen Austauschsituationen und Weiterbildungen, ihre Mitarbeit in der Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Qualitätssicherung sowie das «Coaching» von ärztlichen und pflegenden Kolleginnen und Kollegen der Grundversorgung. Dasselbe gilt für den Einsatz von

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 95/122

Pflegenden eines MPCD in einer Institution der Langzeitpflege. Der administrative Aufwand dürfte auch die Weiterverrechnung von telefonischen Kurzberatungen in vielen Fällen übersteigen. Gewisse Leistungen könnten anderen Institutionen verrechnet werden und damit die Erträge der MPCD selbst gesteigert werden. Dagegen spricht, dass dies häufig zu einer blossen Kostenverlagerung von einer Institution der öffentlichen Hand zu einer anderen Institution der öffentlichen Hand führen und zudem noch eine zusätzliche Barriere für die Inanspruchnahme dieser Leistungen mit sich bringen würde. Diese Kosten der MPCD werden letztlich im Rahmen der Leistungsaufträge von der öffentlichen Hand getragen und stehen in den öffentlichen Finanzhaushalten mit anderen Aufgaben in Konkurrenz um ungebundene Mittel. Analoges gilt für einen erweiterten Auftrag der MPCD, beispielsweise das soziale Umfeld eines Palliativpatienten vorausschauend zu stärken, die Entscheidungsfindung in komplexen und ethisch herausfordernden Situationen zu unterstützen oder sich in der Bildung und Öffentlichkeitsarbeit zu engagieren.

In den Kantonen, bei denen die Finanzierungsverantwortung für die Langzeitpflege und für die Palliative Care ausserhalb der Spitäler bei den Gemeinden liegt, finden sich sehr viel eingeschränktere Leistungsaufträge an die MPCD als in Kantonen mit einem übergeordneten kantonalen Leistungsauftrag. Dies zeigt, dass es für die Gemeinden schwieriger ist, eine übergeordnete Koordination einzuleiten und die Finanzierung eines umfassenderen Leistungsauftrags sicherzustellen.

Die Verrechnung der spezialisierten Palliativpflege wie auch der palliativen Pflege innerhalb der Grundversorgung gegenüber den Patientinnen und Patienten erfolgt auf der Grundlage der Verrechnung der Langzeitpflege. Dies bedeutet, dass die Krankenversicherung nur den üblichen Beitrag an die Pflegeleistungen entrichtet. Aufgrund verschiedener Faktoren wie

- die höhere Qualifikation der Mitarbeitenden,
- höhere Weiterbildungskosten,
- die Vergütung von Nachtbereitschaft, Nacht- und Wochenenddiensten,
- deutlich höhere Wegzeiten,
- die Vorbereitung von Klientinnen- und Klientenaufnahmen, die sich noch im letzten Moment zerschlagen können,
- nicht verrechenbare Koordinationsleistungen,
- ein höherer Planungsaufwand in komplexen und instabilen Situationen
- und ein höherer Dokumentationsaufwand zur Einbindung aller beteiligten Partner

bei gleichzeitig im Durchschnitt markant weniger verrechenbaren Stunden pro Klientin und Klient liegen die Vollkosten eines MPCD pro verrechenbarer Stunde Pflege deutlich über denjenigen einer normalen Pflegestunde in der Grundversorgung. Für die MPCD, welche als spezialisierte Spitex oder Fachgruppe einer Spitex organisiert und finanziert sind und über keinen kantonalen Leistungsauftrag verfügen, bedeutet dies, dass sie ihre Pflegevollkosten über eine höhere Restkostenfinanzierung der öffentlichen Hand decken müssen. Neun von elf MPCD mit dieser Organisationsform erhalten gemäss ihren Angaben entweder trotz Leistungsauftrag für Palliative Care eine nicht kostendeckende Restkostenfinanzierung oder nur die allgemeinen Restfinanzierungsbeiträge für Spite-xorganisationen ohne Leistungsauftrag, welche in vielen Kantonen sehr niedrig sind oder bei null liegen. Die Deckungslücke bei den Pflegevollkosten wird hier über Spenden, Mitgliederbeiträge oder Quersubventionierungen gedeckt. Dies kann nur eine Übergangslösung sein.

Die höheren Pflegevollkosten der MPCD bei Einsätzen vor Ort werden oft zur Zugangsbarriere zur spezialisierten Versorgung, indem sie einen Fehlanreiz für die Grundversorger schaffen, Leistungen möglichst lange und umfassend selbst zu erbringen. Im Moment der Inanspruchnahme eines MPCD werden zum Teil nur dessen höhere Kosten pro geleisteter Stunde und nicht die über das ganze Jahr hinweg in der eigenen Organisation eingesparten Vorhaltekosten gesehen. Die Aufgabenteilung zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung sollte jedoch nicht über solche Fehlan-

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 96/122

reize, sondern über klare Indikationskriterien und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gesteuert werden.

In der Erhebung wurde von den MPCD mehrfach kritisiert, dass die höheren Vollkosten der Palliativpflege ausschliesslich zu Lasten der öffentlichen Hand gehen und die Krankenversicherung nur die üblichen Beiträge an die Langzeitpflege zahlt, bzw. dass es keinen eigenen Tarif der Krankenkassen für die spezialisierte Palliative Care gibt. Die Verordnung der Akut- und Übergangspflege ist in der Palliative Care nur in Ausnahmefällen möglich, wenn sie an das Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem er sich vor dem Spitaleintritt befand, gebunden ist. Ihr Beitrag an die Finanzierung der Palliative Care ist aktuell vernachlässigbar. Die explizite Aufnahme von «Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen» in die Krankenpflegeleistungsverordnung soll ein Beitrag an die MPCD und die Spitexorganisationen der Grundversorgung sein, um ihre Erträge in der Palliative Care aus den verrechenbaren KLV-Leistungen und der Restkostenfinanzierung zu steigern. Die heterogenen Antworten der MPCD auf die Frage, «wann und in welchem Umfang sie in den letzten sechs Monaten solche Koordinationsleistungen verrechnet haben», zeigen Unsicherheiten und Unklarheiten in der Anwendung dieses Artikels auf. Sie verweisen auf einen Klärungsbedarf.

Letztlich sind die finanzielle und personelle Gesamtsituation und das Leistungsspektrum der MPCD in der Schweiz in extremem Masse abhängig von der Ausgestaltung der Leistungsaufträge der öffentlichen Hand oder, alternativ, vom Einwerben erheblicher Spendengelder.

- 4. Die Bestandesaufnahme hat nochmals die Bedeutung einer engen Verzahnung und Zusammenarbeit zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung aufgezeigt, die erst einen Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung möglich macht. Zentral ist der rechtzeitige Einbezug von Palliative Care allgemein wie auch von spezialisierter Pflege und konsiliarischen Angeboten in spezifischen Fällen. Dies stösst in der Umsetzung noch regelmässig an Grenzen. Zum Teil sind auch die Indikationskriterien für den Einbezug der spezialisierten Versorgung im Einzelfall noch zu wenig operationell oder in ihrer Anwendung zwischen den Partnern der Behandlungskette zu wenig abgestimmt. Die Einteilung der MPCD in Organisationen, die vorwiegend in erster Linie oder in zweiter Linie oder in einer Mischform tätig sind, erscheint aus Sicht der Bestandesaufnahme zu abstrakt. Die Ausrichtung ist zum Teil mit der heutigen Finanzierungsform verbunden. Wo von der Finanzierung und der Basis der Zusammenarbeit zwischen MPCD und Grundversorgung her möglich, finden sich flexiblere und am Einzelfall orientierte Formen der Arbeitsteilung. Eine detailliertere Analyse des Schnittstellenmanagements und der Prozessgestaltung der verschiedenen MPCD, die auf unterschiedliche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Grundversorgung zurückschauen können, könnte einen wichtigen Beitrag für den Abbau von Zugangsbarrieren und eine optimierte kontinuierliche Begleitung von Palliative Care Patientinnen im Zusammenspiel zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung leisten.**

Die Bestandesaufnahme hat an verschiedenen Stellen nochmals die Bedeutung des rechtzeitigen Einbezugs der Palliative Care allgemein wie auch der konsiliarischen Angebote und der spezialisierten Versorgung in indizierten Fällen aufgezeigt. Ein wichtiger Hinderungsgrund liegt sicher bei den Patientinnen, Patienten und Angehörigen selbst. Ihnen fehlt zum Teil das Wissen um die Möglichkeiten und Angebote der Palliative Care oder Palliative Care wird als Angebot im allerletzten Moment des Sterbens wahrgenommen. Häufig wird auch das Thema des nahenden Lebensendes zurückgedrängt oder der Wunsch, noch alleine zurecht zu kommen und nicht auf Hilfe von aussen angewiesen zu sein, steht im Vordergrund. An dieser Stelle leisten je nach Leistungsauftrag die

