



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Palliative Care in den Spitätern, Kliniken und Pflegeinstitutionen: Wo stehen wir?

Ergebnisse und Diskussion der Mitgliederbefragung von Herbst 2022

Stefan Berger, Fachverantwortlicher Gesundheitspolitik

Bern, 20. März 2023

INHALT

	Seite
0. Résumé / Zusammenfassung	3
1. Einleitung	6
1.1. Fragestellung und Zielsetzung	6
1.2. Methodik und Begriffsdefinition	6
1.3. Das Sample	7
2. Leistungsangebot	8
2.1. Übersicht	8
2.2. Entwicklung des Leistungsangebots	9
2.3. Perspektiven bezüglich spezialisierte stationäre Palliative Care	11
2.4. Behandlungspfad	12
2.4.1. Erkennen einer palliativen Situation	12
2.4.2. Bereitstellen eines palliativen Behandlungspfads	14
3. Kantonale Versorgung	16
3.1. Anschlusslösung für Patient/innen mit palliativem Bedarf	16
3.1.1. Sicht Akutsomatik	16
3.1.2. Sicht Langzeitpflege	17
3.1.3. Sicht Psychiatrie	17
3.1.4. Sicht Rehabilitation	17
3.2. Kantonale Versorgung mit spezialisierter Palliative Care	17
4. Finanzierung	20
4.1. Spezialisierte Palliative Care in der stationären Akutsomatik	20
4.2. Palliative Care in der stationären (Alters-)Psychiatrie	23
4.3. Palliative Care in der stationären Rehabilitation	25
4.4. Spezialisierte Palliative Care in der stationären Langzeitpflege	25
4.5. Ambulante Palliative Care	27
4.6. Spezifische Massnahmen der Palliative Care-Finanzierung	29
5. Wie weiter? Die Sicht der Teilnehmenden	31
5.1 Zwischenfazit	34
6. Diskussion der Befragungsergebnisse	35
6.1. Grenzen der Befragung	38
7. Anhang	39
Tabellenverzeichnis	61
Literaturverzeichnis	61

0 Résumé / Zusammenfassung

0.1 Résumé

Avec la présente enquête, H+ a dressé un état des lieux des soins palliatifs auprès de ses membres. Quelque dix années après le lancement de la stratégie nationale en matière de soins palliatifs par la Confédération et les cantons, l'association souhaite savoir où en sont les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins dans le domaine de la médecine palliative (traitement et soutien). L'enquête vise à établir la palette de prestations, la situation de l'offre au niveau cantonal et le financement. Y a-t-il lieu d'agir et, si oui, à quel égard ? Et dans quelle mesure H+ doit-elle s'engager, dans les champs politique et tarifaire, en faveur des soins palliatifs ?

Sur les 361 membres actifs et associatifs interrogés, 91 ont répondu à l'enquête, soit un taux de 25%. Parmi les participants, 60 proposent des soins palliatifs – dans le cadre d'une offre spécialisée pour 49 d'entre eux et dans le cadre des soins somatiques aigus pour 41. Des prestations ambulatoires de soins palliatifs sont (aussi) proposées par 31 membres. Cinq membres comptant une offre palliative sont actifs dans deux au moins des secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie, de la réadaptation et des soins de longue durée. Une majorité absolue des institutions participantes a enregistré au cours des cinq dernières années une augmentation du nombre d'hospitalisations (prestations de soins palliatifs généraux et spécialisés stationnaires), une majorité relative indique aussi une augmentation des prestations ambulatoires en soins palliatifs (fournies à l'interne ou obtenues à l'externe). Parmi les institutions qui proposent une offre de soins palliatifs spécialisés, toutes se déclarent prêtes à maintenir à l'avenir l'offre existante.

Les membres appliquent différentes méthodes afin d'identifier les personnes nécessitant des soins palliatifs. Le plus souvent, la décision est prise selon l'évaluation clinique des professionnels concernés : 70% des membres répondent « toujours » ou « en règle générale ». Le rapport de l'acteur qui adresse le patient constitue « toujours » ou « en règle générale » la base de décision pour la moitié des institutions. La même proportion répond que le patient est soumis « toujours » ou « en règle générale » à un assessment de base de médecine palliative, respectivement de psychiatrie palliative, à son admission. Une minorité des participants mentionnent expressément des outils spécifiques d'identification.

De manière générale, une majorité des institutions participantes déclarent qu'elles disposent d'une filière de soins palliatifs spécifique pour les patients en fin de vie et adaptée à leurs besoins – en coordination, ou non, avec les acteurs en amont ou en aval. Selon la majorité des membres, les patients qui ont besoin de soins palliatifs à l'issue d'un traitement en soins aigus trouvent « en règle générale » une bonne solution. Des problèmes apparaissent surtout en raison d'un manque d'offres ambulatoires et intermédiaires, d'un manque d'offres spécialisées dans les institutions de soins de longue durée (home, hospice) et en raison de problèmes de coordination avec les acteurs en aval. Une majorité relative ou absolue des participants considèrent que, dans presque tous les domaines de prise en charge, l'offre en soins palliatifs spécialisés disponible actuellement dans leur canton est insuffisante par rapport aux besoins effectifs. Ce n'est que dans le domaine des unités / cliniques de soins palliatifs qu'une majorité relative juge l'offre suffisante.

Au chapitre du financement, la moitié des institutions préconisent une adaptation des conditions-cadres légales visant à ce que les prestations de soins palliatifs soient mieux rémunérées qu'aujourd'hui. Les trois quarts des membres donnent la priorité au financement des prestations médicales en l'absence du patient, ainsi qu'au financement des prestations de soins ambulatoires. Pour les deux tiers, la rémunération des soins stationnaires, des prestations ambulatoires de conseil, des prestations psychosociales et spirituelles ainsi que de planification anticipée concernant la santé doit être améliorée d'urgence, respectivement doit être l'objet d'une nouvelle réglementation. De manière générale, le régime actuel de financement est évalué avec scepticisme. Le système de forfaits par cas SwissDRG, appliqué dans les soins aigus, est mis particulièrement sur la sellette : la moitié des institutions tendraient à privilégier un autre système de rémunération.

Pour les membres qui ont participé à l'enquête, les soins palliatifs revêtent une grande importance. Quatre cinquièmes estiment que H+ devrait s'engager fortement dans ce domaine, dans la perspective en particulier d'une offre suffisante ainsi que d'un financement adéquat des prestations.

0.2 Zusammenfassung

Mit vorliegender Befragung hat H+ bei seinen Mitgliedern eine Bestandsaufnahme zur Palliative Care durchgeführt. Gut zehn Jahre nach Lancierung der Nationalen Strategie Palliative Care durch Bund und Kantone möchte der Verband wissen, wo die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der palliativmedizinischen Behandlung und Betreuung stehen. Die Befragung soll Aufschluss geben über das Leistungsangebot, die Versorgungssituation und die Finanzierung palliativmedizinischer Leistungen. Gibt es Handlungsbedarf, und wenn ja, in welcher Hinsicht? Inwieweit soll sich H+ für die Belange der Palliative Care politisch und tarifpartnerschaftlich engagieren?

An der Befragung haben sich 91 Mitglieder beteiligt, das sind 25 Prozent aller 361 angefragten Aktiv- und Partnerschaftermitglieder. 60 der teilnehmenden Mitglieder bieten Palliative Care an, deren 49 weisen ein spezialisiertes Angebot auf, 41 von ihnen im Bereich Akutsomatik. 31 Mitglieder erbringen (auch) ambulante Palliative Care-Leistungen. Fünf Mitglieder sind in mindestens zwei der Sparten Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege palliativ tätig. Eine absolute Mehrheit der antwortenden Betriebe sieht in den letzten fünf Jahren eine Zunahme der Anzahl (allgemeiner wie auch spezialisierter) Hospitalisierungen, eine relative Mehrheit auch eine Zunahme der ambulanten (eigens erbrachten wie auch extern bezogenen) Palliative Care-Leistungen. Von denjenigen Betrieben, die heute ein Angebot an spezialisierter Palliative Care aufweisen, erklären sich alle bereit und in der Lage, das bestehende Angebot auch in Zukunft aufrecht zu erhalten.

Die Mitglieder wenden verschiedene Methoden an, um Patientinnen und Patienten mit palliativen Bedürfnissen zu identifizieren. Am weitesten verbreitet scheint die Entscheidung gemäss klinischer Beurteilung der beteiligten Fachpersonen: 70 Prozent der Antworten lauten «immer» oder «in der Regel». Der Bericht des zuweisenden Akteurs bildet gemäss der Hälfte der Antwortenden «immer» oder «in der Regel» die Entscheidungsgrundlage. Ebenfalls rund die Hälfte der Antwortenden erklärt, dass der Patient resp. die Patientin bei Eintritt «immer» oder «in der

Regel» ein palliativmedizinisches resp. palliativ-psychiatrisches Basis-Assessment durchlaufe. Eine Minderheit der Antwortenden wendet erklärermassen spezifische Identifikations-Tools an.

Insgesamt erklärt eine Mehrheit der antwortenden Institutionen, Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase einen spezifischen, auf deren palliativen Bedürfnisse zugeschnittenen Behandlungspfad bereitzustellen – mit oder ohne Koordination mit vor- oder nachgelagerten Akteuren. Gemäss der Mehrheit der Antwortenden finden Patientinnen und Patienten mit palliativen Bedürfnissen «in der Regel» eine gute Anschlusslösung nach der Akutbehandlung. Probleme ergeben sich primär infolge Mangel an ambulanten und intermediären Angeboten, Mangel an spezialisierten Angeboten der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime, Hospize) und aufgrund von Abstimmungsproblemen mit nachgelagerten Akteuren. In fast allen Versorgungsbereichen erachtet eine relative oder absolute Mehrheit der antwortenden Mitglieder das aktuell in ihrem Kanton verfügbare Angebot an spezialisierter Palliative Care als zu klein im Vergleich zum tatsächlich vorhandenen Bedarf. Einzig im Bereich Palliativstationen und -kliniken erachtet eine (relative) Mehrheit das Angebot als ausreichend.

Was die Finanzierung der Palliative Care-Leistungen betrifft, so befürwortet die Hälfte der Antwortenden eine Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen mit dem Ziel, dass diese Leistungen besser vergütet werden als heute. Höchste Priorität räumen rund drei Viertel der Mitglieder der Finanzierung der medizinischen Leistungen in Abwesenheit des Patienten resp. der Patientin sowie der Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen ein. Aber auch die Vergütung der stationären Pflege, der ambulanten konsiliarischen Leistungen, der psychosozialen und spirituellen Leistungen sowie der gesundheitlichen Vorausplanung sollte nach Meinung von zwei Dritteln der Antwortenden dringend besser, bzw. neu geregelt werden. Die aktuell bestehenden Finanzierungsregimes werden generell skeptisch beurteilt. Auf dem Prüfstand steht insbesondere das Fallpauschalensystem SwissDRG, das in der Akutsomatik zur Anwendung kommt: Die Hälfte der antwortenden Akutspitäler würde ein alternatives Vergütungssystem tendenziell bevorzugen.

Palliative Care hat in den Augen der antwortenden Mitglieder eine hohe Bedeutung. Vier Fünftel sind der Meinung, dass sich H+ stark für die Palliative Care engagieren sollte, namentlich im Hinblick auf eine hinreichende Versorgung sowie eine adäquate Leistungsfinanzierung.

1 Einleitung

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Mit vorliegender Befragung hat H+ bei seinen Mitgliedern eine Bestandsaufnahme zur Palliative Care durchgeführt. Gut zehn Jahre nach Lancierung der Nationalen Strategie Palliative Care durch Bund und Kantone¹ möchte der Verband wissen, wo die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der palliativmedizinischen Behandlung und Betreuung stehen. Die Befragung soll Aufschluss geben über das Leistungsangebot, die Versorgungssituation und die Finanzierung palliativmedizinischer Leistungen. Gibt es Handlungsbedarf, und wenn ja, in welcher Hinsicht? Inwieweit soll sich H+ für die Belange der Palliative Care politisch und tarifpartnerschaftlich engagieren?

Die Befragung hat H+ unter Einbezug der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative.ch) konzipiert. Sie steht im Kontext der Umsetzung der [Motion 20.4264](#), mit der das Parlament den Bundesrat beauftragt hat, die notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, damit eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung aller Menschen am Lebensende schweizweit gewährleistet ist, unter Berücksichtigung der allgemeinen und spezialisierten Angebote der Palliative Care in allen Versorgungsbereichen, ambulant, stationär sowie an Schnittstellen. Das BAG hat mit der Umsetzung begonnen und sieht einen Zeithorizont von 12-18 Monaten vor, also bis ca. Mitte 2024. Die Befragung steht zudem im Kontext laufender KVG-Reformprojekte, allen voran der Förderung ambulanter Pauschalen, der Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) sowie der Umsetzung der Volksinitiative für eine starke Pflege («Pflegeinitiative»).

1.2 Methodik und Begriffsdefinition

H+ hat die Umfrage zwischen 16. September und 7. November 2022 online durchgeführt. Der Fragebogen bestand aus einer Mischung aus Multiple Choice-Antworten und offenen Antwortfeldern, in denen die befragten Mitglieder Kommentare festhalten konnten. Er war in fünf Themengebiete unterteilt:

1. Leistungsangebot: aktuelles Angebot an allgemeiner und spezialisierter Palliative Care, Entwicklung des Angebots retrospektiv (letzte fünf Jahre), Perspektiven (in Bezug auf *spezialisierte* Palliative Care)
2. Behandlungspfad und Erkennen einer palliativen Situation
3. Versorgung (kantonal)
4. Finanzierung
5. Stellenwert der Palliative Care und Wünsche aus Sicht der Mitglieder

Angesprochen wurden die Mitglieder aller Gruppierungen: Akutsomatik (Grundversorgung, Zentrumsversorgung), Universitätsspitäler, Privatkliniken, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege. Für die Befragung wurden vier verschiedene Links geschaltet, und zwar für die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege. Ist eine Institution/Spitalgruppe in mehreren oder allen genannten Bereichen tätig, dann hatte sie Gelegenheit, via entsprechenden Link auch an mehreren (oder allen) Befragungen teilzunehmen.

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>

Der Befragung wurden folgende **Begriffsdefinitionen** zu Grunde gelegt:

1.2.1 Nationale Leitlinien Palliative Care (2010)

Gemäss Nationalen Leitlinien Palliative Care von Bund und Kantonen von 2010 umfasst Palliative Care die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tod gewährleistet, und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung ein.

Für die Befragung war die Unterscheidung in allgemeine und spezialisierte Palliative Care wesentlich. Dabei stützten wir uns auf das [Rahmenkonzept Palliative Care von Bund und Kantonen, 2014](#) für allgemeine Palliative Care sowie das [Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care, Version 3.3, gültig ab 1.1.2021](#).

1.2.2 Allgemeine Palliative Care

«Allgemeine Palliative Care» meint demnach Palliative Care im Rahmen einer akutsomatischen², psychiatrischen³ oder rehabilitativen Behandlung oder im Rahmen eines Pflegeheimaufenthaltes für Patient/innen, die sich aufgrund ihrer chronisch fortschreitenden resp. unheilbaren (Grund-)Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden (vgl. Rahmenkonzept 2014).

1.2.3 Spezialisierte Palliative Care

«Spezialisierte Palliative Care» meint demgegenüber die kontinuierliche, 24-stündige Palliative Care auf einer Palliativeinheit (Palliativstation, Palliativklinik, flottierende Palliativbetten) für Patient/innen mit instabiler und/oder komplexer Problematik und hohem Behandlungs- und Betreuungsbedarf, um die sich ein spezialisiertes Palliative Care-Team kümmern muss (vgl. Referenzdokument 2021). – In Ergänzung zu dieser eng gefassten Definition gelten im Rahmen dieser Befragung auch Leistungen des spitalinternen Palliativ-Konsiliardienstes bzw. Liaisondienstes als spezialisierte Leistungen der Palliative Care.

Die oben genannte begriffliche Unterscheidung bezieht sich auf den *stationären* Bereich. Anzuführen ist, dass auch im ambulanten Bereich spezialisierte Palliative Care-Leistungen erbracht werden, z.B. von Palliativ-Ambulatorien oder mobilen Palliativdiensten. Diese wurden in der Befragung als «ambulante Palliative Care» erfasst, ohne Unterscheidung in «allgemein» und «spezialisiert».

1.4 Das Sample

91 Fragebögen von 86 Institutionen resp. Spitalgruppen wurden ausgefüllt retourniert. 74 retournierte Fragebögen stammen aus der Deutschschweiz, 14 aus der französischsprachigen

² Diagnose- bzw. prozeduren-orientierte akutstationäre Behandlung.

³ Behandlung in einer (alters-)psychiatrischen Klinik resp. auf einer (alters-)psychiatrischen Abteilung.

Schweiz und drei aus der italienisch- und rätoromanisch-sprachigen Schweiz. 21 Kantone sowie das Fürstentum Liechtenstein sind im Sample vertreten. Insgesamt bildet das Sample die schweizerische Spitallandschaft gut ab, wenngleich zu sagen ist, dass mit den beiden Appenzell, Nidwalden, Obwalden und Uri immerhin fünf (Halb-)Kantone fehlen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Zusammensetzung des Samples nach Spitalkategorie:

Tabelle 1: Teilnehmende Mitglieder nach Spitalkategorie

4	Universitätsspitäler (davon 1 Universitäts-Kinderspital)
52	Akutspitäler und Privatkliniken (davon 4 Palliativkliniken)
15	Psychiatrische Kliniken* (davon 3 Universitätskliniken)
12	Rehabilitationskliniken*
8	Institutionen der Langzeitpflege*
91	Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen

*) inkl. entsprechende Abteilungen/Standorte von Universitätsspitalern, Akutspitalern und Spitalgruppen.

Hinweis: Fünf Mitglieder haben mehr als einen Fragebogen ausgefüllt. Es handelt sich um Mehrsparten-Institutionen (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und/oder Langzeitpflege).

2 Leistungsangebot

2.1 Übersicht

Von den 91 antwortenden Institutionen weisen eigenen Angaben zufolge 75 ein Angebot der Palliative Care auf. 34 Betriebe geben an, sowohl allgemeine als auch spezialisierte Palliative Care anzubieten. 26 Betriebe erklären, einzig allgemeine Palliative Care anzubieten, während 15 Institutionen notieren, sie seien ausschliesslich auf dem Gebiet der spezialisierten Palliative Care tätig. 16 Betriebe verfügen nach eigenem Bekunden über kein Angebot der Palliative Care, weder spezialisiert noch allgemein.

Tabelle 2: Leistungsangebot der Palliative Care

	Anzahl Betriebe
Allgemeine stationäre Palliative Care	60
Spezialisierte stationäre Palliative Care	49
Palliativstation in Akutspital, Privatklinik, Universitätsspital	26
Eigenständige Palliativklinik / Hospiz mit Spitalstatus	4
Palliativabteilung in Pflegeinstitution	2
Palliativabteilung in (alters-)psychiatrischer Klinik	0
Flottierende Palliativbetten	13
Palliativmedizinischer Konsiliar-/Liaisondienst	24
Ambulante Palliative Care	31
Palliativ-Ambulatorium	25
Mobiler Palliativdienst	17
Kein Angebot, weder allgemeine noch spezialisierte Palliative Care	16
<i>Total Antwortende: 91</i>	

Der Grossteil der Anbieter der *spezialisierten* stationären Palliative Care, 41 von 49 Betrieben (84%), ist im Bereich Akutsomatik tätig. 26 Betriebe weisen eine Palliativstation auf, vier sind eigenständige Palliativkliniken (Hospize mit Spitalstatus); elf Betriebe verfügen zumindest über flottierende Palliativbetten und/oder über einen palliativmedizinischen Konsiliar- resp. Liaisondienst. Hinzu kommen zwei Pflegeinstitutionen mit spezialisierter Palliativ-Abteilung sowie sechs Betriebe aus den Bereichen Langzeitpflege und (Alters-)Psychiatrie, die über flottierende Palliativbetten verfügen. Im Bereich Rehabilitation gibt erwartungsgemäss keine Institution an, über ein spezialisiertes Palliativ-Care-Angebot zu verfügen. Hingegen erklären sechs von zwölf Rehabilitationskliniken, allgemeine Palliative Care anzubieten.