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 97/122

MPCD, allein oder gemeinsam mit den Grundversorgern und anderen Partnern im Netzwerk der Palliative Care, wichtige Sensibilisierungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

Mindestens ebenso gewichtige Barrieren finden sich in der Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung wie auch unter den Leistungserbringern verschiedener Berufsgruppen und Versorgungsbereiche. Konkurrenzdenken, fehlendes Wissen um die Möglichkeiten und Angebote anderer Leistungserbringer, fehlende Kenntnis der Indikationskriterien, wann ein spezialisierter Dienst beigezogen werden sollte und kann, oder unterschiedliche Finanzierungsträger stehen einer rechtzeitigen Inanspruchnahme entgegen. Weitere Hindernisse werden durch eine schlechte oder zu späte Austrittsplanung der Spitäler oder eine fehlende vorausschauende Planung in der ambulanten Versorgung selbst aufgeworfen.

In den kantonalen Konzepten werden meistens die wichtigsten Knotenpunkte des Palliativ-Netzwerkes und Dimensionen der Zusammenarbeit beschrieben. Aber dies geschieht selten in dem Detaillierungsgrad einer Prozess- und Schnittstellenlandkarte, in der beispielsweise auch die Indikationskriterien für den Einbezug der verschiedenen Partner, Alternativen bei Kapazitätsengpässen oder Kommunikationspfade und Dokumentationspflichten festgehalten wären. Aufgrund der Vielfalt der in der Schweiz umgesetzten Organisations- und Einbindungsformen der MPCD in die Palliativversorgung der Region oder des Kantons könnten die MPCD und ihre Versorgungsregionen bei der Weiterentwicklung und Dokumentation ihrer Prozesse und Schnittstellen stark von einem strukturierten Erfahrungsaustausch profitieren.

Gemäss den Empfehlungen zu den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz»⁵⁸ steht bei einem mobilen Palliativ-Care-Dienst (spitalextern) seine konsiliarische Ausrichtung im Vordergrund, d.h. die beratende und anleitende Tätigkeit des MPCD für die Zielgruppe der professionellen Betreuenden der Grundversorgung. Nur auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung und in festgelegten Situationen kann der mobile Palliativdienst auch direkt an der Behandlung und Begleitung einer Patientin, eines Patienten beteiligt sein. Die Bestandesaufnahme hat gezeigt, dass diese Ausrichtung vorwiegend bei den MPCD, welche als Organisationseinheit eines Spitals (Gruppe C) oder im Rahmen eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst organisiert und finanziert sind (Gruppe E), zu finden ist. Die MPCD der anderen Gruppen A, B und D sind mehrheitlich hingegen konsiliarisch/beratend und in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig. Diese unterschiedlichen Schwerpunkte in der Ausrichtung sind zum Teil mit der Finanzierungsform, der Bevölkerungsdichte in der Versorgungsregion und der Organisation der Spitex-Grundversorgung verbunden. Die Einteilung der MPCD in Organisationen, die vorwiegend in erster Linie oder in zweiter Linie oder in einer Mischform tätig sind, erscheint aus Sicht der Bestandesaufnahme zu abstrakt. Wo von der Finanzierung und der Basis der Zusammenarbeit zwischen MPCD und Grundversorgung her möglich, finden sich flexiblere und am Einzelfall orientierte Formen der Arbeitsteilung. Einsätze vor Ort vergrössern die Handlungsspielräume der MPCD, auf strukturelle Defizite der Grundversorgung wie fehlende Nachtdeckung oder Kapazitätsengpässe (auch in der hausärztlichen Versorgung) zu reagieren, rasch zu handeln und die Anzahl beteiligter Personen, wenn angezeigt, zu reduzieren, wie auch Patientinnen, Patienten und Angehörige in Situationen direkt zu unterstützen, in denen die Grundversorger bislang nicht involviert waren. Zudem finden sich in den Dokumenten und Jahresberichten einzelner MPCD Hinweise darauf, wie wichtig für die Pflegefachpersonen der MPCD die Möglichkeit zum Aufbau einer vertieften pflegerischen Beziehung zu den Patientinnen, Patienten und Angehörigen

⁵⁸ Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 28.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 98/122

in einzelnen Fällen ist. Ein zu punktueller oder rein auf Notfallsituationen beschränkter Einbezug kann ihre Arbeit stark einschränken und zu einer hohen Belastung führen.

Einsätze der MPCD mit verrechenbaren medizinischen und pflegerischen Leistungen vor Ort schaffen strukturell und von den Prozessen her aber gleichzeitig neue Herausforderungen, weil sie potenziell die Konkurrenz zu den Grundversorgern verstärken, einen gewissen Druck von der Grundversorgung zur Weiterentwicklung ihrer eigenen Kompetenzen und ihres eigenen Angebots nehmen und viel stärker als bei einer rein konsiliarischen Ausrichtung auf klare Triageprozesse und Indikationskriterien für den Einsatz der MPCD angewiesen sind. Letzteres gilt auch mit Blick auf die Problematik unterschiedlicher Kostenstrukturen und Finanzierungsträger.

Ein wirkungsvolles Zusammenspiel von spezialisierter Versorgung und Grundversorgung sowie zwischen den verschiedenen Berufsgruppen setzt deshalb eine vertrauensvolle Zusammenarbeit bei gleichzeitig klaren Prozessen und Indikationskriterien voraus. Auch hier könnten die MPCD von der Vielfalt der Umsetzungsformen und Erfahrungen in den verschiedenen Kantonen und Versorgungsformen profitieren, um die Grundlagen kontinuierlich weiter zu entwickeln.

5. Aufgrund ihrer wichtigen Stellung im Netz der Palliativversorgung von Patientinnen und Patienten im gewohnten Wohnumfeld erfahren die mobilen Palliative-Care-Dienste recht unmittelbar die Gründe, die einen Verbleib der Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld erschweren oder zu vermeidbaren Hospitalisierungen führen. In der Bestandaufnahme wurden von den MPCD verschiedene Herausforderungen genannt, die aus Sicht der Autorin und des Autors des Berichts eine zukünftige, vertiefte Bearbeitung verdienen. Zu den Herausforderungen, die in den voranstehenden Schlussfolgerungen noch nicht angesprochen oder nur gestreift wurden, gehören Themen wie Sicherstellung der Nachtabdeckung, Stärkung der medizinischen/hausärztlichen Grundversorgung, bessere Einbindung von Institutionen von Menschen mit einer Behinderung, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen in die Palliative Care, konsiliarische/beratende Tätigkeit der MPCD für die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten, Stärkung der sozialen Netze und Ausbau von Entlastungsangeboten für Angehörige, Unterstützung in der Entscheidungsfindung und bei ethischen Fragen in komplexen Situationen, Hilfestellung bei erschwerten Rahmenbedingungen wie Selbst- und Fremdgefährdung, häuslicher Gewalt oder einer psychischen Diagnose, Personalrekrutierung der MPCD und Ausgestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen.

Aufgrund ihrer wichtigen Stellung im Netzwerk der Palliativversorgung erfahren die MPCD recht unmittelbar die Gründe, die einen Verbleib der Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld erschweren oder zu vermeidbaren Hospitalisierungen führen. Darüber hinaus bezeichneten sie in der Erhebung Herausforderungen, die aus ihrer Sicht in den heutigen kantonalen und nationalen Versorgungskonzepten noch zu wenig berücksichtigt werden. Eine zukünftige, vertiefte Bearbeitung dieser Punkte erscheint aus Sicht der Autorin und des Autors des Berichts lohnenswert. Zu den Herausforderungen, die in den voranstehenden Schlussfolgerungen noch nicht angesprochen oder nur gestreift wurden, gehören die folgenden Themen:

- **Sicherstellung der Nachtabdeckung** (24 Stunden / 7 Tage) in der Palliative Care (Grundversorgung und spezialisierte Versorgung): Die Bestandaufnahme zeigt grosse regionale Unterschiede in der Nachtabdeckung durch MPCD und Grundversorgung. Für die Patientinnen, Patienten und Angehörigen stellt die Nachtabdeckung eine wesentliche Absicherung bei der Betreuung im gewohnten Lebensumfeld dar, die in verschiedenen Regionen nicht gegeben ist. Hier besteht ein Bedarf nach einer vertieften Abklärung und gegebenenfalls weiteren Massnahmen. Einzelne MPCD weisen darauf hin, dass ein Pikettdienst allein nicht genügt, sondern die Abdeckung von Nachteinsätzen in der Palliative Care notwendig ist.

- **Stärkung der medizinischen Grundversorgung und hausärztlichen Versorgung** in Palliative Care: Die MPCD weisen auf die grosse Bedeutung der medizinischen Grundversorgung und hausärztlichen Versorgung für die Palliative Care im gewohnten Wohnumfeld hin, gleichzeitig aber auch auf grosse regionale Unterschiede im Ausbildungs- und Wissensstand sowie der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit. In den heutigen Modellen der MPCD und ihren Leistungsaufträgen ist die konsiliarische Tätigkeit gegenüber dieser Gruppe von Leistungserbringern unterschiedlich abgebildet und eingeschlossen, ebenso die Möglichkeiten der MPCD für weitere Formen der Unterstützung im Rahmen von Weiterbildungsangeboten oder Sensibilisierungsarbeit. Nur rund die Hälfte der MPCD hat direkt mindestens eine Ärztin oder einen Arzt in ihrem Team angestellt. Wichtig wäre eine vertiefte Evaluation, ob die direkte Einbindung via Anstellung Unterschiede gegenüber einer Einbindung via Netzwerkstrukturen ausmacht und wenn ja, welche.
- **Bessere Einbindung von Institutionen für Menschen mit einer Behinderung, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen** in die Palliative Care: Diese Institutionen sind heute häufig noch viel schwächer als Institutionen der stationären Langzeitpflege in die Palliative Care eingebunden. Die MPCD fordern hier eine grössere Zugangsgerechtigkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner zu den Leistungen der Palliative Care. Des Weiteren wurde in den Antworten einzelner MPCD darauf hingewiesen, dass stationäre Angebote für jüngere Menschen mit einer fortgeschrittenen chronischen Erkrankung fehlen.
- **Konsiliarische/beratende Tätigkeit der MPCD für die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten:** Patientinnen und Patienten werden in der Broschüre zu den Versorgungsstrukturen in der Schweiz als sekundäre Zielgruppe der MPCD bezeichnet. Die Angaben der MPCD zur Intensität ihrer Inanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten selbst weist auf einen hohen Bedarf dieser Zielgruppe an Beratung und Orientierung hin. Es ist zu überprüfen, welche alternativen Anlauf- und Beratungsstellen ausserhalb der MPCD für sie in den Kantonen und Versorgungsregionen geschaffen wurden und unter welchen Bedingungen die Patientinnen und Patienten zu einer gleichbedeutenden Zielgruppe der MPCD aufgewertet werden müssten.
- **Stärkung der sozialen Netze und Ausbau von Entlastungsangeboten für Angehörige:** Eine Schwächung der sozialen Netze und die Überlastung und Erschöpfung der Angehörigen sind zentrale Gründe, an denen die Begleitung im gewohnten Lebensumfeld bis zum Lebensende häufig scheitert. Das Netzwerk der Palliativversorgung trägt nur, wenn Massnahmen getroffen werden können, die eine Erschöpfung und Dekompensation der Angehörigen verhindern. Die MPCD haben den Zugang zu Fachpersonen der Sozialberatung, zu Psychoonkologinnen und Psychoonkologen oder zur Freiwilligenarbeit unterschiedlich in ihre Organisation und ihre Organisationsziele integriert. Darüber hinaus bedarf es einer aktiven Netzwerkarbeit, um eine aktuelle Übersicht über Entlastungsangebote und Anbieter zu pflegen und sie zielgerichtet vermitteln zu können, ohne dass zu viele Zwischenstellen durchlaufen werden müssen. Auf beiden Ebenen wäre es wichtig, die verschiedenen Ansätze der MPCD genauer zu erfassen und ihre Auswirkungen auf die sozialen Netze vertiefter zu evaluieren.
- **Unterstützung in der Entscheidungsfindung und bei ethischen Fragen in komplexen Situationen sowie Hilfestellung bei erschwerten Rahmenbedingungen wie Selbst- und Fremdgefährdung, häuslicher Gewalt oder einer psychischen Diagnose:** Eine wichtige Aufgabe sehen die MPCD auch in der Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien in der Entscheidungsfindung und bei ethischen Fragen in komplexen Situationen, darunter beispielsweise Nachdenken über Suizid oder den Einbezug von Sterbehilfeorganisationen. Eine weitere Herausforderung liegt für sie in der Hilfestellung bei erschwerten Rahmenbedingungen wie Selbst- und Fremdgefährdung, häuslicher Gewalt oder einer psychischen

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 100/122

Diagnose. Den einzelnen MPCD stehen für diese Aufgaben unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung. Es sind Situationen, in denen die MPCD und Grundversorger heute oft noch an ihre Grenzen stossen und die den Verbleib im eigenen Wohnumfeld gefährden.

- **Personalrekrutierung der MPCD und Ausgestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen:** Drei Viertel aller MPCD geben an, dass es für sie eine Herausforderung ist, geeignet qualifiziertes Personal zu finden. Hohe Anforderungen an die Fachpersonen der MPCD treffen auf einen Mangel an Personen mit einem hohen Ausbildungsniveau in Palliative Care. Der Mangel an ausreichend qualifiziertem Personal zeigt sich nicht nur auf der Ebene Pflege, sondern sehr stark auch bei den Ärztinnen und Ärzten. Den hohen Anforderungen an berufliche und persönliche Qualifikationen stehen herausfordernde, zum Teil sogar unattraktive Arbeitsbedingungen gegenüber. Darunter fallen die Bereitschaft der Mitarbeitenden, 24 Stunden verfügbar zu sein oder Pikettdienst über Nacht und an den Wochenenden zu leisten, eine stark wechselnde Arbeitsauslastung aufgrund schwankender Patientenzahlen und wechselnder Komplexität einzelner Fälle, zum Teil lange Wegzeiten oder auch eine Beschränkung auf kleine Pensien. Diese Ausgangslage verweist nicht nur auf die Bedeutung eines guten Angebots an Aus- und Weiterbildung in Palliative Care und der Förderung von Weiterbildungen ihrer Mitarbeitenden durch die MPCD, sondern auch der Konsolidierung der Arbeitsbedingungen.

8. Bibliografie

- Bundesamt für Gesundheit, palliative ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.
- Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2013), Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege).
- 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 (2011), Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care.
- Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2009). Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012.
- Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung (2012). Schreiben an die Verbände zur Umsetzung von Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV). <http://upload.sitesystem.ch/131D5358A8/4BFEA0B204/4620C1F1A5.pdf>
- Cornaz, S. et al. (2012), Evaluation du programme cantonal de soins palliatifs dans le canton de vaud. Rapport final. Lausanne: Raisons de santé 201.
- Gesundheitsamt Thurgau. (2010). Palliative Care Thurgau Umsetzungskonzept.
- GfK Switzerland AG (2009): Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Ferrari Schiefer Valeria, Solioz Emmanuel, Voll Peter (2010): Equipe mobile de Soins Palliatifs: Estimation des Besoins 2011-2021. Rapport à l'attention du Réseau Santé Valais. Sion: HES SO.
- Fournier Frédéric (2013): Développement d'une équipe mobile de soins palliatifs: Expériences, vision et perspectives. In: Bulletin Suisse du Cancer, Nr. 1/2013
- Groh Gesa, Vyhnaek Birgit, Feddersen Berend et. Al (2013): Effectiveness of Specialized Outpatient Palliative Care Service as Experienced by Patients and Caregivers. In: Journal of Palliative Medicine. Vol. 15: 8
- Hoenger, C. (2010), Programm des Kantons Waadt zur Entwicklung von Palliative Care – Zusammenarbeit zwischen der Spitex und den mobilen Palliative-Care-Teams. Paper presented at the Spitex-Kongress, Biel.
- Imhof, L., Waldboth, V. Kipfer, S. (2013), Evaluation der Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich. Forschungsbericht des Bereichs Forschung und Entwicklung Pflege, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Winterthur: ZHAW. http://www.spitex-zuerich.ch/fileadmin/customer/Download-Dokumente/Spitex_allgemein/Management_Summary_ZHAW-Studie_PallCare.pdf
- Junker, Ch. (2012). Inventar der Datensituation über Palliative Care. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de>.