33 Betriebe machen auswertbare Angaben zur Anzahl spezialisierter Palliativbetten. Die Gesamtzahl der erfassten Betten beträgt 347, wovon 295 mit dem Label [«Spezialisierte Palliative Care»](#) des Schweizerischen Vereins für Qualität in Palliative Care (Qualitépalliative) zertifiziert sind. Im Durchschnitt ergeben sich 10,5 Betten pro Institution (wovon 8,9 zertifiziert).⁴ 324 Palliativbetten entfallen auf die Akutsomatik, 19 auf die Langzeitpflege und vier auf die Psychiatrie.

31 Institutionen sind gemäss eigenen Angaben (auch) auf dem Gebiet der ambulanten Palliative Care tätig. Davon unterhalten 25 ein Palliativ-Ambulatorium, und 17 verfügen über einen mobilen Palliative Care-Dienst (elf Betriebe geben an, über beides zu verfügen).⁵ Fünf Institutionen resp. Spitalgruppen erklären, Palliative Care in mindestens zwei der vier Sparten Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege anzubieten.

Eine vollständige Darstellung des Leistungsangebot der Palliative Care, unterteilt nach Versorgungsbereichen, befindet sich im Anhang zu diesem Bericht.

2.2 Entwicklung des Leistungsangebots

Wie hat sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit palliativen Bedürfnissen in den letzten fünf Jahren entwickelt? Die Mitglieder wurden um ihre Einschätzung gebeten, welches gemäss ihren Daten oder ihrem Empfinden nach die Tendenz ist. Im Fokus stehen sowohl allgemeine als auch spezialisierte Palliative Care, stationär wie auch ambulant. Im Einzelnen wurden folgende Variablen abgefragt:

- Hospitalisierungen mit Bedarf nach allgemeiner Palliative Care
- Hospitalisierungen mit Bedarf nach spezialisierter Palliative Care
- Leistungen im Palliativ-Ambulatorium
- Leistungen des eigenen mobilen Palliativdienstes
- Extern bezogene Leistungen eines mobilen Palliativdienstes

⁴ Die von der Fachgesellschaft palliative.ch im Frühjahr 2022 durchgeführte Strukturdatenerhebung (Vollerhebung, Datenjahr 2021) zählt 34 spezialisierte Palliative Care-Einrichtungen mit insgesamt 375 zertifizierten Betten, woraus sich ein arithmetisches Mittel von 11,0 ergibt. Die Abweichungen erklären sich dadurch, dass die vorliegende Befragung a) nicht auf den Bereich der Akutsomatik beschränkt ist, b) auch nicht-zertifizierte stationäre Einrichtungen umfasst und c) in Bezug auf zertifizierte Einrichtungen kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht.

⁵ Gemäss Strukturdatenerhebung von palliative.ch unterhalten 21 der 34 zertifizierten stationären Einrichtungen (62%) ein Palliativ-Ambulatorium und 25 von 34 (74%) einen Palliativ-Konsiliardienst. 23 mobile Palliativdienste (spitalinterne und -externe) sind schweizweit zertifiziert. Die Erklärung für die Abweichungen der Datensätze im stationären (siehe Fussnote 3) gilt sinngemäss auch für den ambulanten Bereich.

Aufgrund der eingegangenen Antworten kann festgestellt werden, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten mit palliativen Bedürfnissen in den letzten fünf Jahren generell zugenommen hat, im stationären wie auch im ambulanten Bereich, sowohl allgemeine als auch spezialisierte Leistungen betreffend. Eine absolute Mehrheit der Betriebe sieht eine Zunahme der Anzahl Hospitalisierungen (allgemeiner wie spezialisierter), eine relative Mehrheit auch eine Zunahme der ambulanten Palliative Care-Leistungen (eigens erbrachter wie auch extern bezogener). Was den ambulanten Bereich betrifft, scheint eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Entwicklung zu bestehen. Dies bezeugt die relativ grosse Zahl der «Weiss nicht»-Antworten.

Tabelle 3: Einschätzung der Entwicklung der letzten fünf Jahre (alle Versorgungsbereiche)

Zahl hat sich..	Aufenthalte Allg. PallCare	Aufenthalte Spez. PallCare	Palliativ-Ambulatorium ¹	Mobiler Dienst erbracht ²	Mobiler Dienst bezogen
Vergössert	50	42	32	26	29
Verringert	2	3	0	0	0
Unverändert	21	15	3	1	5
Bieten nicht an	-	8	16	18	-
Beziehen nicht	-	-	-	-	18
Weiss nicht	2	7	18	17	23
<i>Total Antwortende: 75</i>					

1) Diese Kategorie wurde bei Rehabilitationskliniken nicht abgefragt.

2) Diese Kategorie wurde bei Rehabilitationskliniken und Pflegeinstitutionen nicht abgefragt.

Das Ergebnis erstaunt wenig angesichts der demografischen Alterung der Bevölkerung, wie auch aus den Anmerkungen der Teilnehmenden hervorgeht: Damit einher geht eine kontinuierliche Erhöhung der Anzahl Todesfälle pro Jahr. Zudem würden viele Erkrankungen, die früher als tödlich angesehen worden seien, heute zu den chronischen gezählt. Dies bedeute, dass Menschen mit zunehmenden Einschränkungen mehr Unterstützung benötigten, inklusive Palliative Care. Einige sehen den steigenden Bedarf nach Palliative Care, auch der spezialisierten, primär im ambulanten Bereich. Auch wird teilweise ein steigender Bedarf nach *pädiatrischer* Palliative Care registriert, der mit dem heutigen Angebot allerdings schlecht abgedeckt werde.

Auffallend ist, dass deutlich mehr Betriebe Aussagen über die Entwicklung im ambulanten Bereich machen, als gemäss eigenem Bekunden entsprechende Leistungen selber anbieten. Dieser Befund trifft sowohl auf Leistungen im Palliativ-Ambulatorium als auch auf erbrachte Leistungen mobiler Palliativdienste zu⁶. Eine mögliche Erklärung für diesen (vermeintlichen) Widerspruch liegt darin, dass die antwortenden Betriebe auch diejenigen Patientinnen und Patienten im Fokus haben, die nach ihrer Einschätzung entsprechende Bedürfnisse *hätten*, die sie aber selber teilweise nicht abdecken können.⁷ Anzunehmen ist zudem, dass insbesondere Gesund-

⁶ Auch bzgl. Hospitalisierungen der spezialisierten Palliative Care trifft diese Aussage zu, wenn auch in geringerem Ausmass.

⁷ Eine Fachperson sieht einen grundlegenden Mangel an palliativmedizinischem Wissen in der Akutmedizin. Palliative Bedürfnisse würden zu selten als solche erkannt und adressiert, was sich auch auf das Austrittsmanagement negativ auswirke (siehe weiter unten).

heitsfachpersonen, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich tätig sind, Erfahrungen aus beiden Bereichen haben einfließen lassen.⁸ Schliesslich kann es sein, dass verschiedene Institutionen die Fragen dieses Abschnitts aus einer (regionalen oder lokalen) Versorgungsperspektive beantwortet haben.

2.3 Perspektiven in Bezug auf spezialisierte stationäre Palliative Care

Die vorherigen Abschnitte beziehen sich auf den aktuellen Stand des Leistungsangebots der (spezialisierten) Palliative Care. Wie aber steht es um die längerfristigen Perspektiven? Werden heutige Anbieter der spezialisierten Palliative Care ihr Angebot aufrechterhalten? Gibt es Betriebe, die ein einst bestehendes Angebot aufgegeben haben, oder die ein bestehendes Angebot nicht weiterführen werden? Und schliesslich: gibt es Betriebe, die bisher keine spezialisierte Palliative Care anbieten, dies jedoch für die Zukunft planen?

64 Institutionen haben die Frage nach den Perspektiven beantwortet. Die Antworten fördern folgendes Ergebnis zutage:

- 43 Betriebe (67%) erklären, aktuell und auch in Zukunft spezialisierte stationäre Palliative Care anzubieten, davon 36 im Bereich Akutsomatik, vier in der Langzeitpflege und drei in der Psychiatrie.
- Sechs Institutionen (9%) erklären, bisher keine spezialisierte stationäre Palliative Care anzubieten, dies jedoch in Zukunft zu tun.
- 15 Betriebe (24%) erklären, weder jetzt noch in Zukunft spezialisierte Palliative Care anzubieten.
- Kein Betrieb erklärt, von einem einmal bestehenden Angebot der spezialisierten Palliative Care abgekommen zu sein, oder diese in Zukunft nicht mehr anzubieten.

Damit scheint auf absehbare Zeit der Wille vorhanden zu sein, das bestehende Angebot aufrechtzuerhalten. Es ist sogar mit einem leichten Ausbau zu rechnen. Verschiedene Institutionen machen geltend, sie hätten bei der Fachgesellschaft eine Zertifizierung ihrer spezialisierten Betten beantragt oder beabsichtigten, dies zu tun.⁹ Angesichts des wachsenden Bedarfs nach spezialisierter stationärer Palliative Care sei es notwendig, die Zahl dieser Betten sukzessive zu erhöhen, wie mehrere Mitglieder schreiben. Dabei gelte es namentlich auch nicht-onkologische Patient/innen zu berücksichtigen, denn der Anteil derjenigen, die spezialisierte Palliative Care erhielten, sei in der Schweiz im Vergleich zum Ausland noch marginal. Ein Mitglied verweist auf die Mängel im heutigen Finanzierungsregime, die der Schaffung eines an sich notwendigen spezialisierten Angebots hinderlich seien.

Zwei Kinderspitäler verweisen auf die spezielle Situation der pädiatrischen Palliative Care, die sich signifikant von der Erwachsenen-Palliative Care unterscheidet. Beide bieten erklärtermassen flottierende Palliativbetten an, unterhalten jedoch keine Palliativstation. «In der Pädiatrie

⁸ Eine Ärztin, die sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich tätig ist, sieht «einen starken Zuwachs an ambulanten Konsultationen und einen erfreulichen Anstieg der Anzahl Patienten, die zu Hause spezialisierte Palliative Care bekommen und so zu Hause sterben können.»

⁹ Ein Mitglied hält dazu folgendes fest: «Unser Angebot kann noch nicht zertifiziert werden, entspricht vom Leistungsangebot aber weitgehend der spezialisierten Palliative Care. Wir bieten situativ flottierende Betten mit speziell ausgebildetem Personal in Palliativ Care an.» Das spezialisierte Personal stelle im palliativen Brückendienst auch die Versorgung der Patient/innen zu Hause sicher.

bieten sich abgeschlossene spezialisierte Palliative Care Einheiten im stationären Setting nicht an, da das Patientenkollektiv zu heterogen ist, vom Neugeborenen zum 18-Jährigen mit und ohne Immunschwäche, intensivmedizinischer Betreuung und hohem spezialisierten Behandlungsbedarf neben Palliative Care», hält ein Betrieb dazu fest.

2.4 Behandlungspfad

In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, ob und wie für Patientinnen und Patienten, die sich vorausschauend mit dem Lebensende auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden, ein spezifischer Behandlungspfad zur Verfügung steht. Werden Patientinnen und Patienten mit palliativen Bedürfnissen erkannt? Wenn ja, werden sie von den übrigen Patient/innen räumlich getrennt, oder wird ihnen palliativ geschultes Personal zugewiesen? Findet eine Koordination mit vorgelagerten und/oder nachgelagerten Akteuren statt?

Als Grundvoraussetzung gilt, dass Menschen in palliativen Situationen, d.h. Menschen mit chronisch-fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen, die Palliative Care benötigen, überhaupt als solche erkannt werden. Die frühzeitige Identifizierung und Behandlung solcher Patient/innen hat für diese mehrere Vorteile, wie z.B. eine verbesserte Lebensqualität, eine Verringerung der psychischen Belastung und eine bessere Koordination der Pflege.¹⁰ Jedoch erhalten gemäss einer Studie des Bundesamtes für Statistik von 2020 nur 12% aller im Spital verstorbenen Patient/innen während dem letzten Spitalaufenthalt Zugang zur (spezialisierten) Palliative Care.¹¹

Zur Identifizierung palliativer Situationen kommen verschiedene Quellen zum Tragen: der Bericht des zuweisenden Akteurs, der Beizug eines (internen oder externen) palliativmedizinischen Konsiliardienstes, die klinische Beurteilung der beteiligten Fachpersonen. Gemäss Report Bigorio Survey der Fachgesellschaft palliative.ch ist die klinische Beurteilung derzeit die verbreitetste Strategie zur Identifizierung von Palliative Care-Patientinnen und -Patienten. Darüber hinaus gibt es strukturierte Identifizierungsinstrumente, die im Bigorio-Survey eingehend besprochen werden, z.B. ID-PALL, P-CaRES-D, I-CURPAL-029. Die meisten dieser Instrumente enthalten die auf der Überlebenswahrscheinlichkeit basierende Screening-Frage «Wären Sie überrascht, wenn der/die Patient/in während der nächsten 6-12 Monate versterben würde?». ¹² Die Instrumente unterscheiden sich aber erheblich in Bezug auf Komplexität und Grad der Validierung, wie die Autoren des Surveys festhalten.

2.4.1 Erkennen einer palliativen Situation

Wie werden Menschen mit chronisch fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen, die Palliative Care benötigen, identifiziert? Die teilnehmenden Institutionen wurden gebeten, anzugeben, welche der folgenden Kriterien auf sie «immer», «in der Regel», «manchmal» oder nicht zutreffen.

1. Entscheidung aufgrund des Berichts des zuweisenden Akteurs (z.B. Hausarzt/Hausärztin, anderes Spital);

¹⁰ [Report Bigorio Survey. Identifikationsinstrumente in zertifizierten Schweizer Palliative Care-Institutionen. Ebnetter A., Fusi-Schmidhauser T., Gärtner J. Arbeitsgruppe Bigorio: palliative.ch, 2021.](#)

¹¹ Bundesamt für Statistik (2020): Hospitalisierungen mit Palliative Care im Jahr 2018.

¹² Report Bigorio Survey, palliative.ch, 2021.

2. Entscheidung gemäss klinischer Beurteilung der beteiligten Fachpersonen, zum Beispiel anhand der auf der Überlebenswahrscheinlichkeit basierende Screening-Frage «Wären Sie überrascht, wenn der/die Patient/in während der nächsten 6-12 Monate versterben würde?»;
3. Entscheidung nach Rücksprache mit dem (internen oder externen) Palliativ-Konsiliardienst;
4. Entscheidung aufgrund der Anwendung spezifischer Identifikations-Instrumente (z.B. ID-PALL, P-CaRES-D, I-CURPAL-029, etc.);
5. Die Patientin / der Patient durchläuft bei Eintritt ein palliativmedizinisches (palliativmedizinisch-pflegerisches, palliativ-psychiatrisches) Basis-Assessment.

Am weitesten verbreitet scheint die Entscheidung gemäss klinischer Beurteilung der beteiligten Fachpersonen: 70 Prozent der Antworten lauten hierzu auf «immer» (27%) oder «in der Regel» (43%). Knapp die Hälfte der Antwortenden (48%) erklärt zudem, dass der Patient resp. die Patientin bei Eintritt «immer» (38%) oder «in der Regel» (10%) ein palliativmedizinisches resp. palliativ-psychiatrisches Basis-Assessment durchlaufe. Der Bericht des zuweisenden Akteurs bildet gemäss 52 Prozent der Antwortenden «immer» (29%) oder «in der Regel» (32%) die Entscheidungsgrundlage. Nur eine Minderheit erklärt, bei der Entscheidung den Palliativ-Konsiliardienst «immer» (17%) oder «in der Regel» (19%) beizuziehen. Gar nur 17% erklären, «immer» oder «in der Regel» auf spezifische Identifikationsinstrumente zurückzugreifen. Der Anteil der mit «Nein» Antwortenden ist hier mit Abstand am höchsten (52%). Die vorliegenden Ergebnisse passen gut zu den Befunden des Bigorio-Survey. Dort nannten 74% der antwortenden Institutionen die klinische Beurteilung als Identifikationsstrategie, gefolgt von einer Kombination aus klinischer Beurteilung und einem Instrument (20%).¹³

Tabelle 4: Wie Menschen mit palliativen Bedürfnissen identifizieren

	Immer	In der Regel	Manchmal	Nein	Keine Antwort/ Weiss nicht
Bericht Zuweisende	15 (20%)	24 (32%)	35 (47%)	1 (1%)	0 (0%)
Klinische Beurteilung	20 (27%)	32 (43%)	19 (25%)	2 (3%)	2 (3%)
PC-Konsiliardienst (intern o extern)	13 (17%)	14 (19%)	32 (43%)	10 (13%)	6 (8%)
ID-Instrumente	7 (9%)	6 (8%)	14 (19%)	39 (52%)	9 (12%)
PC-Basisassessment	26 (38%)	7 (10%)	10 (14%)	22 (32%)	4 (6%)
<i>Total Antwortende: 75 (ausser PC-Basisassessment: Total 69)</i>					

Hinweis: Die Aussage «Die Patientin / der Patient durchläuft bei Eintritt ein palliativmedizinisches Basis-Assessment» wurde den Mitgliedern Gruppierung Rehabilitation nicht unterbreitet.

Bei Betrachtung der Akutspitäler und Universitätsspitäler allein fällt das Antwortmuster insgesamt ähnlich aus. Allerdings gibt hierbei ein grösserer Anteil der Betriebe an, den palliativmedizinischen Konsiliardienst «immer» (21%) oder «in der Regel» (27%) beizuziehen. Deutlich

¹³ In der französisch- und italienisch-sprachigen Schweiz war die Anwendung eines Instruments gemäss Bigorio-Survey klar stärker vertreten als in der Deutschschweiz. Zu berücksichtigen ist, dass im Bigorio-Survey ausschliesslich spezialisierte (zertifizierte) Palliative Care-Institutionen befragt wurden.

mehr, nämlich 50 Prozent erklären zudem, bei Eintritt mit dem Patienten / der Patientin «immer» ein palliativmedizinisches Basisassessment durchzuführen (8% «in der Regel», 15% «manchmal»). Die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basis-Assessments gilt als eines der Mindestkriterien, damit die CHOP-Codes Palliative Komplexbehandlung und Spezialisierte Palliative Care angewendet und entsprechende Leistungen im DRG-System vergütet werden können (mehr dazu in Kap.4.1).

Zu vermuten ist, dass in der Mehrzahl der Betriebe nicht nur eines, sondern mehrere Entscheidungskriterien herangezogen werden. Dies geht jedenfalls aus den Bemerkungen hervor, die die Antwortenden anfügen: Ein Spital schreibt, dass die Patientin von den primärbehandelnden Akteuren dem spezialisierten Palliative Care Dienst zugewiesen würde. Für bestimmte Patientengruppen würden *red flags*, also Zuweisungskriterien entwickelt. Eine andere Rückmeldung lautet, in der Regel erfolge die Einschätzung des Bedarfs klinisch durch eine erfahrene Fachperson (Schwerpunktträger) und bei Unklarheiten unter Beizug des palliativmedizinischen Konsiliardienstes. Zwei Betriebe legen Wert auf die Feststellung, dass die Entscheidung über eine palliativmedizinische Behandlung immer zusammen mit dem Patienten resp. der Patientin erfolge.