Luzern, 13. Januar 2014

Seite 102/122

- Krebsliga Ostschweiz (2011): Fusionsbericht zum Zusammenschluss zwischen den Krebsligen St.Gallen - Appenzell und Glarus zum Verein, St. Gallen und Glarus.
- Neuenschwander, H., & Gamondi, C. (2012). Netzwerk Palliative Care - Das Tessiner Modell. In K. Wegleiter, K. Heimerl & A. Heller (Eds.), *Zu Hause sterben - der Tod hält sich nicht an Dienstpläne* (pp. 419-427). Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- Obsan (2013): BAG_Lieu_Deces_Def.xlsx, im Auftrag des BAG, publiziert unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/index.html?lang=de>
- Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP) Baselland (2013): Jahresbericht 2012, Basel.
- palliative.ch (2013), Ausbildungsniveaus in Palliative Care, publiziert unter: http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_2_2_dt_Ausbildungsniveaus_Palliative_Care.pdf
- Palliativ Luzern. (13.11.2008). Konzept - Palliative Care im Kanton Luzern.
- Palliative Care Netzwerk Thun. (2012). Konzept Mobile Palliative Dienste (MDP) im Netzwerk palliative vaud. Unter <http://www.palliativevaud.ch/fr/equipemobile.php>
- Palliativ Zentrum Hildegard, Unter <http://www.pzhi.ch/de/angebot/angebot-mpct.html>
- SGK-S (2012). Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 13. August 2012. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen.
- SGK-S (2011). Umsetzung Pflegefinanzierung. Bericht vom 26. April 2011. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2013). Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care in der ambulanten Pflege und der Langzeitpflege.
- Trütsch, M., & Grünig, S. (2012). Palliative Care im Kanton Schwyz - Umsetzungskonzept.
- Wyss, N. & Coppex, P. (2013). Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013.

Anhang: Erhebungsbogen (deutsche Version) der Befragung der MPCD im Oktober 2013**Mobile Palliative-Care-Dienste – Bestandesaufnahme für die Schweiz****Hintergrund und Fokus der Erhebung**

Den mobilen Palliativ-Care-Diensten (MPCD) kommt im Netzwerk der palliativen Versorgung in der Schweiz eine hohe Bedeutung zu. Die bestehenden Angebote an mobilen Palliativ-Care-Diensten sind regional sehr unterschiedlich organisiert und wurden bislang nicht systematisch erfasst und dargestellt.

Diese nationale Erhebung erfolgt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und mit Unterstützung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Fachgesellschaft palliative.ch. Sie richtet sich an alle in der spitalexternen Versorgung tätigen mobilen Palliative-Care-Dienste der Schweiz. Sie verfolgt einerseits das Ziel, Organisationsstrukturen, Leistungsangebot und Einbindung der bestehenden Angebote in der Versorgungsregion systematisch aufzuarbeiten und darzustellen. Andererseits wird erfasst, welche Finanzierungsformen und -träger heute existieren und welche Herausforderungen sich den MPCD bei der Finanzierung stellen.

Diese erstmalige, systematische Bestandesaufnahme soll einen Beitrag zur Orientierung der Kantone, Gemeinden und weiteren Akteure der Gesundheitsversorgung für die Planung und den Ausbau der Angebote leisten.

Wir danken Ihnen schon heute für Ihr Engagement! Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen elektronisch auszufüllen (siehe entsprechendes Mail) und spätestens bis am **6. November 2013** an angela.bommer@hslu.ch zurückzusenden. Dies erleichtert uns die Auswertung massgeblich. Falls Sie den Fragebogen auf Papier ausfüllen möchten, senden Sie ihn bitte mit beiliegendem Antwortcouvert ebenfalls bis am 6.11.2013 an uns zurück.

Die Bearbeitung des Erhebungsbogens nimmt ca. 120 Minuten in Anspruch und ermöglicht eine systematische und detaillierte Bestandesaufnahme zur Situation und geplanten Entwicklung der mobilen Palliative-Care-Dienste in der Schweiz. Der Auswertungsbericht wird im Dezember 2013 vorliegen.

Die Ergebnisse werden vor der Veröffentlichung des Schlussberichts im **Validierungsworkshop am 28. November 2013, 09.30 bis 12.00 Uhr**, im **Haus der Kantone in Bern** mit allen Teilnehmenden überprüft. Wir bitten Sie, sich diesen Termin bereits heute zu reservieren und sich bis zum 6. November per Mail unter angela.bommer@hslu.ch anzumelden.

Zur Klärung offener Fragen oder falls Sie den Erhebungsbogen gerne im Rahmen eines Telefoninterviews mit einem Mitglied des Projektteams bearbeiten möchten, wenden Sie sich bitte an Angela Bommer: angela.bommer@hslu.ch oder 041 228 99 20

Bitte beantworten Sie alle Fragen und beschreiben Sie möglichst präzise die aktuelle Situation Ihrer Organisation. Wir begrüßen es sehr, wenn Sie Mitarbeitende Ihres MPCD, die in ihrer täglichen Arbeit in engem Kontakt mit dem Unterstützungsbedarf anderer Leistungserbringer, der Patientinnen, Patienten oder Angehörigen stehen, in die Bearbeitung des Erhebungsbogens einbeziehen.

Vertraulichkeit

Wir sichern allen Teilnehmenden der Studie **Vertraulichkeit** in dem Sinne zu, dass alle personenbezogenen oder organisationsspezifischen und betriebswirtschaftlichen Daten, die nicht für die Öffentlichkeit bestimmt sind, vertraulich behandelt werden. Sie werden soweit anonymisiert oder aufgearbeitet, dass sie der strukturierten Bestandesaufnahme dienen, aber keine Rückschlüsse auf vertrauliche Daten einzelner Organisationen erlauben. Die Ergebnisse der Erhebung werden vor der Veröffentlichung des Schlussberichts im Validierungsworkshop mit allen Teilnehmenden überprüft.

Vielen Dank für die Zusammenarbeit!

Matthias Wächter  Angela Bommer 

Matthias Wächter

Angela Bommer

Allgemeine Angaben zu Ihrem mobilen Palliative-Care-Dienst (MPCD)

Für welchen mobilen Palliative-Care-Dienst bzw. welchen Standort füllen Sie diesen Erhebungsbogen aus?

Angaben zu Ihrer Person

Name und Vorname:

Funktion:

Telefon: Email:

Kontaktperson für Rückfragen (falls abweichend)

Name und Vorname:

Funktion:

Telefon: Email:

A Ziele und Aufgaben des mobilen Palliative-Care-Dienstes**Ziele Ihres MPCD**

A1 Verfügt Ihr MPCD über ein verbindliches, schriftlich festgelegtes Konzept oder eine entsprechende Strategie? (*Falls möglich, bitte bei Rücksendung des Fragebogens beifügen.*)

Ja Geplant, soll in Monaten vorliegen. Nein

A2 Welches sind die wichtigsten drei (strategischen) Ziele Ihres MPCD?

Ziel 1: (bitte angeben)

Ziel 2: (bitte angeben)

Ziel 3: (bitte angeben)

Zentrale Aufgaben/Angebote Ihres MPCD

A3 Welches sind gemäss Konzept/Strategie die zentralen Angebote Ihres MPCD?

Angebot 1: (bitte angeben)

Angebot 2: (bitte angeben)

Angebot 3: (bitte angeben)

Angebot 4: (bitte angeben)

A4 Welche Aussage trifft für die Ausrichtung der Tätigkeitsbereiche Ihres MPCD zu?

- Ausschliesslich konsiliarisch/beratend tätig
- Überwiegend konsiliarisch/beratend tätig, nur in Ausnahmefällen direkte medizinisch-therapeutische Behandlung oder pflegerische Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort
- Konsiliarisch/beratend und in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig
- Vorwiegend in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig, mit einem kleinen Anteil an konsiliarischer/beratender Tätigkeit
- Ausschliesslich in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig, nicht oder nur in Ausnahmefällen konsiliarisch/beratend tätig
- Andere Ausrichtung:

Zielgruppen und Ausrichtung der konsiliarischen Tätigkeit Ihres MPCD

Falls Ihr MPCD nicht konsiliarisch tätig ist, gehen Sie bitte direkt zu Frage A7!

A5 An welche Zielgruppen richtet sich die konsiliarische Tätigkeit Ihres MPCD?

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Zielgruppen im Rahmen der konsiliarischen/beratenden Tätigkeit Ihres MPCD im Konzept oder Leistungsauftrag vorgesehen sind?

Bitte nehmen Sie darüber hinaus eine grobe Abschätzung der Intensität der Inanspruchnahme in den vergangenen sechs Monaten anhand einer Skala von 1 bis 5 vor:

5 = Täglich, 4 = Mehrmals wöchentlich, 3 = zwei bis acht Mal im Monat, 2 = einmal im Monat oder weniger, 1 = Nie

An welche Zielgruppen richtet sich die konsiliarische Tätigkeit Ihres MPCD?	A5a		A5b
	Im Konzept/Leistungsauftrag vorgesehen		Intensität der Inanspruchnahme von Leistungen (1-5)
	Ja	Nein	
Hausärztinnen/-ärzte, niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Öffentlich-gemeinnützige Spitexorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Private, erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freischaffende Pflegefachpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alters- und Pflegeheime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sozialmedizinische Institutionen für Menschen mit Behinderungen sowie Suchtkranke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spitäler (Akut, Psychiatrie, Rehabilitation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Fachpersonen im Bereich Palliative Care:			
Sozialarbeitende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seelsorgende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychologinnen/Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patientin/Patient selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vereine / NPO im Bereich Palliative Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere (bitte ergänzen)			
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A6 Welche Leistungen stehen im Zentrum der konsiliarischen/beratenden Tätigkeit Ihres MPCD?
 (Mehrfachantworten möglich)

Bitte überprüfen Sie, welche der untenstehenden Leistungen unter die konsiliarischen/beratenden Tätigkeiten Ihres MPCD fallen, und nehmen eine grobe Abschätzung der Intensität der Inanspruchnahme in den vergangenen sechs Monaten anhand einer Skala von 0 bis 5 vor:

(0 = Nicht im Konzept/Leistungsauftrag vorgesehen, 5 = Täglich, 4 = Mehrmals wöchentlich, 3 = zwei bis acht Mal im Monat, 2 = weniger als zwei Mal im Monat, 1 = Nie).

Bitte tragen Sie darüber hinaus bei der Inanspruchnahme die wichtigsten Zielgruppen dieser konsiliarischen Tätigkeiten gemäss Frage A5 ein.

Bitte ergänzen Sie die Art der Beratung, die Sie anbieten (Mehrfachantwort möglich).

Welche Leistungen stehen im Zentrum der konsiliarischen/beratenden Tätigkeit Ihres MPCD? (Mehrfachantworten möglich)	A6a Inanspruchnahme		A6b Art der Beratung (Mehrfachantwort möglich)	
	Intensität (0–5)	Wichtigste Zielgruppen	Telefonisch	Vor Ort
Anleitung und Beratung bei der Schmerz- und Symptombekämpfung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung und Beratung bei weiteren spezialisierten medizinischen und pflegerischen Palliative Care Leistungen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung und Beratung in der pädiatrischen Palliative Care			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination, Abklärung und Beratung bei Übergängen zwischen Versorgungsbereichen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung und Einsatz von Hilfsmitteln			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologische oder psychologische Unterstützung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelsorgerische Unterstützung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial- und Finanzberatung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zu und Vernetzung mit weiteren Unterstützungsangeboten			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung in der Entscheidungsfindung der Palliativpatientinnen / der Angehörigen angesichts des fortschreitenden Krankheitsverlaufs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsangebote für Fachpersonen, andere Institutionen und «Laien»			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung, Konzept- oder Projektarbeit für andere Organisationen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinationsaufgaben auf der Ebene von Institutionen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentlichkeitsarbeit / Sensibilisierung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Dienstleistungen: 1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Dienstleistungen: 2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Dienstleistungen: 3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen oder Ergänzungen zu Frage A6

.....

Medizinische, therapeutische oder pflegerische Leistungen Ihres MPCD direkt bei der Patientin/dem Patienten vor Ort

Falls Ihre MPCD rein konsiliarisch tätig ist, gehen Sie bitte direkt zu Frage A9!

A7 In welcher Form erbringt Ihr MPCD nach KVG verrechenbare medizinische, therapeutische oder pflegerische Leistungen direkt bei der Patientin/dem Patienten vor Ort? (Mehrfachantworten möglich)

	Medizinisch / therapeutisch	Pflegerisch
Regelmässige Versorgung der Patientinnen/Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Rahmen der Überleitung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übernahme von Koordinationsaufgaben / Case-Management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung der/des Hausärztin/-arztes oder von Pflegefachpersonen vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung von Patientinnen, Patienten oder Angehörigen vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktuelle Verrichtung spezifischer Tätigkeiten, subsidiär zur/zum Hausärztin/-arzt oder zur Spitex vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktuelle Verrichtung spezifischer Tätigkeiten, subsidiär zur Pflege durch Angehörige vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur in absoluten Ausnahmefällen wie Krisen oder Notfällen vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.		
Weitere Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		

Haben Sie Anmerkungen oder Ergänzungen zu Frage A7?

.....

A8a Wenn Sie nach KVG verrechenbare medizinische oder pflegerische Leistungen direkt bei der Patientin / dem Patienten vor Ort erbringen, sind Sie tätig...

... <u>nur</u> in der spezialisierten Palliative Care	<input type="checkbox"/>
...in der spezialisierten Palliative Care <u>UND</u> der Grundversorgung	<input type="checkbox"/>

A8b Falls Ihr MPCD Leistungen in der spezialisierten Versorgung UND in der Grundversorgung anbietet, erläutern Sie bitte kurz, in welchem Gesamtumfang und in welchen Situationen Sie in der Grundversorgung tätig sind:

.....

Aufgaben Ihres MPCD im Bereich Nachtdeckung

A9 Besteht in Ihrer Versorgungsregion unabhängig von Ihrem MPCD bereits im Rahmen der allgemeinen ambulanten Grundversorgung eine Nachtdeckung/ein Nachtpikett?

- Nein Ja. Wenn Ja, in welcher Form und durch welche Organisation? (bitte angeben)

.....

A10 Welche Aussage trifft für Ihren MPCD im Bereich der Nachtdeckung zu (Mehrfachantworten möglich)?

	Medizinisch-therapeutisch	Pflegerisch
Der MPCD übernimmt <u>für die Patientinnen/Patienten seiner Versorgungsregion</u> im Bereich ambulante Palliative Care die Nachtdeckung (spezialisierte Versorgung und bei Bedarf auch Grundversorgung) mit Einsätzen vor Ort, weil die Nachtdeckung in der Grundversorgung <u>nicht</u> sichergestellt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der MPCD übernimmt <u>subsidiär zur bestehenden Nachtdeckung</u> anderer Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung Aufgaben der spezialisierten Palliative Care in Form eines Pikettdienstes (7 Tage, 24 Stunden erreichbar) mit Einsätzen vor Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der MPCD übernimmt <u>für ihm zugeordnete Patientinnen/Patienten</u> im Bereich ambulante Palliative Care die Nachtdeckung mit Einsätzen vor Ort (spezialisierte Versorgung und bei Bedarf auch Grundversorgung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der MPCD ist für seine konsiliarischen/beratenden Leistungen telefonisch an sieben Tagen die Woche und 24 Stunden pro Tag erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Formen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der MPCD übernimmt <u>keine</u> Aufgaben im Bereich der Nachtdeckung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Personal, Aus- und Weiterbildung

Personalbestand Ihres MPCD

B1 Wie viele Mitarbeitende aus welchen Berufsgruppen arbeiten in Ihrem MPCD?

Die Grenzen eines MPCD können je nach Organisationsform unterschiedlich gezogen werden. In der folgenden Tabelle führen wir drei Varianten der Einbindung von Mitarbeitenden an einen MPCD auf und bitten Sie, die Anzahl Mitarbeitende und (soweit möglich) die Stellenprozente gemäss diesen drei Kategorien einzutragen.

Unter **Typ A** sind Mitarbeitende zu verstehen, welche in einem direkten Anstellungsverhältnis zu Ihrem MPCD stehen.