Was die Anwendung spezifischer Tools betrifft, so erklären mehrere Betriebe, dass ein solches im Aufbau bzw. in Evaluation sei. Ein Spital erklärt, man habe die Frage mit «nein» beantwortet, weil die genannten Instrumente veraltet seien. Ein anderes Spital meint, die Instrumente würden von der spezialisierten Palliative Care-Abteilung genutzt, nicht jedoch von der Abteilung Innere Medizin oder anderen Spezialabteilungen. Die Indikation für Palliative Care werde dort in der Regel nicht erkannt. Zuweisungen auf die Palliativstation erfolgten meist dann, «wenn die mittlere Verweildauer überschritten wird und man erkennt, dass die Patienten weder nach Hause noch in ein Pflegeheim austreten können.»

Eine Pflegeinstitution erklärt den Prozess wie folgt: Die hauseigene spezialisierte Palliative Care-Abteilung erhalte die Patientin mit einer Lebenserwartung von Tagen bis Wochen auf Grund der palliativen Situation vom Akutspital zugewiesen. In diesen Fällen erfolge immer ein Palliativ-Assessment. Auch Patienten der Langzeitpflege gelangten früher oder später – oft schon bei Eintritt – in eine palliative Situation. In regelmässigen geriatrischen Assessments und durch Advance Care Planning werde das Vorliegen einer palliativen Situation thematisiert. Die Begleitung der Patientin über einen längeren Zeitraum hinweg erleichtere das Erkennen des Übergangs in eine End-of-Life Phase.

2.4.2 Bereitstellung eines palliativen Behandlungspfads

Das Erkennen einer palliativen Situation ist das eine, die Bereitstellung eines spezifischen Behandlungspfads das andere. Werden Patient/innen mit palliativen Bedürfnissen beispielsweise räumlich von nicht-palliativen Patient/innen getrennt? Oder wird während der Behandlung palliativmedizinisch geschultes Personal eingesetzt bzw. beigezogen?

30 von 75 Betrieben (40%) erklären, dass sie spitalintern einen spezifischen Behandlungspfad für Patient/innen mit palliativen Bedürfnissen zur Verfügung stellen würden. Gemäss 20 Antwortenden (27%) ist der Behandlungspfad spitalintern und mit vorgelagerten Akteuren koordiniert,

29 Antwortenden zufolge (39%) spitalintern und mit nachgelagerten Akteuren. 20 Institutionen (26%) geben an, keinen palliativen Behandlungspfad aufzuweisen, oder beantworten die Frage mit «weiss nicht».¹⁴

Zu berücksichtigen ist, dass eine Unterscheidung zwischen palliativen und nicht-palliativen Patient/innen sich nur dort aufdrängt, wo beide Gruppen vorhanden sind. Institutionen, die (fast) nur Patient/innen resp. Klient/innen mit palliativen Bedürfnissen aufnehmen, brauchen intern keinen spezifischen Patientenpfad. Dazu zählen namentlich eigenständige Palliativkliniken, aber auch Pflegeheime. Eine Pflegeinstitution schreibt, dass alle Mitarbeitenden zur Palliative Care geschult seien, und gerade in der End-of-Life-Phase sei eine räumliche Trennung der Patientinnen nicht zielführend, weshalb man bewusst darauf verzichte. Eine interne Verlegung sei einzig für diejenigen Patienten geeignet, die aufgrund ihres höheren medizinisch-pflegerischen Bedarfs Leistungen der *spezialisierten* Palliative Care-Abteilung benötigten.

Zwei weitere Institutionen legen Wert auf eine Differenzierung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care. Wenn spezialisierte Palliative Care gefragt sei, so stünden dafür eine Palliativstation bzw. Palliativbetten zur Verfügung. Sterbende Patientinnen würden zudem in ein Einzelzimmer verlegt und der Kontakt mit Angehörigen nach Wunsch ermöglicht und begleitet. Ein Spital schreibt, dass sich ein mobiler Dienst um Patienten mit allgemeinen Palliative Care-Bedürfnissen kümmere. Ein anders Spital erklärt, es gebe für solche Patientinnen keinen spezifischen Pfad, und eine adäquate Symptomkontrolle werde mangels speziell dafür geschulten Personals nicht immer umgesetzt.

Zur Koordination mit nachgelagerten Akteuren hält ein Spital fest, «wenn immer möglich» erfolge eine persönliche Kontaktnahme. Ein anderes Spital bemerkt selbstkritisch, dass sterbende Patienten, die in ein Pflegeheim verlegt würden, oft kein Entscheidungsfindungsgespräch erhielten, und adäquate vorausschauende Verordnungen zur Symptomkontrolle in solchen Fällen oft unterblieben. Zwei Betriebe halten fest, dass der palliative Bedarf bei Patientinnen häufig zu spät oder gar nicht erkannt werde, weil viele Gesundheitsfachpersonen Palliative Care immer noch mit Betreuung in der Sterbephase gleichsetzten. Es sei zu wünschen, dass Palliative Care frühzeitiger praktiziert würde, was aber in den meisten Spitälern heute nicht der Fall sei.

Unter dem Strich scheint aber doch eine Mehrheit der antwortenden Institutionen gewillt und in der Lage, bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase deren spezifisch palliativen Bedürfnissen gerecht zu werden. Allerdings kann aufgrund dieses Ergebnisses nicht ohne Weiteres auf die Gesamtheit der Mitglieder geschlossen werden, da nur rund ein Viertel an der Befragung teilgenommen hat. Die Herausforderungen speziell im Hinblick auf die koordinierte palliative Versorgung scheinen beträchtlich. Davon handelt das nachfolgende Kapitel.

¹⁴ Bei dieser Frage konnten mehrere Antworten angekreuzt werden, daher ist das Total der Antworten > 100%. Die Befragung ergibt ein ähnliches Bild, wenn nur auf den Bereich Akutsomatik fokussiert wird (Siehe Tabellen 7.9 und 7.9.1 in Anhang).

3 Kantonale Versorgung

In diesem Kapitel haben wir die Mitglieder nach ihrer Einschätzung zur palliativen Versorgungssituation in ihrem Kanton befragt. Finden Patient/innen, die nach einer akutsomatischen, psychiatrischen oder rehabilitativen Behandlung der Palliative Care bedürfen, eine gute Anschlusslösung? Sehen die Mitglieder Probleme, und wenn ja, welche? Und wie beurteilen sie das Angebot an spezialisierter Palliative Care in ihrem Kanton, bezogen auf die stationäre und ambulante Versorgung? In welchen Bereichen ist das Angebot ausreichend, in welchen nicht? Gibt es in bestimmten Bereichen gar ein Überangebot an spezialisierter Palliative Care?

3.1 Anschlusslösung für Patient/innen mit palliativem Bedarf

3.1.1 Sicht Akutsomatik

Finden Patient/innen, die nach einer Akutbehandlung der Palliative Care bedürfen, eine gute Anschlusslösung? Diese Frage wurde den Mitgliedern Gruppierungen Akutsomatik, Universitätsspitäler und Privatkliniken unterbreitet, mit den Antwortkategorien «ja, immer», «ja, in der Regel», «manchmal», «nein» und «keine Antwort / weiss nicht». Die Befragten wurden gebeten, jeweils eine Antwort anzukreuzen.

Von 56 antwortenden Betrieben erklären deren 43 (76%), dass die betroffenen Patientinnen und Patienten «in der Regel» nach der Akutbehandlung eine gute Anschlusslösung fänden; Zehn Betriebe (18%) teilen mit, dass dies «manchmal» der Fall sei. Eine Institution (2%) antwortet, «immer» eine gute Anschlusslösung zu finden, und zwei Betriebe (4%) verneinen die Frage.

Aus den insgesamt 36 Kommentaren, die die Antwortenden dazu abgeben, gehen insbesondere die folgenden Problembereiche hervor (teilweise mehrfach benannt):

- Mangel an ambulanten und intermediären Angeboten, die genügend dotiert sind mit qualifiziertem Personal; dies führt zu Hospitalisierungen, die nicht nötig wären.
- Mangel an spezialisierter Langzeitpflege, insbesondere Hospize, dadurch Überforderung der «normalen» Langzeitpflege (u.a. wegen Personalknappheit) und des häuslichen Umfelds; problematisches Heimarztsystem, das mit einer Anonymisierung der Patientenversorgung einhergeht.
- Ungenügende Finanzierung im Bereich der stationären Langzeitpflege.
- Ungenügende Finanzierung mobiler Palliativdienste, was u.a. dazu führt, dass diese von Pflegeheimen nicht in Anspruch genommen werden.
- Grosse qualitative Unterschiede der ambulanten Angebote, insbesondere der mobilen Dienste; problematische Tendenz zur Telemedizin, statt Hausbesuche durchzuführen.
- Abstimmungsprobleme mit vor- oder nachgelagerten Akteuren; fehlende Gespräche mit Patienten und Angehörigen, z.B. zur Entscheidungsfindung; mangelhafte Austrittsberichte (zu wenig vorausschauende Planung und Verordnung zur Symptomkontrolle).
- Belastende Verlegungen am Lebensende.
- Bestehende Vergütungsregel im DRG-System triggert Anschlussprozedere, da Patientin allzu früh entlassen werden muss.

- Schlechtere Kosteneffizienz, aber auch ungenügende Finanzierung der Palliative Home Care im Vergleich zur Spitalversorgung (Palliativstation, Ambulatorium).
- Mangel an pädiatrischen Palliative Care-Angeboten, Erwachsenenangebote werden den spezifischen Bedürfnissen dieser Patienten nicht gerecht.
- Palliative Spitalangebote sollten flächendeckend ausgebaut werden.
- Mangel an palliativmedizinischem Fachwissen und Verständnis bei Internisten und Chirurgen, dadurch werden Patientinnen mit palliativen Bedürfnissen nicht erkannt.
- Allgemeine Unterversorgung aufgrund ungenügender Finanzierung.

3.1.2 Sicht Langzeitpflege

Fragt man Institutionen der Langzeitpflege, ob Patienten mit palliativen Bedürfnissen in der Langzeitpflege eine gute Anschlusslösung finden, so antworten vier von acht Institutionen mit «ja, in der Regel», von den übrigen je ein Betrieb mit «ja, immer», «manchmal», «nein» und «weiss nicht». Als Probleme genannt werden die ungenügende Finanzierung und der Mangel an ambulanten Angeboten (namentlich Palliativ-Spitex).

3.1.3 Sicht Psychiatrie

Auch bei den psychiatrischen Kliniken lautet die Antwort zur Hälfte «ja, in der Regel» (sieben von 15 antwortenden Betrieben) auf die Frage, ob Patienten mit palliativen Bedürfnissen nach einer (alters-)psychiatrischen Behandlung eine gute Anschlusslösung finden. Fünf Betriebe antworten «manchmal», drei geben keine Antwort resp. antworten mit «weiss nicht». Probleme sehen die Institutionen in langen Wartezeiten sowie fehlender Kompetenz in der stationären Langzeitpflege, insbesondere in Fällen, wo psychiatrische Symptome persistieren. Ein Betrieb meint, es sei teilweise schwierig, bei Patientinnen mit Abhängigkeitserkrankungen eine gute Anschlusslösung zu finden, weil die nachsorgenden Institutionen Abstinenz voraussetzen «und dies eigentlich nicht Aufnahmekriterium sein sollte für Patientinnen und Patienten mit chronischen und nicht mehr therapierbaren Erkrankungen». Drei Betriebe machen geltend, dass aus ihrer Sicht Palliative Care im Sinne eines spezialisierten Angebots keine psychiatrische bzw. alterspsychiatrische Aufgabe sei. Dafür seien andere Einrichtungen besser geeignet, namentlich Palliativstationen in Akutspitälern oder mobile Palliative Care-Dienste.

3.1.4 Sicht Rehabilitation

Bei der Befragung der Rehabilitationskliniken interessiert zweierlei: einerseits die Einschätzung, ob Patient/innen mit (spezialisierten) palliativen Bedürfnissen nach einer *Akut*behandlung eine gute Anschlusslösung finden, zum zweiten die Einschätzung, ob Patient/innen mit (spezialisierten) palliativen Bedürfnissen nach einer *rehabilitativen* Behandlung eine gute Anschlusslösung finden. In beiden Fällen lautet die Antwort mehrheitlich «ja, in der Regel», einmal «ja, immer» und zweimal «manchmal». Kein Betrieb antwortet mit «nein». Drei resp. vier Betriebe antworten mit «weiss nicht». Angaben über allfällige Probleme werden von keinem der antwortenden Mitglieder gemacht.

3.2 Kantonale Versorgung mit spezialisierter Palliative Care

Die Mitglieder sollen ihre Meinung abgeben, ob in den nachfolgenden Versorgungsbereichen a) das Angebot dem tatsächlichen Bedarf entspricht, b) das Angebot den tatsächlichen Bedarf

übersteigt («Angebot grösser als Bedarf»), c) das Angebot unter dem tatsächlichen Bedarf liegt («Angebot kleiner als Bedarf»):

- Palliativstationen und Palliativkliniken in der Akutsomatik (hierzu wurden alle Mitglieder befragt ausser Psychiatrie, Total 76 Antwortende)
- Palliativ-Ambulatorien in der Akutsomatik oder in psychiatrischen Kliniken (alle Mitglieder befragt, Total 91 Antwortende)
- Spitalinterner Konsiliar- und Liaisondienst (alle Mitglieder ausser Langzeitpflege befragt, Total 83 Antwortende)
- Mobile Palliative Care-Dienste (alle Mitglieder befragt, Total 91 Antwortende)
- Hospize mit Pflegeheimstatus (alle Mitglieder befragt, Total 91 Antwortende)
- Pflegeheime mit Palliativabteilung (alle Mitglieder befragt, Total 91 Antwortende)
- Palliativabteilungen in psychiatrischen Kliniken (alle Mitglieder befragt ausser Rehabilitation, Total 79 Antwortende)
- Pädiatrische Palliative Care (Mitglieder Gruppierungen Akutsomatik, Universitätsspitäler und Privatkliniken befragt, Total 56 Antwortende).

Tabelle 5: Beurteilung des kantonal verfügbaren spezialisierten Palliative Care-Angebots

	Angebot entspricht Bedarf		Angebot grösser als Bedarf		Angebot kleiner als Bedarf		Keine Antwort / weiss nicht		Total Antwortende	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Palliativstation/ Palliativklinik	36	47%	1	1%	28	37%	11	14%	76	100%
Palliativ-Ambulatorium	20	22%	0	0%	36	40%	35	38%	91	100%
Konsiliar-/Liaisondienst (spitalintern)	29	35%	0	0%	31	37%	23	28%	83	100%
Mobiler Palliativ-Dienst (spitalextern)	31	34%	0	0%	41	45%	19	21%	91	100%
Hospiz (mit Pflegeheimstatus)	17	19%	1	1%	53	58%	20	22%	91	100%
Pflegeheim (mit Palliativabteilung)	23	25%	0	0%	45	49%	23	25%	91	100%
Psychiatrie (mit Palliativabteilung)	6	8%	0	0%	38	48%	35	44%	79	100%
Pädiatrische Palliative Care	2	4%	0	0%	16	29%	38	68%	56	100%

Lesebeispiel: 36 von 76 befragten Institutionen (47%) finden, das Angebot an Palliativstationen und Palliativkliniken entspreche dem Bedarf.

In fast allen Versorgungsbereichen erachtet eine relative oder absolute Mehrheit der antwortenden Mitglieder das aktuell in ihrem Kanton verfügbare Angebot an spezialisierter Palliative Care

als zu klein im Vergleich zum tatsächlich vorhandenen Bedarf. Einzige Ausnahme bilden Palliativstationen und Palliativkliniken im Bereich Akutsomatik. Diesbezüglich findet eine relative Mehrheit von 47%, dass das Angebot dem tatsächlichen Bedarf entspreche, gegenüber 37%, die das Angebot als zu klein einstufen. Ein einziges Mitglied (1%) hält das Angebot in diesem Bereich für zu gross.

Am klarsten fällt das Ergebnis in Bezug auf Hospize mit Pflegeheimstatus aus. 58% der Antwortenden sehen in diesem Bereich eine Angebotslücke in ihrem Kanton, gegenüber 19%, die das Angebot für ausreichend halten. Auch hinsichtlich spezialisierter Abteilungen in Pflegeheimen und psychiatrischen Kliniken sieht rund die Hälfte der Antwortenden einen Bedarf nach Erweiterung des bestehenden Angebots. In Bezug auf ambulante Angebote (Palliativ-Ambulatorien, mobile Palliativdienste) sind 40% resp. 45% dieser Ansicht.¹⁵ Diese Einschätzungen decken sich weitgehend mit den Ergebnissen der Kantonsbefragung, die das Büro BASS 2018 durchgeführt hat.¹⁶ – Einschränkend ist festzuhalten, dass die Anteile der «weiss nicht»-Antwortenden fast durchwegs über 20% liegen. Am klarsten zum Ausdruck kommt die Unsicherheit bei der Einschätzung des Angebots hinsichtlich pädiatrischer Palliative Care: 29% halten das Angebot für zu klein, während 68% «keine Antwort / weiss nicht» ankreuzen, wobei hier nur die Akutspitäler befragt worden sind.

Ein Kinderspital bemerkt, dass die pädiatrische Palliative Care, die sich an Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Krankheiten richtet, kantonal wie national noch zu wenig beachtet werde. In der Tat ist über die pädiatrisch-palliative Versorgung bisher wenig bekannt. Sie wurde auch in der oben erwähnten Kantonsbefragung nicht spezifisch erfasst. Anders als im Erwachsenenbereich gibt es in der Schweiz bis heute kein einziges Hospiz eigens für Kinder und Jugendliche. Das erste soll 2023 in Bern öffnen.¹⁷ Jedoch werden im Rahmen der vorliegenden Befragung Angebotslücken bezüglich der pädiatrischen Palliative Care, wenn überhaupt, eher im ambulanten denn im stationären Sektor geortet. Ein Spital aus der Romandie spricht in diesem Zusammenhang ganz unverblümt von einer «Demontage der Pflegekompetenzen» im ambulanten Setting (*«Démantèlement des compétences ambulatoires soignantes de soins palliatifs pédiatriques»*). Ganz so weit geht ein anderes Spital, ebenfalls aus der Romandie, nicht. Seiner Ansicht nach sind mobile interkantonale Palliativdienste geeignet, das bestehende Setting an Kinder-Spitex und Kinderärztinnen und -ärzten in Bezug auf das zahlenmässig kleine palliativ-pädiatrische Patientengut aufsuchend und beratend zu unterstützen. In die gleiche Richtung zielt die Argumentation einer Deutschschweizer Palliativklinik: Der hauptsächliche Bedarf bestehe in der pädiatrischen Palliative Home Care. Insoweit diese multiprofessionell funktioniere, sei hier ein grosses Potential zur Verbesserung der Lebens- und Sterbensqualität der jungen Patient/innen vorhanden, aber auch zur Vermeidung unnötiger Hospitalisationen und zur Entlastung der Angehörigen.

Besagte Palliativklinik äussert sich auch zur palliativen Versorgung in der Schweiz generell. Zentral sei, dass zu den bereits bestehenden Strukturen und Netzwerken Sorge getragen

¹⁵ Berücksichtigt man das Sample der Akutspitäler allein, so fallen die Anteile derjenigen, die das Angebot für zu klein halten, bezüglich aller genannten Versorgungsbereiche höher aus (vgl. Anhang 7.15). Das gilt insbesondere in Bezug auf Hospize, wo 77% der Akutspitäler eine Angebotslücke sehen.

¹⁶ BASS AG (2019): Palliative Care in den Kantonen. Schlussbericht im Auftrag des BAG.