Mit **Typ B** bezeichnen wir Mitarbeitende, die an einer anderen Organisation angestellt sind. Die Leistungen dieser Mitarbeitenden werden von Ihrem MPCD gegenüber Leistungsbezüglern abgerechnet und ihr Aufwand wird der Organisation, an der sie angestellt sind, durch Ihren MPCD zurückvergütet. Dies kann sowohl medizinische, pflegerische wie auch beratende oder administrative Leistungen oder Führungsaufgaben umfassen. (*Beispiel Pflegefachfrau, welche an einem Spital oder bei der Krebsliga angestellt ist und dort ihren Lohn erhält, aber für den MPCD arbeitet. Der Organisation wird der Personalaufwand durch den MPCD rückvergütet.*)

Bei **Typ C** denken wir an Mitarbeitende, die zwar nicht an Ihrem MPCD angestellt sind und die ihre Leistungen auch nicht über den MPCD abrechnen, die aber via einen Zusammenarbeitsvertrag mit dem MPCD oder über ein Rahmenkonzept Palliative Care einen Teil der Aufgaben eines mobilen Palliative-Care-Dienstes abdecken. (*Beispiel Unabhängige Fachperson oder ein Konsiliararzt, welcher an einem Spital oder als niedergelassener Arzt arbeitet. Ihre Leistungen werden ausserhalb des MPCD verrechnet und der Aufwand nicht via MPCD rückvergütet. Die unabhängige Fachperson oder der Konsiliararzt werden regelmässig vom MPCD beigezogen und/oder nehmen z.B. an Teamsitzungen des MPCD teil.*)

	Typ A		Typ B		Typ C	
	Anzahl Personen	Stellenprozent	Anzahl Personen	Stellenprozent	Anzahl Personen	Stellenprozent
Berufsgruppen						
Ärztin / Arzt						
dipl. Pflegefachpersonal mit Zusatzdiplom / Master						
dipl. Pflegefachpersonal						
FaGe / Hauspflegerin / FA SRK						
Auszubildende Pflege FH / HF oder FAGE						
Pflegefachpersonal oder Personal mit einer Aus- bzw. Weiterbildung im Projektmanagement- und Bildungsbereich						
Psychoonkologe/in						
Psychologe/in mit einer anderen Fachrichtung						
Seelsorger/in						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeut/in						
Physiotherapeut/in						
Ernährungsberater/in						
Geschäftsleitung						
Personal im administrativen/ buchhalterischen Bereich						
Mitarbeiterin ohne spezifische Ausbildung						
Weitere						
1.						
2.						

B2a An welchen Institutionen sind Mitarbeitende angestellt, die ihre Leistungen über den MPCD abrechnen und rückvergütet erhalten (Typ B)?

1.
2.
3.

B2b Haben Sie Anmerkungen zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit (Typ B) mit diesen Institutionen?

.....

B3a An welchen Institutionen sind Mitarbeitende angestellt, die ihre Leistungen eigenständig abrechnen, aber via Zusammenarbeitsvertrag oder ein Rahmenkonzept «Palliative Care» einen Teil der Aufgaben eines mobilen Palliative-Care-Dienstes abdecken (Typ C)?

1.
2.
3.

B3b Haben Sie Anmerkungen zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit (Typ C) mit diesen Institutionen?

.....

Weiterbildung der Mitarbeitenden Ihres MPCD

B4a Wurden von Ihrem MPCD im Jahr 2013 spezifische Weiterbildungsmassnahmen in Palliative Care für Ihre Mitarbeitenden Inhouse durchgeführt oder sind solche für 2014 geplant?

- Nein Ja. Wenn Ja, welche? (bitte angeben)

.....

B4b Wenn Ihre Mitarbeitenden externe Weiterbildungen in Anspruch nehmen, welches sind die wichtigsten Angebote? (bitte angeben)

Name des Anbieters	Weiterbildungsangebot
.....
.....
.....

B5 Beteiligt sich Ihre Organisation an der Finanzierung der Weiterbildung der Mitarbeitenden?

- Nein Ja. Wenn Ja, in welcher Form? (bitte angeben)

.....

B6 Beteiligen sich Kanton und Gemeinden an der Finanzierung der Aus- und Weiterbildung in Palliative Care für Mitarbeitende Ihres MPCD? (Mehrfachantworten möglich)

Art der Beteiligung	Kanton	Gemeinden	Nein	Nicht bekannt
Ja, durch explizit ausgewiesene Beiträge an den MPCD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, im Rahmen der anerkannten Vollkosten pro geleistete Stunde des MPCD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, über eine personenbezogene, individuelle Bewilligung von Ausbildungsbeiträgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, durch Beiträge an Ausbildungsinstitutionen oder Subventionierung von Lehrgängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Formen (bitte angeben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B7 Fehlen aus Ihrer Sicht gegenwärtig bestimmte spezifische Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende auf dem für MPCD notwendigen Ausbildungsniveau? (Mehrfachantworten möglich)

- Nein Ja, auf nationaler Ebene Ja, auf regionaler Ebene

Wenn ja, welche? Zu welchen Themen? (bitte angeben)

.....

B8a Bieten Sie Ihren Mitarbeitenden regelmässige Möglichkeiten zur Supervision oder Intervention an?

- Nein Ja. Wenn Ja, in welcher Form? (bitte angeben)

.....

B8b In welchem Rahmen und innerhalb welcher (Kommunikations-)Gefässe pflegen Sie den interprofessionellen Austausch innerhalb Ihrer Organisation? (bitte angeben)

.....

B9 War es eine Herausforderung für Ihren MPCD, geeignet qualifiziertes Personal zu rekrutieren?

- Nein Ja. Wenn Ja, inwiefern? (bitte angeben)

.....

C Koordination der Palliative Care Leistungen und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Leistungserbringern in der Versorgungsregion

Anfragen, Anmeldungen und Zuweisungen

C1a Wie häufig erfolgt bei Ihrem MPCD die erste Kontaktaufnahme für eine konsiliarische Begleitung bzw. die Anmeldung/Zuweisung von Patientinnen und Patienten durch die folgend aufgeführten Personen/Institutionen?

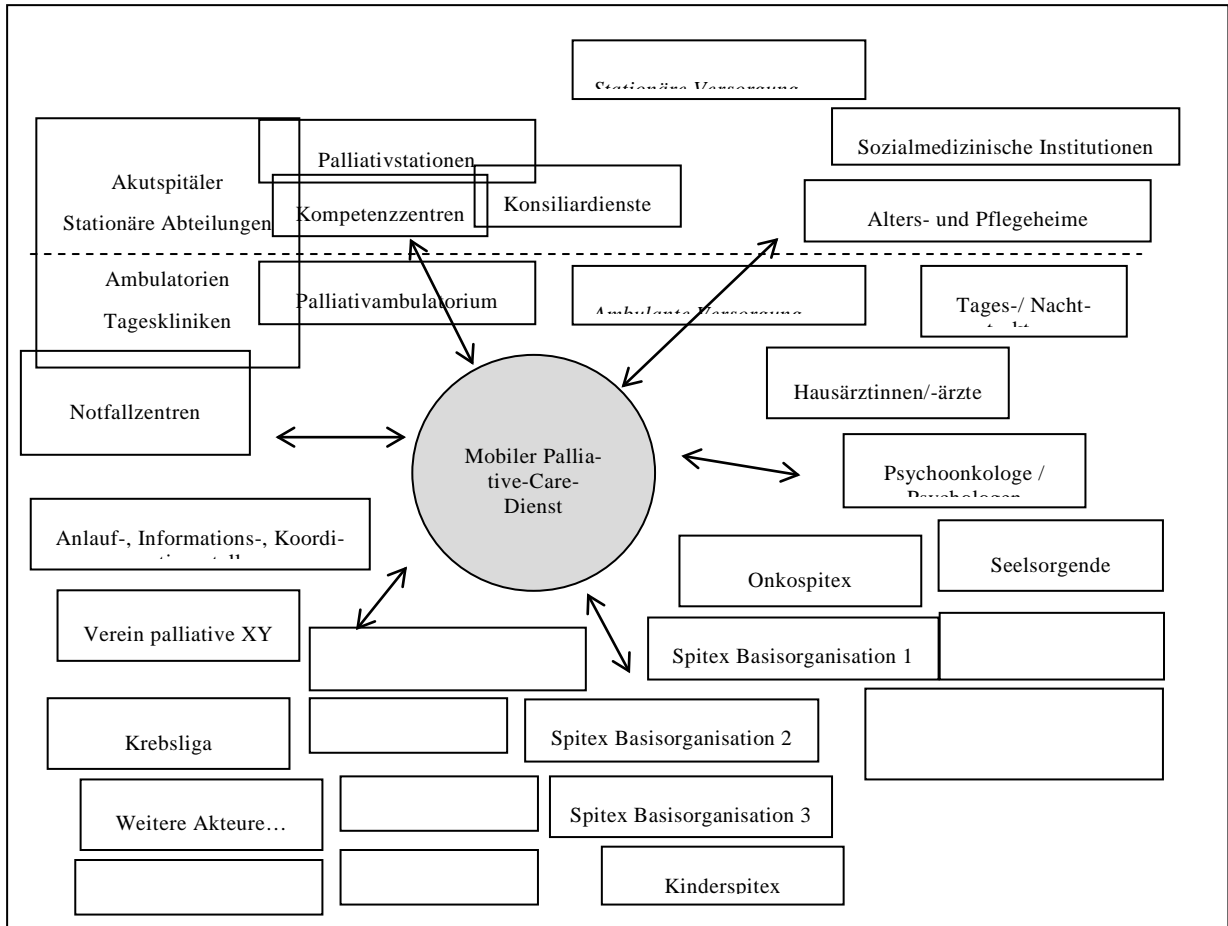
	Im Konzept / Leistungsauftrag vorgesehen	Nie	Vereinzelte Anfragen / Anmeldungen	Regelmässige Anfragen / Anmeldungen
Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentlich-gemeinnützige Spitexorganisationen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private, erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freischaffende Pflegefachpersonen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alters- und Pflegeheime	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere sozialmedizinische Institutionen wie Wohnheime	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitäler (Akut, Psychiatrie, Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Fachpersonen im Bereich Palliative Care (z.B. Sozialarbeiter, Seelsorger, Physiotherapeuten usw.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientin/Patient selbst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereine / NPO im Bereich Palliative Care	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:				
1.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C1b Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten drei Anmelde- oder Anfragekanäle?

1.
2.
3.

Vernetzte Leistungserbringung in Ihrer Versorgungsregion

Die ambulante palliative Versorgung ist nur in einem (überregionalen, regionalen, lokalen) Netzwerk sicherzustellen (siehe Grafik auf der nächsten Seite). Wir bitten Sie, sich für die Beantwortung der folgenden Fragen kurz zu überlegen, mit welchen externen Leistungserbringern Sie eng zusammenarbeiten, um Ihre Versorgungsziele zu erreichen. Welche Schnittstellen zu welchen Institutionen und Personengruppen sind aus Ihrer Sicht wesentlich für den Erfolg Ihrer (täglichen) Arbeit?



C2a Bitte führen Sie die für Ihren MPCD wichtigsten (drei bis fünf) externen Netzwerkpartner für das Erreichen der Versorgungsziele der spezialisierten Palliative Care auf und beschreiben Sie kurz die Bedeutung der Zusammenarbeit für Ihren MPCD.

Name des Leistungsanbieters	Bedeutung der Zusammenarbeit

C2b Wo liegt aus Sicht Ihres MPCD das grösste Verbesserungspotenzial in der Zusammenarbeit mit diesen Leistungsanbietern?

Name des Leistungsanbieters	Verbesserungspotenzial

Zusammenarbeit Ihres MPCD mit den Grundversorgern

C3a Haben sich in der Zusammenarbeit zwischen Ihrem MPCD und den Grundversorgern (Ärztinnen, Ärzte, Pflegefachpersonen in Spitexorganisationen und Pflegeheimen, etc.) bereits klare Rollen für alle Beteiligten ergeben?

- Ja Nein

C3b Wo liegen aus Ihrer Sicht die grössten Herausforderungen in der Zusammenarbeit Ihres MPCD mit den Grundversorgern (Ärztinnen, Ärzte, Pflegefachpersonen in Spitexorganisationen und Pflegeheimen, etc.)?

Name des Leistungsanbieters	Herausforderungen

Koordination und Kommunikation zwischen Organisationen/Institutionen

C4a Existiert in Ihrem Einzugsgebiet eine Organisation/Institution im Bereich Palliative Care, welche die Dienstleistungen und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure im Bereich Palliative Care übergreifend koordiniert?

- Nein Ja. Wenn Ja, welche? (bitte angeben)

.....

C4b Welche Kommunikationsinstrumente und Austauschgefässe stehen Ihnen in Ihrer Versorgungsregion zur Verfügung, die die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern untereinander wie auch zu den Leistungsbezüglern erleichtern?

.....

Inanspruchnahme und Einbezug Ihres MPCD

C5 Erfolgt der Einbezug Ihres MPCD mehrheitlich rechtzeitig?

- Ja Nein. Wenn Nein, was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Hinderungsgründe für einen rechtzeitigen Einbezug des MPCD?

.....

D Rechtsform, Organisationsstruktur und Trägerschaft Ihres MPCD**D1 Ist Ihr MPCD eine rechtlich eigenständige Organisation?**

- Nein Ja. Wenn Ja, welche Rechtsform hat Ihr MPCD (z.B. Verein, Stiftung, AG, GmbH, Einzelunternehmen,... – bitte angeben):

.....

D2 Ist Ihr MPCD eine von der Organisationsstruktur her eigenständige Organisation?

- Ja Nein. Wenn Nein, wie ist die Angliederung ausgestaltet (z.B. an Spital, Spitex oder Krebsliga angeschlossen, gemeinsame Geschäftsstelle mit ..., etc.)?

.....

.....

.....

.....

D3 Wie setzt sich die Trägerschaft Ihres MPCD zusammen (z.B. öffentliche Hand, Spital, Spitex, Krebsliga, andere NPO)?

.....

.....

.....

D4 Verfügt Ihre Organisation über einen Leistungsauftrag für die spezialisierte Palliative Care?

- Nein Ja. Wenn Ja, wer ist Auftraggeber/in?

.....

.....

.....

D5 Kann Ihr MPCD auf Synergien mit anderen Organisationen (z.B. gemeinsame Geschäftsstelle, Telefondienst, EDV-Infrastruktur, Rechnungsstellung, Mobilität, Marketing, Schulungsräume, etc.) zurückgreifen?

- Nein Ja, folgende Synergien mit folgenden Institutionen:

Name der Institution	Art der Synergie
.....
.....
.....

D6 Bitte umschreiben Sie kurz die Versorgungsregion Ihres MPCD (anhand einer sinnvollen politischen oder geographischen Einheit, falls möglich ergänzt durch die Anzahl Gemeinden und/oder Einwohner des Einzugsgebiets).

.....

.....

.....

D7 Seit wann besteht Ihr MPCD in der heutigen Form?

Bitte Gründungsjahr angeben:

D8 Gab es bereits ein Vorläuferprojekt Ihres MPCD?

- Nein Ja. Folgendes (bitte angeben):

.....

.....

D9 Verfügt Ihr MPCD über das Label qualitépalliative für mobile Palliative-Care-Dienste?

- Ja
- Nein
- Eine Zertifizierung ist in Planung, per:
- Wir verfügen über eine andere Zertifizierung:
- Wir streben eine Zertifizierung nicht an, weil:

D10 Haben Sie Ergänzungen und Anmerkungen zur Organisationsform oder Trägerschaft Ihres MPCD, die durch die obenstehenden Fragen nicht abgedeckt sind?

.....

.....

.....

.....

E Finanzierung und Kosten des MPCD

Der Gesamtaufwand und die Gesamteinnahmen Ihres MPCD geben einen ersten Hinweis auf den Umfang der Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich mobile Palliative Care in Ihrer Versorgungsregion. Deshalb erlauben wir uns, Ihnen die Frage nach dem Gesamtaufwand und den Gesamteinnahmen 2012 (oder falls wesentliche Änderungen in 2013: für das erste Halbjahr 2013) Ihres MPCD zu stellen.

Wir bitten Sie, wenn möglich die **Bilanz und Erfolgsrechnung** für den entsprechenden Zeitraum beizufügen, die wir in Bezug auf nicht veröffentlichte betriebliche Details **vertraulich behandeln**.

Aufwand und Einnahmen Ihres MPCD

E1 Wie hoch war der Gesamtaufwand Ihres MPCD (als Organisation oder Organisationseinheit) im Jahr 2012 (oder 1. Halbjahr 2013)?

Summe: Zeitraum:

Keine Angaben (bitte kurz begründen):

E2 Wie hoch waren die Gesamteinnahmen Ihres MPCD (als Organisation oder Organisationseinheit) im Jahr 2012 (oder 1. Halbjahr 2013)?

Summe: Zeitraum:

Keine Angaben (bitte kurz begründen):

E5c Falls die Finanzierung über Leistungsvereinbarungen mit dem Kanton, Gemeinden oder Verbänden erfolgt: Nach welchem Prinzip werden die Kosten übernommen?