¹⁷ Stiftung allani Kinderhospiz Bern: <https://allani.ch/de/>

werde, und dass diese nicht durch forcierte und objektiv nicht begründete Förderung neuer Angebote (die Rede ist namentlich von Hospizen) «kannibalisiert» würden. Hospize seien notwendig, wenn es um die palliative Versorgung von jüngeren (erwachsenen) Patientinnen mit einer stabilen, aber komplexen Symptomatik gehe sowie von Patienten mit einer komplexen psychosozialen Problematik, beispielsweise einer Suchterkrankung. Bei diesen Patientengruppen seien gewöhnliche Pflegeheime meist überfordert. Jedoch sei die Abgrenzung zwischen spezialisierter Palliative Care in Hospizen und in der Akutsomatik noch zu schärfen, und es brauche generell eine realistischere Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter stationärer Palliative Care, als die von der WHO propagierten 80 bis 100 Palliativbetten pro Million Einwohner/innen.

Eine abweichende Meinung dazu äussern (unabhängig voneinander) ein Universitätsspital und ein Regionalspital, beide ebenfalls aus der Deutschschweiz: Das Angebot an spezialisierter Palliative Care in Hospizen (ausserhalb der akutsomatischen Behandlung) und in Pflegeheimen sei heute nicht ausreichend. Gerade für Patientinnen in einer komplexen, aber stabilen Situation, die mit hoher Symptomlast einhergehe, sowie für Patienten mit Verwirrtheits- und Delirsymptomen sei das Spital vielfach nicht das adäquate Setting, insbesondere wenn sich die Behandlung über Wochen oder Monate hinziehe. Die fehlenden Nachbetreuungsmöglichkeiten wirkten sich kostentreibend aus, und die Betten stünden anderen Patientinnen nicht zur Verfügung. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten selbst sei das Fehlen eines Hospizes zuweilen mit Frustration und Unverständnis verbunden.

Insgesamt ist festzuhalten, dass es für Patientinnen und Patienten mit palliativen Bedürfnissen nicht immer einfach ist, nach einer akutstationären Behandlung eine gute Anschlusslösung zu finden. Dies hängt mit dem vielfach zu knappen oder gar fehlenden Angebot an spezialisierter Palliative Care im nachgelagerten Bereich zusammen, namentlich im ambulanten Bereich sowie in der stationären Langzeitpflege, aber auch in der (Alters-)Psychiatrie und in der Pädiatrie. Und es stellt sich die Frage, ob hierbei ein direkter Zusammenhang mit der (ggf. mangelhaften) Finanzierung dieser Angebote besteht.

4 Finanzierung

In diesem Kapitel möchte H+ erkunden, wie zufrieden die Mitglieder mit der heutigen Finanzierung sind, und ob und, wenn ja, auf welchen Gebieten Massnahmen zur (besseren) Finanzierung ergriffen werden sollten. Leistungen der Palliative Care werden heute in unterschiedlichen Finanzierungsregimes vergütet: Akutsomatik stationär (SwissDRG) und ambulant (TARMED, andere Einzelleistungstarife), Psychiatrie stationär (TARPSY), Rehabilitation stationär (ST Reha), Langzeitpflege stationär und ambulant (Pflegefinanzierung). Uns interessiert, wie die Mitglieder die aktuellen Finanzierungsregimes einschätzen, und ob sich allenfalls Alternativen zur heutigen Finanzierung anbieten.

4.1 Spezialisierte Palliative Care in der stationären Akutsomatik

Die Vergütung der stationären Spitalleistungen erfolgt „dual-fix“ durch Kantone und Krankenkassensicherer, und zwar leistungsbezogen und pauschaliert via Diagnosis Related Groups (DRG).

SwissDRG ist das schweizweit einheitliche TarifsysteM für stationäre akutsomatische Spitalleistungen. Es handelt sich um ein lernendes System. Die SwissDRG AG überprüft datengetrieben jedes Jahr die Tarifstruktur und die Güte der Leistungsabbildung und nimmt wo nötig und sinnvoll Anpassungen vor. Seit 2019 werden auch Leistungen der stationären Palliative Care – allgemeine und spezialisierte – schweizweit einheitlich und verbindlich via SwissDRG vergütet.

Für die Abrechnung der stationären Palliative Care-Leistungen stehen die CHOP-Codes 93.8A.1 Palliativmedizinisches Assessment, 93.8A.2 Palliativmedizinische Komplexbehandlung und 93.8B Spezialisierte Palliative Care zur Verfügung. Die Mindestmerkmale des jeweiligen CHOP-Codes müssen eingehalten werden. Für 93.8B sind die Vorgaben im «Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care» massgeblich (aktuell [Version 3.3 vom 01.01.2021](#)), und die behandelnde Einheit resp. Institution muss über das Qualitätslabel „Spezialisierte Palliative Care“ verfügen (siehe Abschnitt 2.1). Die Abbildung und Vergütung der Leistungen erfolgt entweder über spezifische Diagnosen-/Prozeduren-Codes oder via Basis-DRG A97 ab der zweiten Behandlungswoche.

Hat sich dieses Finanzierungsregime aus Sicht der Mitglieder in Bezug auf stationäre spezialisierte Palliative Care bewährt? Wenn nein, soll eine separate Tarifstruktur für dieses Leistungsangebot entwickelt werden? An der Beantwortung dieser Frage haben sich 52 Mitglieder beteiligt, nämlich alle diejenigen, die im Bereich Akutsomatik stationäre (insbesondere, aber nicht ausschliesslich spezialisierte) Palliative Care erbringen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt das Meinungsbild auf. «Hat sich grundsätzlich bewährt» heisst, dass aus Sicht des jeweiligen Mitglieds notwendige Anpassungen in den jährlichen Revisionen von SwissDRG anzustreben sind. «Hat sich nicht bewährt» heisst, dass aus seiner Sicht eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot Spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln ist.

Tabelle 6: Einschätzung der Tarifierung spezialisierter Palliative Care via SwissDRG

Tarifierung SwissDRG	Hat sich grundsätzlich bewährt	Hat sich nicht bewährt
Ja, absolut	8 (15%)	25 (48%)
Eher ja	15 (29%)	8 (15%)
Eher nein	15 (29%)	9 (17%)
Nein, gar nicht	11 (21%)	5 (10%)
Keine Antwort / weiss nicht	3 (6%)	5 (10%)
<i>Total Antwortende</i>	<i>52</i>	<i>52</i>

Hinweis: Im Sample vertreten sind Mitglieder der Gruppierungen Akutsomatik (Zentrumsversorgung, Grundversorgung), Universitätsspitäler und Privatkliniken.

Bei der Aussage «Die Tarifierung unter SwissDRG hat sich grundsätzlich bewährt» ist das Meinungsbild gemischt: 23 antwortende Mitglieder (44%) stimmen der Aussage «absolut» oder «eher» zu, dass sich SwissDRG in Bezug auf die spezialisierte Palliative Care grundsätzlich bewährt habe, und dass notwendige Anpassungen in den jährlichen Revisionen von SwissDRG anzustreben seien. 26 Antwortende (50%) halten die Aussage für «eher» oder «gar nicht» zutreffend. Die Antworten auf die zweite, invers formulierte Aussage zeigen dafür eine klare Tendenz: Aus Sicht der Mehrheit der Antwortenden hat sich SwissDRG in Bezug auf die spezialisierte Palliative Care *nicht* bewährt. 25 Betriebe (48%) stimmen der entsprechenden Aussage

sogar «absolut» zu, weitere acht Betriebe (15%) stimmen «eher» zu. Nur 14 Antwortende (27%) halten die Aussage für «eher» oder «gar nicht» zutreffend.

Die mehrheitlich kritisch bis ablehnende Haltung gegenüber dem aktuellen Finanzierungsregime geht auch aus den Wortmeldungen hervor, die die antwortenden Mitglieder abgeben. Manche äussern grundsätzliche Kritik: Die Vergütung mittels Fallpauschalen stehe im Widerspruch zur Zielsetzung der Palliative Care. «Sterben ist ein Prozess und keine Diagnose. In dem Moment, wo es gegen das Lebensende geht, ist die Tarifierung nach DRG nicht zielführend», wie eine Privatklinik schreibt. Fallpauschalen setzten falsche Anreize, da Mehrleistungen ohne palliativen Nutzen tendenziell besser vergütet würden. Fallpauschalen nähmen keine Rücksicht auf die grundlegenden Bedürfnisse der Patient/innen am Lebensende, insbesondere auf die teils sehr anspruchsvolle und komplexe Behandlung und Betreuung über einen längeren Zeitraum hinweg.

Andere beziehen ihre Kritik speziell auf die geltenden Abrechnungsregeln, insbesondere die Vorgaben im CHOP-Katalog. Sie stossen sich namentlich daran, dass die Erbringung von mindestens sechs Stunden Therapie pro Woche als Mindestvoraussetzung gilt, um den CHOP-Code zur Palliativen Komplexbehandlung anzuwenden. Schwerstkranke, sterbende Patienten hätten häufig keine Kraft mehr, um diese Anzahl Therapiestunden zu absolvieren. Zugleich sei die Betreuung dieser Patientinnen sehr anspruchsvoll und intensiv. Die Mindestanzahl Therapien solle daher gestrichen werden. Eine andere Forderung geht dahin, dass Palliativstationen als spezialisierte Einheiten anerkannt sein sollten, die *per se* ihre Leistungen abrechnen und tarifieren können, ohne Anknüpfung an Bedingungen und Beweislast bezüglich deren Einhaltung im Einzelfall. Ein Betrieb schreibt, dass auch Institutionen, die nicht *qualitépalliative* zertifiziert sind, erlaubt sein sollte, ihre spezialisierten Palliative Care-Leistungen abzurechnen.

Eine klare Unterfinanzierung besteht nach Ansicht mehrerer Teilnehmenden primär bei Kurzliegern (Patient/innen mit Liegedauer unter 7 Tagen) und bei Langliegern (Patient/innen mit Liegedauern von 28 Tagen und mehr). Gerade in den ersten Tagen ergebe sich ein sehr hoher Mehraufwand, der jedoch bei sterbenden Patienten wegen der kurzen Liegedauer kaum abgebildet werden könne. Dies stehe im Widerspruch zu einer der zentralen Aufgaben der Palliative Care. Bezüglich Langliegern wird betont, dass lange Liegedauern immer einer medizinischen Indikation entspreche, jedoch bisweilen auch der Versorgungssituation geschuldet sei: «Langlieger sind aufgrund der Komplexität oft nicht zu vermeiden – auch deswegen, weil das Angebot an spezialisierter Nachbetreuung zu wenig ausgebaut ist», wie ein Mitglied schreibt.

Welches wäre die Alternative zum Fallpauschalensystem? Ein Mitglied schlägt die Einführung eines Patienten-Klassifikationssystem nach australischem Vorbild vor, eine Abrechnung mittels leistungsbezogener, schweregradabhängiger, aber nicht diagnose-bezogener Pauschalen. Dabei kämen Tagespauschalen abgestuft nach Art und Intensität der Leistungen zum Tragen, auf Basis von Behandlungsgruppen (*Care Types*). Die Abstufung würde nach Behandlungsgruppen und innerhalb der Behandlungsgruppen nach Intensität der Behandlung – d.h. dem zu ermittelnden Schweregrad - erfolgen. Der Zeithorizont würde datenbasiert festgelegt.¹⁸

¹⁸ Ein ähnliches System wird in Australien schon lange mit Erfolg praktiziert. Siehe: [Gordon R, Eagar K, Currow D, Green J. Current funding and financing issues in the Australian hospice and palliative care sector. J Pain Symptom Manage 2009; 38: 68-74.](#)

Interessanterweise sprechen sich alle fünf im Sample vertretenen Palliativkliniken tendenziell für die Beibehaltung des bestehenden Finanzierungsregimes unter SwissDRG aus. Eine Klinik räumt ein, dass die lange Liegedauer teilweise zu Problemen führe, vor allem bei chronisch-degenerativen Krankheiten wie z.B: ALS. Eine andere Klinik bemerkt, dass Defizite hauptsächlich aus dem Verlegungsabschlag bei zuverlegten Patient/innen resultierten. Dennoch scheint sich aus der Sicht dieser Mitglieder die Tarifierung unter SwissDRG grundsätzlich bewährt zu haben, wie es in folgenden Worten eines Mitglieds zum Ausdruck kommt:

Eigentlich ist eine adäquate Abbildung im SwissDRG-Tarifsystem bei Palliativpatienten schwierig, da diese insgesamt eine kleine, heterogene Gruppe sind und sich von der Diagnose nicht auf die individuelle Komplexität der Patientinnen (und deren Umfeld) schliessen lässt. Ebenfalls kann die DRG-Tarifstruktur bei Palliativpatienten zu ethisch schwierigen finanziellen Anreizen führen (was durch den hohen finanziellen Druck in den Spitälern verschärft wird). Tatsache ist aber, dass wir unter den Tagespauschalen defizitär waren und seit Einführung der SwissDRG-Tarifstruktur gute Zahlen aufweisen. Unter der Tagespauschale waren diejenigen Patienten inadäquat abgebildet, welche innerhalb weniger Stunden nach Eintritt verstarben, mit aufwendigen Aufnahme- und Austrittsprozeduren und Auffangen/Betreuung der Angehörigen. Diese Patienten sind nun unter der SwissDRG-Tarifstruktur deutlich fairer abgebildet. Unsere defizitären Fälle sind grossenteils Fälle mit Verlegungsabschlag, deren Anteil bei uns bei etwas 30% liegt.

Zusammenfassend können wir mit der SwissDRG-Tarifstruktur recht gut leben, und ich denke auch, dass die Arbeiten zur Abgeltung von palliativmedizinischen Leistungen im Akutbereich innerhalb der bestehenden SwissDRG-Tarifstruktur weitergeführt werden sollten.

Auch aus Sicht eines Kinderspitals wird festgehalten, dass zwar der pädiatrische Bereich als Ganzer im DRG-System besser abgebildet werden müsse, sich die pädiatrische Palliative Care aber «bei Beachtung der pädiatrie-spezifischen Besonderheiten und der vollständigen Nutzung des SwissDRG-Systems gemäss unserer zweijährigen Erfahrung mit diesem System kostendeckend finanzieren lässt». Diese Sicht wird allerdings nicht von allen Kinderspitälern geteilt. So hält eine andere pädiatrische Institution fest, dass der CHOP-Code 93.8A kein Zusatzentgelt generiere, das einer bestimmten Abteilung gutgeschrieben werden könne. «Auch bei Wirksamwerden des CHOP-Codes 93.8A können wir nicht prinzipiell von einer Erhöhung des Kostengewichts für den individuellen, i.d.R. hochkomplexen 'palliativen' Patienten ausgehen. Es geht immer um Mischrechnungen für diese pädiatrische Patienten auf den verschiedenen Abteilungen der Kinderklinik (von der Neonatologie über die Intensivpflegestationen, die Allgemeinpädiatrischen Bettenstationen, Onkologie, Kardiologie etc.), die häufig zu Defiziten führen.»

4.2 Palliative Care in der stationären (Alters-)Psychiatrie

Stationäre Leistungen der Psychiatrie werden seit 2018 in der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur TARPSY abgebildet. Der TARPSY beruht auf einer Mischung aus Tages- und Fallpauschalen und deckt alle stationären Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Alters-, Kinder- und Jugendpsychiatrie ab. Wie SwissDRG ist auch TARPSY als lernendes System konzipiert, das gestützt auf jährlich aktualisierte Kosten- und Leistungsdaten kontinuierlich weiterentwickelt

wird. Fälle mit ähnlicher Kostenstruktur werden je einer sog. *Psychiatric Cost Group* (PCG) zugeordnet.¹⁹ Durch Multiplikation von Tageskostengewicht und Aufenthaltsdauer wird die TARPSY-Pauschale ermittelt. Diese ergibt zusammen mit der Baserate (die wie im DRG-System zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt wird) die effektive Vergütung pro Fall.

Wie im DRG-System kann auch im TARPSY für einzelne Leistungen unter gewissen Bedingungen ein Zusatzentgelt abgerechnet werden. Dies betrifft insbesondere kostenintensive Leistungen, welche sich nicht oder nicht ausreichend über die TARPSY-Pauschale vergüten lassen.

Hat sich dieses Finanzierungsregime aus Sicht der Mitglieder in Bezug auf stationäre Palliative Care bewährt? Wenn nein, soll eine separate Tarifstruktur für dieses Leistungsangebot entwickelt werden? An der Beantwortung dieser Frage haben sich elf Mitglieder beteiligt, nämlich alle diejenigen, die im Bereich Psychiatrie bzw. Alterspsychiatrie stationäre (insbesondere, aber nicht ausschliesslich spezialisierte) Palliative Care erbringen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt das Meinungsbild auf. «Hat sich grundsätzlich bewährt» heisst, dass aus Sicht des jeweiligen Mitglieds notwendige Anpassungen in den jährlichen Revisionen von TARPSY anzustreben sind. «Hat sich nicht bewährt» heisst, dass aus seiner Sicht eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot Spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln ist.

Tabelle 7: Einschätzung der Tarifierung spezialisierter Palliative Care via TARPSY

Tarifierung TARPSY	Hat sich grundsätzlich bewährt*	Hat sich nicht bewährt**
Ja, absolut	3	4
Eher ja	2	1
Eher nein	2	3
Nein, gar nicht	2	1
Keine Antwort / weiss nicht	2	2
<i>Total</i>	<i>11</i>	<i>11</i>

Bei beiden Aussagen – «TARPSY hat sich grundsätzlich bewährt» wie auch «TARPSY hat sich nicht bewährt» - zeigt sich ein gemischtes Meinungsbild, d.h. die «Ja/eher Ja»- und die «Nein/eher nein»-Stimmen halten sich ungefähr die Waage. Allerdings sind auch bei denjenigen Mitgliedern, die TARPSY als grundsätzlich bewährtes System beurteilen, gewisse Vorbehalte auszumachen. Eine Klinik schreibt, dass sehr pflegeaufwändige, polymorbide Patient/innen auch unter der aktuellen TARPSY Version 4.0 noch unterfinanziert seien. Nach Auffassung einer anderen Klinik ist «in jedem Fall darauf zu achten, dass der hohe zeitliche Aufwand adäquat vergütet wird. Sollte dies durch Limitationen und ähnliche Schwierigkeiten im TARPSY-System nicht möglich sein, müsste eine separate Tarifstruktur entwickelt werden.» Eine dritte Klinik vertritt klar die Ansicht, TARPSY habe sich in Bezug auf spezialisierte Palliative Care schon aus heutiger Sicht nicht bewährt. Das System der Finanzierung via PCG und CHOP-Codes sei derart kompliziert, dass «bis auf weiteres» keine befriedigende Datenlieferung möglich sei.

¹⁹ Als sog. Splitkriterien fungieren z.B. Diagnosen, Prozeduren oder das Alter des Patienten bzw. der Patientin (siehe: TARPSY – die Tarifstruktur in der stationären Psychiatrie, SwissDRG, 11.11.2021).

Als vorläufiges Fazit kann festgehalten werden, dass die Vergütung von Palliative Care-Leistungen unter TARPSY in den Augen der Mitglieder noch verbesserungswürdig ist, dass aber zumindest ein Teil von ihnen den Glauben an die Lernfähigkeit des Systems noch nicht verloren hat. Entscheidend für dessen längerfristige Akzeptanz wird sein, ob eine adäquate Abbildung der Leistungen an Patient/innen in palliativen alterspsychiatrischen Situationen möglich ist, beispielsweise Komplexbehandlungen für Patient/innen, die sowohl psychische als auch somatische Leiden aufweisen.

4.3 Palliative Care in der stationären Rehabilitation

Leistungen der stationären Rehabilitation werden seit 1. Januar 2022 in der Tarifstruktur ST Reha abgebildet. Es handelt sich wie bei SwissDRG und TARPSY um ein leistungsbezogenes System. Fälle mit ähnlicher Kostenstruktur werden je einer sog. *Rehabilitation Cost Group* (RCG) zugeordnet. Für das ST Reha-System werden die Kostengewichte, beginnend beim Kostengewicht für eine Aufenthaltsdauer von einem Tag bis zur entsprechenden Aufenthaltsdauer aufsummiert, um das effektive Kostengewicht zu erhalten.

Die Frage, ob Leistungen der Palliative Care in ST Reha sachgerecht abgebildet seien, wird von den betroffenen Institutionen mehrheitlich negativ beantwortet: Zwei «Eher Ja»-Antworten stehen sechs «Nein/eher Nein»-Antworten gegenüber. Vier Betriebe äussern keine Meinung bzw. antworten mit «weiss nicht». Ein Betrieb macht geltend, es sei für einen Patienten der Palliative Care nicht möglich, einem Therapieprogramm mit einer vorgegebenen Minutenzahl pro Woche zu folgen.

4.4 Spezialisierte Palliative Care in der stationären Langzeitpflege

Leistungen der stationären Langzeitpflege werden nach den Regeln der Pflegefinanzierung vergütet. Die OKP leistet fixe Beiträge auf Basis von zwölf Pflegestufen, abgestuft nach zeitlichem Aufwand, wobei pro Tag maximal 240 Minuten vergütet werden. Der Patientenbeitrag an die Pflege ist auf 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags begrenzt. Die öffentliche Hand (Kanton oder Gemeinde) ist für die Finanzierung der Restkosten zuständig, wobei jeder Kanton selber definiert, welches die Restkosten sind. Die Pflegeleistungen, die als KVG-pflichtig gelten, sind in Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) abschliessend definiert. Sie lassen sich grob unterteilen in Koordinationsleistungen, Behandlungspflege und Grundpflege. Eine spezifische Definition für Leistungen der Palliative Care gibt es bisher nicht.²⁰

Alle übrigen KVG-Leistungen – ärztliche, therapeutische, weitere – sind ausserhalb der Pflegefinanzierung und müssen separat über die jeweils geltenden Tarife abgerechnet werden. Leistungen, die nicht durch das KVG gedeckt sind, muss die Patientin oder der Patient grundsätzlich selber bezahlen. Dazu zählen insbesondere Leistungen der Hotellerie und der Betreuung. In der Praxis erweist sich die Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen oft als

²⁰ Bei den Beratungen zur Umsetzung der Pflegeinitiative hat das Parlament jüngst eine Bestimmung verabschiedet, wonach der Bundesrat den Pflege- und Betreuungsbedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen, berücksichtigen muss. Die entsprechende Anpassung der KLV muss der Bundesrat noch vornehmen.

schwierig, und je nach Krankheitsbild (z.B. Demenz) können Leistungen, die gemeinhin unter Betreuung fallen, auch eine starke Pflegekomponente aufweisen.

Das geltende Regime der Pflegefinanzierung geht davon aus, dass Patient/innen resp. Klient/innen medizinisch stabil sind und z.B. ärztliche Leistungen nur punktuell in Anspruch nehmen müssen. Dieses Bild ist im Hinblick auf spezialisierte Palliative Care zu revidieren. Patient/innen auf entsprechenden Abteilungen müssen nach Eintritt häufig noch (weiter) stabilisiert werden, und auch in der Folge bleiben sie komplex und sehr aufwändig, mit Bedarf nach grossem Gerätepark und mehr und höher qualifiziertem, multiprofessionellem Personal. D.h. nicht nur Pflegepersonal, sondern auch Ärztinnen und Ärzten, Psycholog/innen und Sozialdienst etc. müssen stets präsent oder in Rufbereitschaft sein.

Alle diese Leistungen müssen bezahlt werden, was aber wie gesehen durch die Pflegefinanzierung nicht sichergestellt ist. Anbieter spezialisierter Palliative Care, wozu namentlich auch Hospize mit Pflegeheimstatus zählen, sehen sich daher mit einer klaren Unterdeckung konfrontiert.²¹ Der Dachverband Hospize Schweiz schlägt eine andere Art der Finanzierung spezialisierter Palliative Care vor, nämlich über Tagespauschalen, die alle notwendigen Leistungen inklusive Hotellerie und Betreuung abdecken. Ein weiterer Ansatz zielt darauf ab, Leistungen der spezialisierten Palliative Care Langzeitpflege analog Spitalfinanzierung abzubilden, also mittels Schaffung einer spezifischen Basis-DRG innerhalb der SwissDRG-Tarifstruktur. Dieser Ansatz trägt dem Umstand Rechnung, dass zumindest zu Beginn des Aufenthalts der Patient bzw. die Patientin instabil *und* komplex sein kann, d.h. eine Spitalbedürftigkeit aufweist.

Wir haben die Mitglieder danach gefragt, wie sie die drei Vorschläge zur Finanzierung der spezialisierten Palliative Care beurteilen:

- a) Vergütung gemäss den bestehenden Regeln, unterschieden nach Leistungsart (Pflegefinanzierung, TARMED²², Physiotherapietarif, andere), wobei Revisionen falls nötig in den jeweiligen Regelwerken und Tarifstrukturen anzustreben seien;
- b) Vergütung integral mittels Tagespauschalen im Rahmen einer neuen, schweizweit einheitlichen Tarifstruktur (Vorschlag Dachverband Hospize Schweiz);
- c) Vergütung integral mittels spezifischer Pauschalen im Rahmen der SwissDRG-Tarifstruktur (Schaffung einer Basis-DRG für spezialisierte stationäre Palliative Care Langzeitpflege in Ergänzung zur bereits bestehenden Basis-DRG A97 für spezialisierte stationäre Palliative Care Akutsomatik).

Die Präferenzen der Antwortenden gehen klar in Richtung Vergütung gemäss den bestehenden Regeln, d.h. am Prinzip der nach Leistungsart unterschiedlichen Finanzierung (Pflege, medizinische, therapeutische, Betreuung) soll festgehalten werden. Doch auch der Vorschlag einer pauschalen Vergütung des Leistungsspektrums stösst bei den antwortenden Betrieben zumindest teilweise auf Zustimmung, wobei Tagespauschalen gegenüber DRG tendenziell bevorzugt werden (vgl. Tabelle 8 nachfolgend).

²¹ Gemäss einer Studie von Polynomics (2020) werden von CHF 678 durchschnittlichen Vollkosten pro Tag lediglich CHF 449 vergütet, d.h. rund ein Drittel der Kosten oder CHF 229 sind nicht gedeckt.

²² Resp. TARDOC, die neue Einzelleistungs-Tarifstruktur für ärztliche Leistungen, die gemeinsam mit den u.a. von H+ konzipierten ambulanten Pauschalen dem Bundesrat bis Ende 2023 zur Genehmigung eingereicht werden und den TARMED ablösen soll (siehe Abschnitt 4.5 weiter unten).

Tabelle 8: Vorschläge zur Finanzierung/Tarifierung stationäre spezialisierte Palliative Care Langzeitpflege

	Vergütung im bestehenden Rahmen (Pflegefiananzierung, TARMED, Physiotherapietarif, andere)	Tagespauschalen (neue, schweizweit einheitliche Tarifstruktur)	Pauschalen innerhalb SwissDRG (neue Basis-DRG)
Ja, absolut	5	0	1
Eher ja	2	5	2
Eher nein	0	1	1
Nein, gar nicht	0	0	0
Keine Antwort / weiss nicht	0	1	3
<i>Total</i>	7	7	7

Eine Institution bemerkt dazu, dass eine sachgerechte Vergütung im Rahmen der bisherigen Regelwerke vermutlich am sinnvollsten, aber auch am schwierigsten umzusetzen sei. Insofern sei eine Vergütung mittels Tagespauschalen für Hospize und Pflegeheime, die nebst spezialisierter auch allgemeine Palliative Care umfassen würde, eventuell einfacher umzusetzen. Eine Pauschalierung der Leistungen mittels DRG wiederum sei für Akutspitäler sinnvoll, nicht aber für Pflegeinstitutionen.

4.5 Ambulante Palliative Care

Ambulante Spitalleistungen werden heute grossmehrheitlich via den Einzelleistungstarif TARMED vergütet. Die gesetzliche Grundlage dafür bildet Artikel 43 Absatz 5 KVG. Sie wurde dahingehend revidiert, dass künftig auch Pauschaltarife auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen, und dass Pauschalen in denjenigen Bereichen, in denen sie von den Tarifpartnern vereinbart werden, Vorrang vor Einzelleistungstarifen haben.²³

Der TARMED ist nach übereinstimmender Auffassung stark veraltet und die auf ihm beruhende Vergütung nicht mehr sachgerecht. Im spitalambulanten Bereich besteht generell eine Unterdeckung von rund 30 Prozent. Palliative Care-spezifische Positionen sind im TARMED keine enthalten, entsprechende Leistungen müssen über andere Positionen abgerechnet werden. Die neue Tarifstruktur TARDOC, die von FMH und Curafutura erarbeitet worden ist und ebenfalls auf Einzelleistungen beruht, weist demgegenüber palliativmedizinische Positionen auf. Jedoch wurde der TARDOC vom Bundesrat bisher nicht genehmigt.

H+ hat derweil gemeinsam mit Santésuisse das ambulante Pauschaltarifsystem finalisiert und dieses seinerseits dem Bundesrat eingereicht. Die Pauschaltarife sollen wie im stationären Bereich auf transparenten Kosten- und Leistungsdaten beruhen, jährlich aktualisiert und datenbasiert an medizinische Entwicklungen angepasst werden. Bis Ende 2023 sollen alle Tarifpartner (FMH, H+, Santésuisse, Curafutura und MTK) gemeinsam die beiden Tarifstrukturen zu einem

²³ Art. 43 Abs. 5ter KVG, in Kraft seit 1.1.2023.

kohärenten Ganzen zusammenfügen. Dabei muss auch entschieden werden, für welche Leistungen in Zukunft welches der beiden Tarifwerke gelten soll. Die neuen Tarife sollen gemäss Fahrplan ab 1. Januar 2025 gelten.

Ein weiteres grosses Reformprojekt ist derzeit auf politischer Ebene hängig, nämlich die Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen aus einer Hand, resp. die Einführung des Monismus (kurz: EFAS). Über die Notwendigkeit der Reform sind sich die eidgenössischen Räte einig. Uneinigkeit besteht darin, welche Leistungen künftig via EFAS vergütet werden sollen: nur diejenigen im medizinischen Bereich oder auch Leistungen, die heute unter die Pflegefinanzierung fallen (Art. 25a KVG). Der Nationalrat bevorzugt die erste, der Ständerat die zweite Variante. Die Differenzbereinigung dürfte noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Wie sollen ambulante medizinische und psychiatrische Leistungen der Palliative Care – inklusive mobile Palliativ-Dienste – aus Sicht der Mitglieder finanziert bzw. tarifiert werden? In Form von Einzelleistungstarifen oder mittels Pauschaltarifen? Und für den Fall, dass ambulante und stationäre Leistungen inskünftig einheitlich (monistisch) finanziert werden: soll diese Finanzierung auf den medizinischen Bereich beschränkt sein oder auch Leistungen der Langzeitpflege umfassen?

Es zeigt sich eine gewisse Präferenz für die Vergütung via Einzelleistungstarif, sei es im Rahmen der bestehenden (TARMED) oder einer neuen Tarifstruktur (z.B. TARDOC). 57% der antwortenden Mitglieder plädieren «absolut» oder «eher» dafür, 21% «ganz und gar» oder «eher» dagegen. Bezüglich einer Abbildung der Leistungen mittels Pauschaltarifen halten sich (eher) befürwortende und (eher) ablehnende Stimmen die Waage. Die Zahl der Unentschiedenen («keine Antwort» resp. «weiss nicht») ist bei beiden Fragen relativ hoch.

Tabelle 9: Tarifierung Ambulante Palliative Care, inkl. Mobile Dienste

	Einzelleistungstarif (TARMED, TARDOC, etc.) gem. Art. 43 Abs. 5 KVG	Pauschaltarif (neue Tarifstruktur) gem. Art. 43 Abs. 5 nKVG	EFAS (einheitliche Finanzierung ambulant und stationär, inkl. Pflegeleistungen)
Ja, absolut	19 (27%)	11 (16%)	13 (19%)
Eher ja	21 (30%)	15 (21%)	19 (27%)
Eher nein	10 (14%)	21 (30%)	9 (13%)
Nein, gar nicht	5 (7%)	7 (10%)	6 (9%)
k.A. / weiss nicht	15 (21%)	16 (23%)	23 (33%)
<i>Total Antwortende</i>	<i>70</i>	<i>70</i>	<i>70</i>

Hinweis: Im Sample vertreten sind Mitglieder der Gruppierungen Akutsomatik (Zentrumsversorgung, Grundversorgung), Universitätsspitäler, Privatkliniken, Psychiatrie und Langzeitpflege. Die Mitglieder Gruppierung Rehabilitation wurden zu diesem Punkt nicht befragt, da der Fragebogen im Bereich Rehabilitation keine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Palliative Care vorsah.

Die Präferenz für Einzelleistungstarife spiegelt sich auch in den Bemerkungen wider. Die Tarifierung als Einzelleistung sei sachgerechter, denn sie erlaube im Vergleich zu Pauschaltarifen eine präzisere Abbildung des tatsächlichen Aufwands. Allenfalls kämen Pauschalen für die Abbildung der häufigsten Tätigkeiten in Betracht. Jedoch seien palliative Patient/innen und ihr Bedarf an medizinischen, pflegerischen und Betreuungs-Leistungen zu heterogen und das Leistungsspektrum als Ganzes zu komplex, als dass dieses gut pauschal abgebildet werden könne.

Die ambulante Palliative Care solle dazu dienen, Hospitalisationen zu vermeiden. Dafür brauche es eine kostendeckende Finanzierung. Fallpauschalen hingegen seien auf möglichst hohe Kosteneffizienz ausgerichtet und würden gerade in palliativen Situationen die Gefahr von Leistungskürzungen bergen.

Die Frage, ob sämtliche Leistungen der ambulanten Palliative Care, medizinische, psychiatrische sowie pflegerische, in eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) zu integrieren seien, ergibt kein eindeutiges Meinungsbild. 46% der Antwortenden sprechen sich «absolut» oder «eher» dafür aus, 21% «eher» oder «ganz und gar» dagegen. Jedoch zeigen sich 33% in dieser Frage unentschieden. Die wenigen Bemerkungen, die geäußert werden, enthalten eine gewisse Skepsis gegenüber EFAS *generell*: EFAS berücksichtige zu wenig die unterschiedlichen Voraussetzungen von stationären und ambulanten Leistungen, die auch nicht die gleichen Kosten beinhalteten. Ein Mitglied kann der Reform insofern positive Seiten abgewinnen, als diese die aus seiner Sicht teilweise noch notwendige innerbetriebliche Querfinanzierung ambulanter Leistungen obsolet machen würde.

4.6 Spezifische Massnahmen der Palliative Care-Finanzierung

Zum Abschluss dieses Kapitels haben wir die Mitglieder um die Einstufung verschiedener Massnahmen gebeten, die bezogen auf die Leistungsfinanzierung der Palliative Care diskutiert werden. Die Mitglieder konnten auf einer Skala von 1-6 angeben, welche Priorität sie den Massnahmen beimessen (von 1= «keine Priorität» bis 6 = «höchste Priorität»), resp. ob aus ihrer Sicht überhaupt Massnahmen in Bezug auf Palliative Care ergriffen werden sollen. Eine Übersicht der Ergebnisse dieses Teils der Befragung liefert Tabelle 10 (nachfolgende Seite).

Es ragen zwei Kategorien von Leistungen klar hervor, bei denen eine bessere finanzielle Vergütung für die antwortenden Mitglieder höchste Priorität hat, nämlich Leistungen in Abwesenheit des Patienten resp. der Patientin und ambulante Pflegeleistungen nach Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Je die Hälfte der Antwortenden machen diese Einstufung (Stufe 6 von 6). Hinzu kommt ein gutes Viertel (28% resp. 25%), die diesen Massnahmen zweithöchste Priorität einräumen (Stufe 5 von 6). Hinter den beiden Spitzenreitern liegen Massnahmen der Vergütungsregelung für die folgenden Kategorien von Leistungen, denen je rund zwei Drittel der Antwortenden hohe oder höchste Priorität einräumen (Stufe 5 oder 6):

- die Erweiterung der Pflegebedarfsstufen für stationäre Pflegeleistungen nach KLV (67% Priorisierung auf Stufe 5 oder 6),
- die separate Regelung der konsiliarischen Leistungen der mobilen Palliativ-Dienste im KVG (65%),
- die Anerkennung psychosozialer und spiritueller Leistungen an Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase als KVG-pflichtige Leistungen, also z.B. Psychologie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Kunsttherapie, Seelsorge, etc. (65%),
- die Regelung der Vergütung von Beratungsleistungen im KVG, namentlich Gesundheitliche Vorausplanung (65%),
- die bessere tarifliche Abbildung medizinisch-therapeutischer Leistungen, namentlich Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Ernährungsberatung/-therapie (63%).

Tabelle 10: Priorisierung spezifischer Massnahmen der Leistungsfinanzierung der Palliative Care (Fragen a)-l)).

Priorisierung Massnahmen	1	2	3	4	5	6	Weiss nicht
a) Psychosoziale Leistungen	3 (4%)	3 (4%)	4 (5%)	14 (18%)	22 (29%)	27 (36%)	3 (4%)
b) Leistungen in Abwesenheit	0 (0%)	0 (0%)	4 (5%)	11 (14%)	21 (28%)	38 (50%)	2 (3%)
c) Konsiliarische Leistungen mobile PC	2 (3%)	5 (7%)	3 (4%)	6 (8%)	20 (26%)	29 (38%)	11 (14%)
d) Stationäre konsiliarische Leistungen	3 (5%)	7 (11%)	3 (5%)	7 (11%)	17 (27%)	21 (33%)	5 (8%)
e) Pflege nach Art. 7 Abs. 2 KLV	1 (1%)	2 (3%)	3 (4%)	10 (13%)	23 (30%)	23 (30%)	14 (18%)
f) Amb. Pflege nach Art. 7a Abs. 1 KLV	1 (1%)	1 (1%)	3 (4%)	7 (9%)	19 (25%)	37 (49%)	8 (11%)
g) Stat. Pflege nach Art. 7a Absl 3 KLV	0 (0%)	1 (1%)	2 (3%)	8 (11%)	23 (30%)	28 (37%)	14 (18%)
h) Med.-therap. Leistungen	4 (5%)	1 (1%)	6 (8%)	11 (14%)	25 (33%)	23 (30%)	6 (8%)
i) Psychotherapie	5 (7%)	3 (4%)	5 (7%)	11 (14%)	25 (33%)	19 (25%)	8 (11%)
j) Support Angehörige	6 (8%)	4 (5%)	6 (8%)	11 (14%)	19 (25%)	25 (33%)	5 (7%)
k) Gesundheitl. Vorausplanung	4 (5%)	1 (1%)	6 (8%)	13 (17%)	24 (32%)	25 (33%)	3 (4%)
l) Aus- und Weiterbildung	3 (4%)	5 (7%)	9 (12%)	12 (16%)	20 (26%)	17 (22%)	10 (13%)
<i>Total Antwortende: 76 (ausser d) Stationäre Konsiliarische Leistungen: 63</i>							

Lesebeispiel: 27 Betriebe (36% aller Antwortenden) sind der Meinung, dass der Anerkennung psychosozialer (Psychologie, Sozialarbeit/-pädagogik, Kunsttherapie) und spiritueller (Seelsorge) Leistungen an Patient/innen in der letzten Lebensphase als KVG-pflichtige Leistungen höchste Priorität (Stufe 6) beizumessen sei.