- Gesamtfinanzierung des MPCD über Globalbudget
- Pauschalbeitrag oder Deckungsbeitrag an Budget / Jahresabschluss
- Finanzierung bestimmter Leistungs- resp. Kostenbereiche
- Beiträge an berechnete Vollkosten pro Leistungsstunde
- Andere Grundlage:

Die neu auf den 01.01.2012 eingeführten verrechenbaren **Koordinationsleistungen in komplexen Situationen gemäss KLV Art. 7, Abs. 2 a. 3. umfassen:** «*Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen*».

E6a Wann kommt dieser Artikel in Ihrem MPCD bei der Abrechnung von Leistungen zur Anwendung? (Bitte geben Sie stichwortartig die wichtigsten, typischen Situationen und Leistungen aus Ihrer Praxis an.)

.....

.....

.....

.....

E6b In welchem Umfang hat Ihr MPCD in den letzten sechs Monaten Koordinationsleistungen gemäss diesem Artikel verrechnet?

- Nie
- weniger als 1% aller nach KVG verrechneten Stunden
- mehr als 1% und weniger als 5 % aller nach KVG verrechneten Stunden
- mehr als 5% und weniger als 10 % aller nach KVG verrechneten Stunden
- mehr als 10% aller nach KVG verrechneten Stunden

Anmerkungen zu Frage E6b:

Leistungen in der Akut- und Übergangspflege nach KVG Art. 25a Abs. 2 und KLV Art. 7 Abs. 3. (Leistungen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, die im Spital ärztlich angeordnet werden)

E7a Wann kommt dieser Artikel in Ihrem MPCD bei der Abrechnung von Leistungen zur Anwendung? (Bitte geben Sie stichwortartig die wichtigsten, typischen Situationen und Leistungen aus Ihrer Praxis an.)

.....

.....

.....

E7b In welchem Umfang hat Ihr MPCD in den letzten sechs Monaten Leistungen **in der Akut- und Übergangspflege** gemäss diesem Artikel verrechnet?

- Nie
- bei weniger als 1% aller Klienten
- bei mehr als 1% und weniger als 5 % aller Klienten
- bei mehr als 5% und weniger als 10 % aller Klienten
- bei mehr als 10% aller Klienten

Anmerkungen zu Frage E7b:

E8a Ermöglichen die heutigen Rahmenbedingungen des Pflegeassessments, der Pflegeplanung und Abrechnung mit den Krankenkassen Ihnen eine flexible und angemessene Anpassung der Pflegeleistungen an die schnellen Veränderungen im Bedarf der Palliative Care Patientinnen und Patienten?

- Ja Nein. Wenn Nein, aus welchen Gründen? (bitte angeben)

.....

E8b Die KLV sieht vor, dass die ärztlichen Aufträge für oder Anordnungen von Pflegeleistungen vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin überprüft werden können, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Stösst Ihr MPCD hier in der Summe der von ihm und der Grundversorgung geleisteten Stunden an Grenzen?

- Nie
 Selten
 Regelmässig

Sicherstellung der Finanzierung des MPCD

E9 Wo liegen für Ihren MPCD aktuell ungelöste Herausforderungen in der Finanzierung Ihrer Organisation und Leistungen? (Bitte möglichst genau umschreiben)

1.
 2.
 3.
 4.

E10 Bis zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang ist die Finanzierung Ihres MPCD sichergestellt?

Zeitpunkt: Umfang/Deckungshöhe:

Anmerkungen:

E11 Sind auf der Ebene Kanton oder Gemeinden Vorhaben in Bearbeitung oder Planung, um die Finanzierung mittelfristig sicherzustellen?

- Nicht notwendig
 Nein
 Kanton, geplant oder in Bearbeitung
 Gemeinden, geplant oder in Bearbeitung
 Weiss nicht

Wenn Vorhaben geplant oder in Bearbeitung, welche? (bitte angeben)

.....

E12 Gibt es seitens Ihres MPCD über den aktuellen Stand hinausgehende Aktivitäten und/oder Konzepte, die Finanzierung mittelfristig sicherzustellen?

- Nicht notwendig
 Nein
 Ja

Welche? (bitte angeben)

.....

F Herausforderungen und Blick nach vorne

Herausforderungen

F1 Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Gründe, die es heute erschweren, Patientinnen oder Patienten bis zu ihrem Lebensende zu Hause oder im gewohnten Wohnumfeld zu begleiten?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

F2 Wo kommen Sie als MPCD heute an Ihre Grenzen?

.....

.....

.....

.....

.....

F3 Gibt es weitere Herausforderungen, die aus Ihrer Sicht in den heutigen kantonalen und nationalen Versorgungskonzepten für die ambulante Palliative Care noch zu wenig berücksichtigt sind?

- 1.
- 2.
- 3.

Entwicklung der Organisationsstruktur Ihres MPCD

F4 Welches Wachstum Ihres MPCD (Leistungen, Mitarbeitende) erwarten Sie in den nächsten zwei Jahren bis Ende 2015? Erfordert die prognostizierte Entwicklung Anpassungen Ihrer Organisationsstruktur?

.....

.....

.....

.....

.....

F5 Erwarten Sie in näherer Zukunft Entwicklungen im Netzwerk der Palliativversorgung (spezialisierte und Grundversorgung) in Ihrer Versorgungsregion, die einen Einfluss auf die Organisationsform und das Leistungsspektrum Ihrer Organisation haben?

- Nein Ja. Wenn ja, in welcher Form und durch wen? (bitte angeben)

.....

.....

.....

.....

.....

G Kennzahlen

G1 Kennzahlen zu den Leistungsbezügerinnen/-bezüger sowie in verschiedenen Tätigkeitsbereichen aufgewendeten und geleisteten Stunden

In der Bestandesaufnahme geht es um ein differenziertes, strukturiertes, **qualitatives** Bild der Organisationsstrukturen und des Leistungsangebots der MPCD. Uns ist bewusst, dass Zahlen zu den Leistungsbezügerinnen/-bezüger und erbrachten Leistungen zum Teil auf unterschiedlichen Voraussetzungen (Art der Erfassung, Art der Einbettung des MPCD in die Versorgungsregion, Schwierigkeiten bei der Erhebung, Zeitpunkt/Phase seit Gründung des MPCD, etc.) beruhen und nicht als absolute Zahlen interpretiert und verglichen werden können. **Sie erlauben uns aber, bestimmte Aspekte des qualitativen Bilds besser zu verstehen und zu gewichten.**

Deshalb bitten wir Sie, uns mit der Rücksendung des Fragebogens, **Kennzahlen**

- **zu den Leistungsbezügerinnen/-bezüger sowie**
- **zu den in verschiedenen Tätigkeitsbereichen aufgewendeten und geleisteten Stunden**

in der für Sie mit vertretbarem Aufwand möglichen Differenzierung separat zur Verfügung zu stellen. Wir behandeln diese, soweit sie nicht von Ihnen in Jahresberichten veröffentlicht wurden, vertraulich und werden sie nur als strukturierendes, qualitatives Element in die Bestandesaufnahme einbringen.

H Abschluss

H1 Haben Sie für die Bearbeitung des Erhebungsbogens weitere Mitarbeitende Ihres MPCD beigezogen?

- Nein Ja. Wenn ja, bitte Funktion der Mitarbeitenden angeben:

.....

.....

H2 Welche Themen haben Sie im Kontext MPCD in diesem Erhebungsbogen vermisst und würden Sie gerne an dieser Stelle noch ansprechen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

H3 Haben Sie weitere Anregungen oder Anmerkungen?

.....

.....

.....

.....

H4 Bitte listen Sie stichwortartig die Dokumente auf, welche Sie der Rücksendung des Fragebogens beigelegt haben:

1.
2.
3.
4.
5.

Bitte überprüfen Sie zum Abschluss, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme! Für Rückfragen oder weitere Informationen stehen wir Ihnen jederzeit per Mail und auch telefonisch zur Verfügung.

Wir würden uns freuen, Sie oder eine Vertreterin Ihres MPCD am Donnerstag, 28. November 2013, 09.30 - 12.00 Uhr am Validierungsworkshop im Haus der Kantone in Bern begrüßen zu dürfen.

Kontakt

Hochschule Luzern – Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Dr. Matthias Wächter

matthias.waechter@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 32

Angela Bommer

angela.bommer@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 20