Des Weiteren priorisieren drei Fünftel der Betriebe eine Vergütung von stationären Leistungen der (spitalinternen) palliativmedizinischen Konsiliar- und Liaisondienste über Zusatzentgelte statt über DRG resp. PCG (60% Priorisierung auf Stufe 5 oder 6). Ebenso viele messen der Ausdifferenzierung resp. Erweiterung von Pflegeleistungen und Massnahmen in Artikel 7 KLV hohe oder höchste Priorität bei. Etwas dahinter folgen mit je 58% Priorisierung auf Stufe 5 oder 6 die Regelung der Vergütung von Supportleistungen für Angehörige und nahestehende Bezugspersonen (inklusive Trauerarbeit) im KVG sowie die bessere tarifliche Abbildung von psychotherapeutischen Leistungen. Klar am wenigsten Priorisierung auf Stufe 5 oder 6, nämlich

48% der Antwortenden, resultiert für die bessere tarifliche Abbildung der Kosten für Aus- und Weiterbildung in Palliative Care.²⁴

In der Gesamtbetrachtung fällt auf, dass die antwortenden Mitglieder vor allem bei Leistungen im ambulanten Bereich (Pflege, Therapie, Konsiliarleistungen, Wegkosten) sowie bei Leistungen an der Schnittstelle zwischen stationär und ambulant Massnahmen zur besseren Finanzierung als hochprioritär erachten. Denn Leistungen in Abwesenheit des Patienten sind häufig an der besagten Schnittstelle angesiedelt. Dazu zählen etwa Austrittsplanung, Koordination und Vernetzung, Rundtischgespräche oder auch die 24-Stunden-Rufbereitschaft. Psychosoziale, spirituelle sowie beratende Leistungen, die bisher *nicht* als KVG-pflichtige Leistungen gelten, rangieren ebenfalls weit oben auf der Prioritätenliste. Eine Palliativklinik bemerkt, dass eine gesetzliche Verankerung der Palliative Care ein Muss sei. «Es braucht diesbezüglich eine Systemveränderung.» Sekundiert wird sie von einem Regionalspital: Zwar werde Palliative Care auch in der Schweiz seit Jahren grundsätzlich als sinnvoll und förderungswürdig erachtet. «Nach wie vor bleibt es jedoch bei Absichtserklärungen, und es mangelt an finanziellen Zuschüssen bzw. einer soliden Vergütungsgrundlage für die sprechende Medizin.» Zugleich sei der Ausbildungsaufwand hoch, beispielsweise die Anforderungen für den ärztlichen Schwerpunkt Palliative Medizin, doch die Vergütung für die damit geleistete Arbeit sei nicht attraktiv.

Im Ergebnis wünscht die Hälfte der antwortenden Mitglieder eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Finanzierung der Palliative Care-spezifischen Leistungen. 37 von 76 Institutionen (49%) beantworten die Frage, ob der geltende Rahmen beizubehalten sei, mit «nein» oder «eher nein». 18 Betriebe (24%) sind gegenteiliger Ansicht. 21 Betriebe (27%) äussern dazu keine Meinung.

5 Wie weiter? Die Sicht der Teilnehmenden

Zum Abschluss der Befragung wurden die Mitglieder um ihre Meinung gebeten, inwieweit sich H+ für die Belange der Palliative Care in der Schweiz engagieren sollte. Hier wurden wieder sämtliche Teilnehmende angesprochen, unabhängig davon, ob sie Palliative Care selber anbieten oder nicht. Die Befragten konnten auf einer Skala von 1 bis 6 angeben, wo sie ihre Präferenz verorteten, wobei die Extrempositionen folgende Aussagen enthielten:

- Skalenziffer 1 = H+ kann sich eines Engagements für die Palliative Care guten Gewissens enthalten, zumal die Versorgung hinreichend gewährleistet und die Leistungen adäquat finanziert sind.
- Skalenziffer 6 = H+ soll sich stark für die Palliative Care engagieren, namentlich im Hinblick auf eine hinreichende Versorgung sowie eine adäquate Leistungsfinanzierung.

Das Votum der Teilnehmenden kommt einem Plädoyer für ein starkes Engagement zugunsten der Palliative Care gleich. 57% optieren für die höchste Stufe, 24% für die zweithöchste Stufe.

²⁴ Weitgehend dasselbe Bild ergibt sich, wenn nur die Antworten der Gruppierungen Akutsomatik, Universitätsspitäler und Privatkliniken berücksichtigt werden (Total 52 Antwortende).

Nur fünf Prozent wünschen ein niederschwelliges Engagement von H+ (Stufe 2 oder 3). Kein einziges der antwortenden Mitglieder möchte, dass sich H+ ganz enthält.²⁵

Tabelle 11: Gewünschtes Engagement von H+ für die Palliative Care

	1	2	3	4	5	6	Weiss nicht
Gewünschtes Engagement	0 (0%)	3 (3%)	2 (2%)	8 (9%)	22 (24%)	52 (57%)	4 (5%)
<i>Total der Antworten: 91</i>							

13 Mitglieder äusserten Anmerkungen und Wünsche zum Thema der Befragung. Diese seien hier im Wortlaut wiedergegeben, im Sinne von individuellen Meinungsäusserungen. Sie decken sich nicht unbedingt mit der Meinung von H+ Die Spitäler der Schweiz. Für die Diskussion der Befragungsergebnisse sind sie aber gleichwohl relevant (vgl. Abschnitt 5.1 und Kapitel 6 weiter unten).

Regionalspital Deutschschweiz:

Palliativmedizin sollte flächendeckend in optimaler Qualität sowohl stationär als auch ambulant angeboten werden. Der Bedarf wird mittelfristig signifikant steigen. Bevor man irgendwelche Qualitätsverbesserungsmassnahmen in Angriff nimmt, muss schnellstmöglich ein finanzieller Rahmen geschaffen werden, welcher es ermöglicht, die bisher erbrachten Leistungen weiter zu erbringen, und in welchem auch über qualitätsverbessernde Massnahmen diskutiert werden kann (statt wie üblich umgekehrt).

Palliativklinik Romandie:

H+ peut aussi s'engager pour aider à clarifier quelle structure fait quoi, sinon, tout le monde fait tout et les coûts de la santé continuent à augmenter.

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Zentral für die Qualität der Versorgung von Patient/innen mit Palliative Care-Bedarf ist, dass der Bedarf rechtzeitig erkannt wird. Dies bedeutet frühzeitiger Kontakt mittels Konsilien oder im Ambulatorium, bei Spitaleintritt frühzeitiges Konsilium sowie frühzeitige Identifikation und Triage von Patient/innen mit Bedarf an spezialisierter Palliative Care. Erfolgt diese Triage stationär am Tag 1, kann spezialisierte Palliative Care auch finanziell bereits jetzt gewinnbringend erbracht werden.

Zentrumsspital Romandie:

Il y a un besoin de détailler les dotations relatives au rôle professionnel de manière clair et précise entre: infirmière spécialisée, infirmière, ASSC et aide-infirmier, spécifiquement pour le domaine des soins.

²⁵ Noch klarer fällt das Plädoyer unter den teilnehmenden Akutspitälern, Universitätsspitalern und Privatkliniken aus. Hier optieren 70% für die höchste und 23% für die zweithöchste Stufe, d.h. über 90% für ein starkes bis sehr starkes Engagement von H+.

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz:

Die Bezeichnung Palliative Care wird oft so verstanden, dass es um das Endstadium im Behandlungsprozess geht (kurzfristige Perspektive) analog der Somatik. Dies entspricht in der Psychiatrie psychiatrisch-psychotherapeutisch austherapierten Patient/innen. Bei Abhängigkeitserkrankungen erweist sich die Problematik, dass austherapierte Patient/innen weiterkonsumieren (persistierende Symptomatik). Dafür fehlen Palliative Care Plätze, weil Abstinenz vorausgesetzt wird. Hier besteht ein Lösungsbedarf.

Kinderspital Deutschschweiz:

In der Pädiatrie ist Palliative Care annähernd kostendeckend möglich: Zentrumsstrategie mit DRG und Querfinanzierung des ambulanten 24/7-Bereichs durch das spital-gestützte Team (vgl. Strategie skizziert von Pallivia.ch und erfolgreich implementiert in der gesamten Region). Im nächsten Schritt braucht es einen überkantonalen Versorgungsauftrag von je einem Zentrum, das auf eine Prävalenz von mindestens 150 komplex chronischen Patientinnen und Patienten mit potenziell (sic!) lebensverkürzender Diagnose kommt.

Anmerkung H+: Die Aussage, dass in der Pädiatrie Palliative Care annähernd kostendeckend möglich sei, wird von einem anderen Kinderspital kritisch kommentiert. Sie decke sich nicht mit der eigenen Erfahrung. Von einer «Querfinanzierung» des ambulanten Bereichs der pädiatrischen Palliative Care sei man weit entfernt. Eine solche Aussage könne dazu verleiten, die Dringlichkeit der Verbesserungen für die Finanzierung im stationären und ambulanten Bereich herabzustufen.

Psychiatrische Universitätsklinik Deutschschweiz:

Mein Wunsch: Übernahme der Palliative Care-Leistungen in die Tarifsysteme für (Alters-)Psychiatrie.

Ich bedanke mich ausdrücklich für diesen Fragebogen, in dem die Alterspsychiatrie einen neuen Stellenwert erhalten hat. Ich glaube, es ist im Sinne unserer Patient/innen. Ich wünsche ein gutes Gelingen.

Palliativklinik Deutschschweiz:

Es handelt sich hier um eine wichtige Initiative! Das Hauptaugenmerk sollte auf folgenden Aspekten liegen:

- a) Abbau terminologischer, definatorischer Missverständnisse (bzgl Hospiz und Home Care) und Schaffung klarer Definitionen des Auftragspektrums und der Strukturqualität, analog zu anderen Gesundheitssystemen, z.B. in Deutschland.
- b) die veralteten und politisch motivierten Bedarfszahlen (WHO) für stationäre Palliative Care/Hospiz sind wie in anderen europäischen Ländern als unrealistisch zu erkennen, um falsche, nicht Patient/innen-zentrierte Anreize zu unnötigen Hospitalisierungen zu vermindern. Der Ansatz «nur ein belegtes Bett ist ein gutes Bett» ist zu überwinden.
- c) Es ist zu verhindern, dass insbesondere in kleineren Kantonen neue Anbieter einzelner Institutionen, z.B. (Kinder-)Hospize, die bestehenden Netzwerke kannibalisieren (siehe Studie Sottas²⁶ im Auftrag des BAG). Stattdessen sind bestehende Netzwerke zu stärken und mit dem Aufbau neuer Strukturen zu beauftragen.

²⁶ Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. Hospize, Factsheet Nutzenstudie. Beat Sottas et al, Sottas formative works, Freiburg (2019).

Zentrumsspital Romandie:

Les soins palliatifs (généraux et spécialisés) pourraient apporter une diminution des coûts de la santé et d'un hôpital de manière conséquente s'ils étaient plus soutenus et développés.

Privatklinik Romandie (Chirurgie):

L'offre doit être dissociée du financement. Les soins palliatifs sont notoirement sous-financés, que l'offre soit adéquate ou non.

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Der Bedarf an Palliative Care wird in Zukunft zunehmen.

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz:

Mein Wunsch: Übernahme der Palliative Care-Leistungen in die Tarifstrukturen für Konsiliar- und für Alterspsychiatrie. – An dieser Stelle möchte ich mich bedanken für den äusserst gut durchdachten und differenzierten Fragebogen.

Palliativklinik Deutschschweiz:

Ich finde es sehr gut, dass aktuelle Daten zum Stand der Palliative Care erhoben werden, und dass sich H+ hier federführend engagiert. Dies ist für die weitere gesundheitspolitische Entscheidungsfindung zu Gunsten der Palliative Care wertvoll und wichtig.

Eine gesetzliche Verankerung der Palliative Care (und der Interprofessionalität der Leistungen) ist für mich unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass in der Folge die Tarifierung angepasst werden muss.

5.1 Zwischenfazit

Der Bedarf nach Palliative Care wird zunehmen. Die finanziellen Rahmenbedingungen müssen für sie dringend verbessert werden. Ihre Verankerung im KVG ist deshalb ein Muss. Palliativmedizin wirkt auf das Gesundheitssystem kostendämpfend, wenn sie genügend gefördert wird. Versorgungstechnisch gilt es, die bestehenden Angebote bestmöglich aufeinander abzustimmen und den vorhandenen Netzwerken Sorge zu tragen. Es braucht eine überkantonale Versorgungsplanung, auch für pädiatrisch-palliative Patient/innen. Wichtig ist sodann, dass Menschen mit palliativ-psychiatrischem Bedarf bei der Versorgung und Finanzierung angemessen berücksichtigt werden. Seitens der Leistungserbringer sind frühzeitiges Erkennen einer palliativen Situation und ein optimaler Skill-Grade-Mix beim Gesundheitspersonal zentrale Aufgaben.

Dieses Zwischenfazit enthält wichtige Denkanstösse, die in die Diskussion einfließen. In Kapitel 6 wird eine Gesamtschau der Befragungsergebnisse vorgenommen.

6 Diskussion der Befragungsergebnisse

Palliative Care gewinnt immer mehr an Bedeutung. Sowohl angebots- als auch nachfrageseitig ist im Lauf der letzten fünf bis zehn Jahre eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Dies betrifft alle Versorgungsbereiche: stationär (Akutsomatik, Langzeitpflege, Psychiatrie, insbesondere Alterspsychiatrie und – was allgemeine Palliative Care betrifft – wahrscheinlich auch Rehabilitation) und ambulant (Palliativ-Ambulatorien, mobile Palliative Care-Dienste). Innerhalb von H+ gibt es mindestens 60 Anbieter stationärer Palliative Care (davon 49 mit spezialisierten Angeboten) und mindestens 31 Anbieter ambulanten Palliative Care. Erfreulicherweise erklären sich alle befragten Betriebe bereit und in der Lage, das bestehende Angebot an spezialisierter und allgemeiner Palliative Care auch in Zukunft aufrecht zu erhalten. Von besonderer Bedeutung sind diejenigen Institutionen, die Palliative Care in mehreren Sparten anbieten. Mehrspartenbetriebe decken potenziell die gesamte Versorgungskette ab, auch intermediär (palliative Brückenangebote). Es gibt solche Institutionen, wenn auch nicht an breiter Front.

Was die spezialisierte Palliative Care-Versorgung betrifft, nimmt die Mehrzahl der Befragten allerdings bedeutende Angebotslücken wahr, je nach Versorgungsbereich in mehr oder weniger grossem Ausmass. Am dringlichsten scheint der Nachholbedarf in der stationären Langzeitpflege zu sein, also Hospize sowie Pflegeheime mit einer Palliative Care-Abteilung. Dieser Befund deckt sich mit demjenigen des Büros BASS aus der Kantonsbefragung von 2018.²⁷ Überdurchschnittlich häufig genannt werden auch (Alters-)Psychiatrie sowie mobile Palliativdienste. Viele Spitäler scheinen mindestens zeitweise Mühe zu bekunden, für Patient/innen mit komplexer Problematik, die sich in der letzten Lebensphase befinden, eine gute Anschlusslösung zu finden. Der Hauptgrund dafür liegt in der unzureichenden Finanzierung. Die Pflegefinanzierung in ihrer heutigen Form deckt den Mehraufwand im Vergleich zur «normalen» Pflege – zeitlich und in punkto Personaldotierung – nicht ab, ganz zu schweigen von den übrigen Leistungen, die erbracht werden müssen: ärztliche, therapeutische, psychosoziale, Beratung, etc. Unter dem Strich resultiert so für Hospize und Pflegeheime eine grosse Unterdeckung.²⁸

Zwar gibt es mobile Palliativdienste, die ihr Know-How für Pflegeheime ohne spezialisierte Palliative Care-Abteilung zur Verfügung stellen und auch die palliative Versorgung von Patient/innen zu Hause ermöglichen, die ansonsten hospitalisiert werden müssten. Jedoch können mobile Dienste namentlich konsiliarische Leistungen nicht via OKP abrechnen, weshalb diese von den Pflegeheimen oft nicht in Anspruch genommen werden. Dabei würde ein flächendeckendes, solide finanziertes Angebot an mobilen Diensten sowie auch an Palliativ-Ambulatorien helfen, den einen oder anderen Spitalaufenthalt oder verfrühten Pflegeheim- oder Hospizeintritt zu vermeiden. Auch Kinder und Jugendliche mit palliativen Bedürfnissen, die in der Diskussion oft vergessen gehen, würden von einem Ausbau ambulanter Palliative Care-Angebote profitieren.

Es scheint daher unabdingbar, dass rasch Massnahmen ergriffen werden, um die drängendsten Probleme zu lösen. Dazu gehört erstens eine bessere tarifliche Abbildung der Palliative Care-Leistungen in Abwesenheit des Patienten / der Patientin (z.B. Koordination und Vernetzung / Rundtischgespräche, Austrittsplanung, Organisation Entlastungsdienst, 24-Stunden-Rufbereitschaft, etc.). Zweitens eine Erhöhung der Beiträge an ambulante Pflegeleistungen, drittens eine

²⁷ BASS AG (2019): Palliative Care in den Kantonen. Schlussbericht im Auftrag des BAG.

²⁸ Vgl. Polynomics (2020): Kostenberechnung Hospizstrukturen.

Erweiterung der Pflegebedarfsstufen für stationäre Pflege und damit eine Vergütung über die heute geltenden maximal 240 Pflegeminuten pro Tag hinaus. Viertens eine Ausdifferenzierung von Pflegeleistungen und Massnahmen in Artikel 7 KLV, damit situativ (zum Beispiel bei Vorliegen einer Demenz) auch pflegenahе Leistungen vergütet werden können, die heute unter Betreuung fallen. Fünftens eine bessere tarifliche Abbildung medizinisch-therapeutischer und psychotherapeutischer Leistungen. All diese Massnahmen können auf Verordnungsstufe oder durch Revision der bestehenden Tarifsysteme bewerkstelligt werden. Eine Gesetzesänderung braucht es dafür nicht.

Mittelfristig sollten auch Leistungen, die sich im palliativen Kontext als notwendig erweisen, als KVG-pflichtige Leistungen anerkannt werden. Primär zu nennen sind neben konsiliarischen Leistungen auch psychosoziale und spirituelle Leistungen, Beratungsleistungen wie etwa Gesundheitliche Vorausplanung sowie Supportleistungen für Angehörige inklusive Trauerarbeit. Kurzum: das ganze Spektrum der bio-psycho-sozial-spirituellen Begleitung inklusive Sterbebegleitung sollte via KVG abgegolten werden können, möglichst in Form einer pauschalen Vergütung, die alle notwendigen Leistungen abdeckt.

Für die Palliative Care im akutstationären Bereich liegt eine pauschale Vergütung bereits vor. Entsprechende Leistungen werden in den Tarifsystemen SwissDRG (Akutsomatik) und TARPSY (Psychiatrie) abgebildet. Das Problem ist, dass allen Bemühungen zum Trotz nach wie vor keine in jeder Hinsicht sachgerechte Abbildung der spezialisierten, aber auch der allgemeinen Palliative Care-Leistungen vorliegt. Aufgrund der Kleinheit und Heterogenität der Fallgruppen scheint das Ziel einer hundertprozentigen Abbildungsgenauigkeit auch kaum je erreichbar zu sein. Diese Situation führt zu finanziellen Verlusten, wovon letztlich alle Anbieter betroffen sind. Aktuelle Datenanalysen von H+ haben diesen Befund bestätigt.²⁹ Auch die hauptsächlichen Problembereiche sind hinlänglich identifiziert: Je mehr Kurzlieger/innen, hochkomplexe Patient/innen, Langlieger/innen und/oder zuverlegte Patient/innen eine Palliativstation resp. Palliativklinik behandelt, desto existenzieller drängt sich für sie eine Lösung auf. Dass die Begleitung des Sterbeprozesses nicht adäquat abgebildet wird und Patient/innen am Lebensende in Form von unerfüllbaren Mindestkriterien – zum Beispiel sechs Stunden Therapie pro Woche – unnötig Hürden auferlegt werden, ist aus medizinisch-ethischer Perspektive höchst problematisch und letztlich nicht hinnehmbar.

Angesichts der vergleichbar prekären Situation, in der sich Palliativstationen, Palliativkliniken, Hospize und hospizähnliche Strukturen in sozialmedizinischen Institutionen heute befinden, sind Alternativen zu den geltenden Finanzierungsregimes ernsthaft und vorbehaltlos zu prüfen, und zwar ganzheitlich. Hierbei lohnt sich ein Blick nach Deutschland, wo gemäss dem Hospiz- und Palliativgesetz³⁰ Palliativstationen von Spitälern und Hospize als „besondere Einrichtungen“ gelten und ihre Leistungen mit nach Schweregrad abgestuften Tagespauschalen vergüten können.³¹ Dies wäre auch in der Schweiz ein gangbarer Weg, um eine nachhaltige und ethisch vertretbare Finanzierung der spezialisierten stationären Palliative Care zu erreichen. Eine auf ab-

²⁹ Palliativ-Abbildung innerhalb SwissDRG. H+, 7.6.2022 (unveröffentlicht).

³⁰ [Bundesgesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland \(Hospiz- und Palliativgesetz\) vom 01.12.2015.](#)

³¹ Siehe auch: Gordon R. et al. (2009).

gestuften Tagespauschalen beruhende Finanzierung sollte im Rahmen eines Pilotprojekts getestet werden. Ein solches System hat auch potenziell kostendämpfende Wirkung, weil die hinlänglich bekannten Fehlanreize bei der Behandlung von Menschen am Lebensende beseitigt werden. Mit dem neuen Artikel 59b KVG verfügt der Bundesrat über die gesetzliche Grundlage, um Pilotprojekte zu fördern, die für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft eine kostendämpfende Wirkung entfalten.³²

Parallel zum Testen einer neuen Tarifstruktur sind bei der Vergütung spezialisierter und allgemeiner stationärer Palliative Care, Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation, Verbesserungen weiterhin in den jährlichen Revisionen bestehender Tarifsysteme anzustreben. Gerade im Bereich der (Alters-)Psychiatrie ist eine starke Zunahme des Bedarfs an Palliative Care zu verzeichnen aufgrund der Tatsache, dass zunehmend ältere, mehrfachkranke (sowohl psychisch als auch körperlich kranke) Menschen zu behandeln sind. Wie erwähnt bietet das Tarifsystem TARPSY bisher keine adäquate Abbildung der Leistungen an Patient/innen in palliativen alterspsychiatrischen Situationen, beispielsweise Komplexbehandlungen. Hinzu kommt, dass weder im stationären noch im ambulanten Bereich eine adäquate Abbildung der konsiliari-schen palliativmedizinisch-alterspsychiatrischen Leistungen in den bestehenden Tarifsystemen gewährleistet ist.

Nicht zu vergessen ist ferner, dass Patient/innen mit palliativen Bedürfnissen auch eine Rehabilitation in Anspruch nehmen können, wobei von den befragten Institutionen ebenfalls eine Zunahme registriert wird. Es handelt sich um Patient/innen, die aufgrund ihrer chronisch fortschreitenden Grunderkrankung sich mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder in der letzten Phase des Lebens befinden, bei denen aber in Bezug auf eine vorübergehende Problematik (zum Beispiel Beinbruch nach Sturz) und die Wiederherstellung bzw. Verbesserung des Funktionsvermögens dennoch ein Rehabilitationspotenzial besteht. Die seit gut einem Jahr bestehende Tarifstruktur ST Reha deckt die spezifischen palliativen Bedürfnisse dieser Patient/innen nicht oder zu wenig genau ab, wie aus der Befragung deutlich hervorgeht. Auch hier besteht also Nachbesserungsbedarf.

Was können die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen selber tun, um die palliative Versorgung der Bevölkerung weiter zu verbessern? Eine ganze Menge. Ohne Zweifel haben Spitäler und Kliniken ebenso wie Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex-Organisationen, mobile Palliativdienste, Hospize und Pflegeinstitutionen ihren festen Platz in der Behandlungskette. Es geht darum, die verschiedenen Angebote bestmöglich abzustimmen, mit Blick auf die Gesamtsituation der Patientin bzw. des Patienten. Dazu gehört ein spezifischer Behandlungspfad für Patient/innen mit palliativen Bedürfnissen, der bereichsübergreifend funktioniert. Dazu gehört aber auch der Respekt vor der Endlichkeit des Lebens, und dass Patient/innen mit palliativen Bedürfnissen frühzeitig erkannt werden. Spitalaufenthalte – auch mehrfache – sind bei instabilen, komplexkranken Patientinnen und Patienten am Lebensende kaum gänzlich zu vermeiden, weder jetzt noch in Zukunft. Auch in Spitälern darf gestorben werden. Das Ziel muss darin bestehen, die Behandlung, Pflege und Betreuung dieser Patienten im Spital so zu gestalten, dass die bestmögliche Lebens- und Sterbensqualität erreicht wird – unter Einbezug der medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen.

³² Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1a, Änderung KVG vom 18. Juni 2021 (BBl 2021 1496)

6.1 Grenzen der Befragung

Bei der Diskussion der Ergebnisse sind folgende Einschränkungen zu berücksichtigen:

1. Die Befragung beruht ausschliesslich auf Selbstdeklaration. Die Aussagen der Teilnehmenden lassen sich mit der hier angewandten Methodik objektiv nicht überprüfen. Dafür müssten andere Quellen herangezogen werden. Auf einige haben wir verwiesen, etwa auf öffentliche Statistiken oder wissenschaftliche (namentlich ökonomische) Berechnungen. Denkbar wären weitere Untersuchungen. Das deklarierte Leistungsangebot beispielsweise liesse sich mittels Inhaltsanalyse von kantonalen Leistungsaufträgen überprüfen, was im Rahmen dieser Studie nicht möglich war.
2. Auch wenn die Teilnahmequote mit 25 Prozent vergleichsweise hoch ausfällt, ist festzuhalten, dass drei Viertel der befragten Mitglieder den Fragebogen nicht beantwortet haben. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden bietet Palliative Care selber an, ist also direkt von der Thematik betroffen. Es liegt auf der Hand, dass bei diesen Institutionen ein besonderes Interesse an einer Teilnahme und eine Sensibilität für das Thema vorgelegen hat. Beim Grossteil der Nichtteilnehmenden ist hingegen zu vermuten, dass sie kein Angebot der Palliative Care aufweisen. Deshalb gehen wir davon aus, dass das vorliegende Sample für die Situation der Palliative Care in der Schweiz repräsentativ ist. Allerdings ist bei den Gruppierungen Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege das Teilnehmerfeld zahlenmässig schmal bestückt, weshalb Aussagen für die genannten Bereiche mit Vorsicht zu beurteilen sind.
3. Ferner ist festzuhalten, dass wir die Fragen und die dazugehörigen Antwortkategorien teilweise bewusst vage formuliert haben. Glücklicherweise haben viele Mitglieder vom Angebot Gebrauch gemacht, die offenen Fragen resp. Bemerkungsfelder zu beantworten. Auf die meisten Fragen konnten wir somit substantielle Antworten vorfinden, was bei der Interpretation der Ergebnisse hilfreich war.

7 Anhang

Zusätzlich zum Lauftext sind hier weitere tabellarische (quantitative) Auswertungen sowie Wortmeldungen von Mitgliedern aufgeführt, abgegrenzt nach Themengebieten. Die Wortmeldungen sind originalgetreu, unkommentiert und anonymisiert wiedergegeben. Teilweise werden sie im Lauftext zitiert resp. wird auf sie – ebenfalls anonymisiert – Bezug genommen.

7.1 Leistungsangebot Palliative Care Akutsomatik¹

Leistungsangebot Palliative Care		Anzahl Betriebe
Allgemeine stationäre Palliative Care ²		36
Spezialisierte stationäre Palliative Care		41
	Palliativstation ³ in Akutspital, Privatklinik oder Universitätsspital	26
	Eigenständige Palliativklinik / Hospiz mit Spitalstatus ³	4
	Flottierende Palliativbetten in Akutspital, Privatklinik oder Universitätsspital	7
	Palliativmedizinischer Konsiliar-/Liaisondienst	23
Ambulante Palliative Care		31
	Palliativ-Ambulatorium	24
	Mobiler Palliativdienst	17
Kein Angebot, weder allgemeine noch spezialisierte Palliative Care		4
<i>Total Antwortende: 56</i>		
Anzahl Betten spezialisierte stationäre Palliative Care (total)		324
	Anzahl Betten pro Betrieb (arithmetisches Mittel)	10,8
	davon zertifiziert (Qualitätslabel «Spezialisierte Palliative Care» ⁴)	279
	Anzahl zertifizierte Betten pro Betrieb (arithmetisches Mittel)	9,3
<i>Total berücksichtigte Antworten⁵: 30</i>		

1) Gruppierungen Akutsomatik Zentrumsversorgung, Akutsomatik Grundversorgung, Universitätsspitäler, Privatkliniken

2) Palliative Care im Rahmen einer diagnose- bzw. prozeduren-orientierten akutstationären Behandlung für Patient/innen, die sich mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. - Vgl. [Rahmenkonzept Palliative Care von Bund und Kantonen, 2014](#))

3) Kontinuierliche, 24-stündige Palliative Care auf einer Palliativeinheit für Patient/innen mit instabiler, komplexer Problematik und hohem Behandlungs- und Betreuungsbedarf, um die sich ein spezialisiertes Palliative Care-Team kümmern muss. – siehe [Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care, Version 3.3, gültig ab 1.1.2021](#).

4) entsprechend den Kriterien von [qualitépalliative](#), Schweiz. Verein für Qualität in Palliative Care.

5) berücksichtigt sind alle Antworten, die eine Zahl > 0 enthalten.

7.2 Leistungsangebot Palliative Care Psychiatrie

Leistungsangebot Palliative Care		Anzahl Betriebe
Allgemeine stationäre Palliative Care ¹		10
Spezialisierte stationäre Palliative Care		5
	Palliativabteilung ² in psychiatrischer Klinik / Universitätsklinik	0
	Palliativabteilung in eigenständiger Alterspsychiatrischer Klinik	0
	Flottierende Palliativbetten in psychiatrischer Klinik / Universitätsklinik (alle Altersgruppen)	3
	Flottierende alterspsychiatrische Palliativbetten in psychiatrischer Klinik / Universitätsklinik	1
	Palliativmedizinischer Konsiliar-/Liaisondienst.	1
Ambulante Palliative Care		0
Kein Angebot, weder allgemeine noch spezialisierte Palliative Care		5
<i>Total Antwortende: 15</i>		

1) Palliative Care im Rahmen der Behandlung in einer (alters-)psychiatrischen Klinik resp. auf einer (alters-)psychiatrischen Abteilung für Patient/innen, die sich mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. - Vgl. [Rahmenkonzept Palliative Care von Bund und Kantonen, 2014](#).

2) Kontinuierliche, 24-stündige Palliative Care auf einer Palliativeinheit in einer (alters-)psychiatrischen Klinik für Patient/innen mit instabiler, komplexer Problematik und hohem Behandlungs- und Betreuungsbedarf, um die sich ein spezialisiertes Palliative Care-Team kümmern muss. – siehe [Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care, Version 3.3, gültig ab 1.1.2021](#).

Hinweis: Es wurden keine Angaben zur Anzahl spezialisierter Palliative Care-Betten gemacht, mit zwei Ausnahmen («Anzahl Betten: 4, davon zertifiziert: 0»; «wechselnd»). Die erste Aussage fliesst in die Gesamtauswertung ein.

7.3 Leistungsangebot Palliative Care Rehabilitation

Leistungsangebot Palliative Care		Anzahl Betriebe
Allgemeine stationäre Palliative Care ¹		6
Spezialisierte stationäre Palliative Care ²		0
Kein Angebot, weder allgemeine noch spezialisierte Palliative Care		6
<i>Total Antwortende: 12</i>		

1) Palliative Care im Rahmen einer rehabilitativen Behandlung für Patient/innen, die sich aufgrund ihrer chronisch fortschreitenden resp. unheilbaren Grunderkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden, d.h. mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit in den nächsten 6-12 Monaten versterben werden. - Vgl. [Rahmenkonzept Palliative Care von Bund und Kantonen, 2014](#); [Report Bigorio Survey, 2021](#))

2) Kontinuierliche, 24-stündige Palliative Care auf einer Palliativeinheit für Patient/innen mit komplexer Problematik und hohem Behandlungs- und Betreuungsbedarf, um die sich ein spezialisiertes Palliative Care-Team kümmern muss. – siehe [Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care, Version 3.3, gültig ab 1.1.2021](#))

7.4 Leistungsangebot Palliative Care Langzeitpflege

Leistungsangebot Palliative Care		Anzahl Betriebe
Allgemeine stationäre Palliative Care ¹		7
Spezialisierte stationäre Palliative Care		4
	Palliativabteilung ² in Pflegeinstitution	2
	Hospiz / Hospizähnliche Struktur mit Pflegeheimstatus	0
	Flottierende Palliativbetten in Pflegeinstitution	2
Ambulante Palliative Care		1
Kein Angebot, weder allgemeine noch spezialisierte Palliative Care		1
<i>Total Antwortende: 8</i>		

1) Palliative Care im Rahmen eines Pflegeheimaufenthaltes für Klient/innen, die sich mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. - Vgl. [Rahmenkonzept Palliative Care von Bund und Kantonen, 2014](#))

2) Kontinuierliche, 24-stündige Palliative Care auf einer Palliativeinheit für Patient/innen mit komplexer Problematik und hohem Pflege- und Betreuungsbedarf, um die sich ein spezialisiertes Palliative Care-Team kümmern muss. – Vgl. [Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care, Version 3.3, gültig ab 1.1.2021](#))

Anzahl spezialisierte Palliative Care-Betten: Zwei Institutionen nennen folgende Zahlen: 3 (0) und 16 (16) Betten (in Klammer: zertifizierte Betten). Diese zwei Werte fliessen in die Gesamtauswertung ein. Ein Betrieb nennt die Zahl 89 (0 zertifiziert), wobei vermutlich die Gesamtzahl der Betten gemeint ist, ohne Unterscheidung nach spezialisiert und nicht-spezialisiert.

7.5 Anzahl Betten spezialisierte stationäre Palliative Care (alle Bereiche)

Anzahl Palliativbetten (total)		347
	Anzahl Palliativbetten pro Betrieb (arithmetisches Mittel)	10,5
	davon zertifiziert (Qualitätslabel «Spezialisierte Palliative Care»¹)	295
	Anzahl zertifizierte Betten pro Betrieb (arithmetisches Mittel)	8,9
<i>Total berücksichtigte Antworten²: 33</i>		

1) entsprechend den Kriterien von *qualitépalliative*, Schweiz. Verein für Qualität in Palliative Care.

2) berücksichtigt sind alle Antworten, die eine Zahl > 0 enthalten.

7.6 Leistungsangebot: Bemerkungen zur Entwicklung (alle Bereiche)

Regionalspital Deutschschweiz:

Der mobile Palliativdienst (Palliativer Brückendienst) wird hauptsächlich von den Mitarbeitenden unseres onkologischen Ambulatoriums und medizinischen Pflegeteams durchgeführt.

Regionalspital Deutschschweiz:

Mit der Verlängerung der Zeitspanne zwischen Diagnose und dem Tod wächst die Zahl von Menschen, die mit fortgeschrittener Krankheit leben. Viele Erkrankungen, die früher als tödliche angesehen worden sind, werden heute zu den chronischen gezählt. Dies bedeutet, dass Menschen mit zunehmenden Einschränkungen, und um ein würdiges Leben führen zu können, mehr Unterstützung benötigen, inklusive Palliative Care.

Privatklinik Deutschschweiz:

Die Zahl der Hospitalisierungen mit einem Bedarf an allgemeiner sowie auch an spezialisierter Palliative Care ist sehr hoch. Das Wissen um allgemeine und spezialisierte Palliative Care ist in den internistischen und spezialisierten (nicht-palliativen) Kliniken gering. Die Patienten mit Palliativ-Bedarf werden nicht iden-

tifiziert. Oft werden sie rein akutmedizinisch behandelt (z.B. Antibiotika gegen HWI oder gegen Pneumonie) und möglichst zeitnah nach Hause oder in ein Pflegeheim entlassen, ohne die palliativen Aspekte zu erfassen oder zu adressieren.

An unserem Spital gibt es keine gesprochenen Stellenprozent für ein Palliativ-Ambulatorium. Die Leistung wird offiziell nicht erbracht und auch nicht beworben. In dringlichen Fällen bieten wir das Angebot aber ausgehend von der spezialisierten Palliative Care an. Die Fallzahlen sind niedrig, aber stetig steigend. Zuweiser sind die Patienten oder Angehörigen selber sowie einige wenige Ärzte, die um den Nutzen von ambulanter Palliative Care wissen, insbesondere auch von einem frühzeitigen Erstkontakt.

Kinderspital Deutschschweiz:

Palliative Care bei Kindern gewinnt eine höhere Aufmerksamkeit. Der Bedarf ist bei weitem nicht gedeckt. Betrachtet man Prävalenzdaten, erreichen wir mit dem bisherigen Angebot max. 10% der Patienten, die eine palliative Betreuung bräuchten. Um eine höhere Deckung des Bedarfs zu erreichen, muss die Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich sichergestellt werden können.

Regionalspital Deutschschweiz:

Neben meiner Arbeit im Spital habe ich eine palliative Sprechstunde in einer onkologischen Praxis und betreue als Ärztin die Palliativ-Spitex in unserer Region. Ich sehe einen starken Zuwachs an ambulanten Konsultationen und einen erfreulichen Anstieg in der Anzahl Patienten, die zu Hause spezialisierte Palliative Care bekommen und so zu Hause sterben können. Die Leistungsvergütung für mich als Ärztin und für die aufwändigen Einsätze der Spitex in dem Kontext trägt dem aktuell zu wenig Rechnung.

Universitätsspital Romandie:

Cette augmentation s'explique par le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre absolu des décès en Suisse, qui continuera pour les prochains 10 ans.

Zentrumsspital Romandie :

Equipe mobile de soins palliatifs ne dépend pas de l'institution.

Regionalspital Deutschschweiz:

Im Rahmen der Covid-Pandemie sind schon mehr Fragen zum Thema Palliative Care in der Grundversorgung eingegangen. Da es aber eher um allgemeine Fragestellungen ging und nicht um fallbezogene Probleme, sind diese nicht als zusätzliche Leistung abgebildet, sondern mehr erlebter Alltag.

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Wir haben kein Ambulatorium und externen mobilen PC-Dienst.

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Die demographische Entwicklung wird vor allem eine Stärkung der Palliative Care ausserhalb der Spitäler nötig machen - allgemeine und spez. PC.

Pflegeinstitution Deutschschweiz:

Der mobile Palliativdienst des Kantonsspitals leistet sehr gute Einsätze und ist jederzeit erreichbar.

Pflegezentren Deutschschweiz

Im Rahmen des Projektes unserer Stadt, des Gesundheits- und Umweltdepartementes, wurden die Leistungen des mobilen interprofessionellen Palliativ Diensts ausgebaut und rege genutzt.

7.7 Leistungsangebot: Bemerkungen zu Perspektiven in Bezug auf das Angebot der spezialisierten Palliative Care (alle Bereiche)

Regionalspital Deutschschweiz:

Aktuell ist nicht geplant, spezialisierte Palliative Care anzubieten. Mittel- und langfristig sind keine definitiven Entscheide gefällt worden. Wir bieten aber allgemeine Palliative Care an mit spezialisiertem Personal, welches im palliativen Brückendienst auch die Versorgung der PatientInnen zuhause garantiert. Dieses Angebot wird fortgeführt werden. Unter spezialisierter Palliative Care verstehen wir eigentlich von Palliativ Qualität zertifizierte Palliativeinrichtungen. Unser Angebot kann noch nicht zertifiziert werden, entspricht vom Leistungsangebot aber weitgehend der spezialisierten Palliative Care. Wir bieten situativ flotterende Betten mit speziell ausgebildetem Personal in Palliativ Care (ca. 2 - 4).

Regionalspital Deutschschweiz:

Der Bedarf für spezialisierte, stationäre Palliative Care Betten ist wachsend. Es scheint notwendig zu sein, die Zahl von diesen Betten sukzessiv zu erhöhen, besonders dann, wenn auch Menschen mit nicht-onkologischen Erkrankungen, laut internationalen Standards, auf Unterstützung seitens Palliative Care rechnen dürfen. In den Ländern mit gut etablierter Palliative Care ist der Anteil von Menschen mit nicht-onkologischen Grunderkrankungen über 50%. Aktuell in der Schweiz und in unserem Spital ist der Anteil von diesen Menschen marginal.

Privatklinik Deutschschweiz:

Abgesehen von der spezialisierten Palliative Care werden zwar die Leistungen angeboten. Sie sind aber nicht systematisch implementiert. Die Internisten und Spezialisten erkennen die Indikationen dafür nicht oder haben keinen Anreiz, diese zu nutzen.

Kinderspital Deutschschweiz:

In der Pädiatrie bieten sich abgeschlossene spezialisierte Palliative Care Einheiten im stationären Setting nicht an, da das Patientenkollektiv zu heterogen ist. Vom Neugeborenen zum 18jährigen mit und ohne Immunschwäche, intensivmedizinischer Betreuung und hohem spezialisierten Betreuungsbedarf neben Palliative Care (Intensivmedizin, Kardiologie u.a.).

Kinderspital Deutschschweiz:

Pädiatrische Palliative Care ist hier im Fragebogen nicht abgedeckt und unterscheidet sich signifikant von der Erwachsenen-PC. z.B. machen Betten für SPPC keinen Sinn. Gerne mehr Information auf Nachfrage: juerg.streuli@kispsig.ch

Regionalspital Deutschschweiz:

Die Zertifizierung unserer Station ist geplant, die Kriterien dafür sind formal erfüllt.

Regionalspital Deutschschweiz:

Keine PC Station. Wir bieten einen Palliativen Konsiliardienst sowohl für das stationäre als auch das ambulante Setting.

Zentrumsspital Romandie:

D'offrir des soins palliatifs spécialisés ambulatoires ce qui permettrait de répondre aux besoins des patients vivant à domicile.

Regionalspital Deutschschweiz:

Aktuell ist die Nachfrage so gross, dass wir über einen Ausbau der Betten diskutieren.

Zentrumsspital Romandie:

Les soins palliatifs stationnaires (16 lits) aigus sont couplés à des soins palliatifs longue durée (6 lits) appelés résidence palliative (Hospiz). Le tout est complété par une clinique de jour et une équipe mobile de soins palliatifs intrahospitalière.

Universitätsspital Deutschschweiz:

Keine PC Station. Die Antworten unter 1.1.3 beziehen sich auf das Angebot des spezialisierten Palliative Care Konsiliardiensts.

Regionalspital Deutschschweiz:

Wir bieten bisher keine spezialisierte stationäre Palliative Care an, werden dies jedoch in Zukunft tun. Werden Angebot schaffen, falls die Finanzierung stimmt, was aktuell in keinem Fall gegeben ist.

Zentrumsspital Romandie:

Actuellement, nous avons 10 lits de SP généraux dans une unité aiguë hospitalière. Tous les critères sont remplis pour déposer une demande de SP spécialisée. Un médecin avec formation approfondie de SP commence au 01.10.2022, ce qui permettra de déposer une demande de certification d'ici fin 2022.

Pflegeheim Deutschschweiz

Palliative Care ist in unserem Kanton gesetzlich verankert. Wir haben ein Palliative Care-Konzept, jedoch noch nicht zertifiziert.

Pflegezentren Deutschschweiz:

Neben der spezialisierten Palliative Care wird allgemeine Palliative Care auf 1500 Betten angeboten.

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz

Wir bieten aktuell und auch zukünftig nur in Einzelfällen, z.B. bei akuter Verschlechterung im Rahmen eines längeren stationären Verlaufes, Palliative Care an. Einige Mitarbeitende verfügen über eine entsprechende Ausbildung.

7.8 Behandlungspfad: Erkennen einer palliativen Situation (Bereich Akutsomatik)¹

	Immer	In der Regel	manchmal	nein	Keine Antwort/ Weiss nicht
Bericht Zuweisende	10 (19%)	16 (31%)	25 (48%)	1 (2%)	0 (0%)
Klinische Beurteilung	12 (23%)	23 (44%)	14 (27%)	2 (4%)	1 (2%)
PC-Konsiliardienst (intern o extern)	11 (21%)	14 (27%)	20 (38%)	3 (6%)	4 (8%)
ID-Instrumente	7 (13%)	4 (8%)	12 (23%)	24 (46%)	5 (10%)
PC-Basisassessment	26 (50%)	4 (8%)	8 (15%)	13 (25%)	1 (2%)
<i>Total Antwortende: 52</i>					

1) Gruppierungen Akutsomatik Zentrumsversorgung, Akutsomatik Grundversorgung, Universitätsspitäler, Privatkliniken

7.8.1 Bemerkungen zum Erkennen einer palliativen Situation (alle Bereiche):

Akutsomatik: Elf Rückmeldungen, nämlich:

Bisher führen wir kein standardisiertes Assessment auf allen Stufen durch. Ein solches Assessment ist im Aufbau.

Auf der Spezialisierten Palliative Care nutzen wir obige Instrumente vor Eintritt eines Patienten, bei Eintritt auf die SPCE wird bei jedem Patienten ein palliativmedizinisches Basis-Assessment durchgeführt. Auf der Inneren Medizin oder anderen Spezialabteilungen (NICHT-SPCE) erfolgt kein systematisches Assessment oder Screening nach einer Indikation für Palliative Care. Die Indikation für Palliative Care wird in der Regel nicht erkannt. Einer der Chefärzte der Inneren Medizin meint, er findet vorausschauende Planung super, und wenn er noch einmal mit Medizin starten müsste, würde er darauf ein starkes Gewicht legen, aber er sei jetzt zu alt und werde in einem halben Jahr pensioniert. Einzelne Ausnahmen bestätigen die Regel. Zuweisungen erfolgen meist dann, wenn die mittlere Verweildauer überschritten wird und man erkennt, dass die Patienten weder nach Hause noch in ein Pflegeheim austreten können.

Wir schätzen den Bedarf nach spezialisierter PallCare im Regelfall klinisch ein. D.h. eine erfahrene Fachperson (Schwerpunkteträger) schätzt den Bedarf klinisch ab. Bei Unklarheiten berät der interne pallmed. Konsiliardienst.

Die Entscheidung über eine Behandlung auf der Palliativ-Station erfolgt immer zusammen mit dem Patienten.

Wir verwenden ein spezifisches, für die Pädiatrie entwickeltes Tool (START: Screening Triage Assessment Reevaluations Tool).

L'outil ID-PALL est utilisé par les équipes de première ligne pour décider si elles veulent nous adresser des patients. La décision finale est toujours prise sur la base de l'évaluation clinique du patient par une de nos équipes mobiles.

Outil ID-PALL en développement.

Frage 1.3.1.4 mit Nein beantwortet da die Instrumente veraltet sind.

Bei Eintritt ins Spital kein palliativmedizinisches Assessment. Bei Aufnahme in die spezialisierte Palliative Care: Basis-Assessment.

Patient*innen werden von den Primärbehandlern dem spezialisierten Palliative Care Dienst zugewiesen. Für bestimmte Patient*innengruppen wurden und werden red flags/ Zuweisungskriterien entwickelt. Der IPOS in Kombination mit der surprise question wird derzeit als Screeninginstrument für die Identifizierung von Patienten in palliativen Situationen für das Spital evaluiert. Der palliativmedizinische Dienst erhebt bei jedem zugewiesenen Patienten*in ein palliativmedizinisches Basisassessment.

Die Indikation ist in der Regel präziser, wenn ein palliativer Konsiliardienst involviert ist.

Pflegeinstitutionen: eine Rückmeldung:

Der Patient wird entweder, auf Grund der palliativen Situation, vom Spital auf die spezialisierte Palliativ Abteilung zugewiesen (Lebenserwartung in der Regel Tage bis Wochen). Dann erfolgt ein entsprechendes Assessment. Die Langzeitpatienten kommen alle früher oder später (oft schon bei Eintritt) in eine palliative Situation. Durch regelmässige geriatrische Assessments und ACP wird das Vorliegen einer Palliativsituation immer thematisiert. Das Erkennen des Übergangs in eine End-of-life Phase ist wegen des schon längeren Begleiten des Patienten einfacher.

Psychiatrie: zwei Rückmeldungen:

Der Entscheid über das Vorliegen einer Palliativsituation erfolgt nach klinischer Evaluation, Einbezug der Vorgeschichte und in Rücksprache mit Patient/in und Angehörigen und ggf. Einbezug eines palliativen Konsiliardienstes.

Ich bin in der Alterspsychiatrie tätig. Palliative Situationen entstehen hier, ein primärer Aufnahmegrund sind sie nicht bzw. sind eine Kontraindikation für unsere Station, da an anderer Stelle deutlich besser aufgehoben.

Rehabilitation: eine Rückmeldung:

échelles non pertinente pour nos patients gériatriques très âgés (Skala für unsere geriatrischen, hochaltrigen Patienten nicht sachdienlich).

7.9 Gibt es für Patient/innen mit palliativen Bedürfnissen einen spezifischen Behandlungspfad (z.B. räumliche Trennung von nichtpalliativen Patient/innen, Einsatz oder Beizug von palliativmedizinisch geschultem Personal)?

Hinweis: Bei dieser Frage sind mehrere Antworten möglich.

PC-spezifischer Behandlungspfad (Alle Bereiche)	Anzahl Betriebe
Ja, spitalintern.	30 (40%)
Ja, spitalintern und koordiniert mit vorgelagerten Akteuren.	20 (27%)
Ja, spitalintern und koordiniert mit nachgelagerten Akteuren.	29 (39%)
Nein.	16 (21%)
keine Antwort / weiss nicht	4 (5%)
<i>Total Antwortende: 75</i>	
PC-spezifischer Behandlungspfad (Bereich Akutsomatik)	Anzahl Betriebe
Ja, spitalintern.	23 (44%)
Ja, spitalintern und koordiniert mit vorgelagerten Akteuren.	16 (31%)
Ja, spitalintern und koordiniert mit nachgelagerten Akteuren.	21 (40%)
Nein.	9 (17%)
keine Antwort / weiss nicht	4 (8%)
<i>Total Antwortende: 52</i>	

Lesebeispiel: Von 75 antwortenden Betrieben geben 30 (40%) an, spitalintern einen spezifischen Behandlungspfad für Menschen in palliativen Situationen aufzuweisen.

7.9.1 Bemerkungen zum Palliative Care-Behandlungspfad (alle Bereiche):

Akutsomatik: neun Rückmeldungen, nämlich:

Ein Clinical Pathway Palliative Care – spitalintern und koordiniert mit vor- und nachgelagerten Akteuren – ist am Entstehen und wird von sanaCERT Suisse 2024 im Rahmen der Zertifizierung beurteilt werden.

Sofern die Patienten auf die Spezialisierte Palliative Care übernommen werden, gibt es diesen Behandlungspfad natürlich. Werden die Patienten aber auf der Inneren Medizin oder anderen Spezialkliniken weiterbetreut, gibt es keinen spezifischen Behandlungspfad wie oben beschrieben. Einzig Sterbende werden in ein Einzelzimmer verlegt. Aber eine adäquate Symptomkontrolle wird oft (teils aber schon) nicht umgesetzt, weil diese Thematiken der Allgemeinen Palliative Care i.d. R. ungenügend geschult und bekannt sind. Zum Beispiel wird dann Morphin bei Atemnot in 1mg Schritten bis zu alle 3 Stunden verordnet, was weit entfernt sein kann vom realen Bedarf zur Symptomkontrolle. Bei Sterbenden, die in ein Pflegeheim verlegt werden, fehlen oft Entscheidungsfindungsgespräche mit den Patienten und Angehörigen (damit diese wissen, was auf sie zukommt) sowie adäquate Verordnungen zur Garantie der Symptomkontrolle.

Spitalintern und koordiniert mit nachgelagerten Akteuren. Bisher beschränkt auf die palliative Komplexbehandlung.

Spitalintern und koordiniert mit nachgelagerten Akteuren. Das spezialisierte Palliative Care Team steht diesen Patienten 24/7 zur Verfügung.

Wann immer möglich, erfolgt eine persönliche Kontaktaufnahme mit den nachbehandelnden Hausärzt*Innen (per Mail oder Telefon), sowie mit evtl eingebundenen Spezialisten und Pflegediensten. Dies erfolgt umgekehrt bei Zuweisung von aussen meist ebenso, teils durch Ärzte, teils durch Pflegedienste.

Cette question n'est pas correcte: Il faut spécifier si vous parlez de soins palliatifs généraux ou spécialisés. Si généraux, il y a l'équipe de consultation. Si spécialisés, il y a l'option de la prise en charge soit en lits identifiés (sans changement d'hébergement) soit dans notre unité de lits. C'est un système qui marche très bien.

Ja, spitalintern. Mit vorgelagerten Akteuren nur für Patienten der spezialisierten Palliative Care.

Ja, spitalintern und koordiniert mit vor- und nachgelagerten Akteuren. Bedarfsabhängige Intervention.

Palliativklinik: eine Rückmeldung

Nous n'avons que des patients de soins palliatifs.

Psychiatrie: eine Rückmeldung

Palliative Patienten werden immer im Einzelzimmer behandelt und der Kontakt mit Angehörigen nach Wunsch ermöglicht und begleitet.

Pflegeinstitution: eine Rückmeldung

Nein. Praktisch alle unsere Patienten sind Palliativpatienten. Nur die auf der spezialisierten Palliative Care Abteilung sind separiert. Zur Palliative Care sind alle unsere Mitarbeitenden geschult. Im Gegenteil möchte man, zum Bsp. in einer End-of-life Situation keine Separierung. Es wird dann daher ganz bewusst nicht intern verlegt.

7.10 Versorgung (kantonal): Finden Patient/innen, die nach einer akutsomatischen Behandlung der Palliative Care bedürfen, eine gute Anschlusslösung?

Gute Anschlusslösung nach Akutbehandlung	Anzahl Betriebe
Ja, immer.	1 (2%)
Ja, in der Regel.	43 (77%)
Manchmal.	10 (18%)
Nein.	2 (4%)
keine Antwort / weiss nicht	0 (0%)
<i>Total Antwortende: 56</i>	

7.11 Versorgung (kantonal): Finden Patient/innen, die nach einer rehabilitativen Behandlung der Palliative Care bedürfen, eine gute Anschlusslösung?

Gute Anschlusslösung nach rehabilitativer Behandlung	Anzahl Betriebe
Ja, immer.	1 (8%)
Ja, in der Regel.	6 (50%)
Manchmal.	2 (17%)
Nein.	0 (0%)
keine Antwort / weiss nicht	3 (25%)
<i>Total Antwortende: 12</i>	

7.12 Versorgung (kantonal): Finden Patient/innen, die nach einer (alters-)psychiatrischen Behandlung der Palliative Care bedürfen, eine gute Anschlusslösung?

Gute Anschlusslösung nach (alters-)psychiatrischer Behandlung	Anzahl Betriebe
Ja, immer.	0 (0%)
Ja, in der Regel.	7 (47%)
Manchmal.	5 (33%)
Nein.	0 (0%)
keine Antwort / weiss nicht	3 (20%)
<i>Total Antwortende: 15</i>	

7.13 Versorgung (kantonal): Finden Patient/innen, die (z.B. nach einer Akutbehandlung) der Palliative Care in der Langzeitpflege bedürfen, eine gute Anschlusslösung?

Gute Anschlusslösung nach z.B. Akutbehandlung	Anzahl Betriebe
Ja, immer.	1 (14%)
Ja, in der Regel.	4 (58%)
Manchmal.	0 (0%)
Nein.	1 (14%)
keine Antwort / weiss nicht	1 (14%)
<i>Total Antwortende: 7</i>	

7.14 Sehen Sie Probleme? Wenn ja, welche? (Alle Bereiche)

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Es gibt zu wenige Möglichkeiten für eine gute Anschlusslösung. Vor allem sehr komplexe Patienten mit verschiedenen Installationen (PCA-Pumpe, Pleurix usw.) können nur an wenigen Orten nachbetreut werden.

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Zu wenig Betten auf der Palliative Care. Ambulante Betreuung durch SpezialistInnen Palliative Care müsste ausgebaut werden.

Regionalspital Deutschschweiz:

Verfügbarkeit von Betten mit palliativer Betreuung in unserer Region. Bisher springen die Pflegeheime hier in die Bresche. Auch ein Hospiz ist fehlend in der grossräumigen Region.

Privatklinik Deutschschweiz:

Die Verlegung am Lebensende ist für Patienten oft eine grosse Belastung und für die Angehörigen ebenso. Wir können häufig nicht genau abschätzen, wie rasch die End of Life Phase erreicht wird, und müssen aufgrund der aktuellen Finanzierung als DRG über das Anschlussprocedere sprechen. Das führt in dieser Krankheitsphase oft zu vermeidbarem Stress.

Zentrumsspital Romandie :

Absence de praticiens formés à la médecine palliative en ambulatoire. Equipe mobile de 2ème ligne parfois insuffisant. Absence de HAD avec compétences spécifiques.

Privatklinik Romandie :

Il peut y avoir des problèmes de synchronisation entre les différents acteurs et aussi parfois une certaine rétention de patients, je pense notamment à la gériatrie qui peut garder des patients qui nécessiteraient des soins palliatifs spécialisés.

Zentrumsspital Romandie :

Pas d'offre suffisante pour des patients nécessitant des soins palliatifs résidentiels ou intermédiaires. Pas de financement suffisant pour les patients en situation palliative qui restent hospitalisés.

Regionalspital Deutschschweiz :

Eingeschränkte Zahl von spezialisierten Betten in der Langzeitpflege. Nachbetreuung in nichtspezialisierten Langzeitpflege-Institutionen und weniger in häuslichem Umfeld sind weniger gut sichergestellt (in vielen Langzeitpflege-Institutionen besteht immer noch relativ grosse Schwelle, Palliative Care in Rahmen von mobilen Ansätzen beizuziehen - vor allem wegen der Abgeltung). Bedarf für Mobile Ansätze ist viel grösser, als die aktuellen Kapazitäten. Die palliative Versorgung zu Hause ist zwar oft gewünscht, aber ist viel weniger kosteneffizient (bei aktueller Finanzierung) als ambulante (in den Ambulatorien) oder stationäre Betreuung (ist zeitlich viel aufwendiger).

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Bei Sterbenden, die in ein Pflegeheim verlegt werden, fehlen oft Entscheidungsfindungsgespräche mit den Patienten und Angehörigen (damit diese wissen, was auf sie zukommt), sowie adäquate Verordnungen zur Garantie der Symptomkontrolle. Es wird meist nicht vorausschauend überlegt, welche Symptome oder Komplikationen noch auftreten werden, und es erfolgen keine entsprechenden vorausschauenden Verordnungen. Im Pflegeheim fehlen dann die Ressourcen für Entscheidungsfindungsgespräche. Die Übergabe ist mangelhaft. Es hat weniger Pflege pro Patienten. Diese kann weniger häufig nach den Patienten sehen, erkennt z.B. rapid verlaufende Atemnot nicht und kann entsprechend auch die Symptomkontrolle nicht adäquat machen, besonders wenn diese nicht adäquat vorverordnet ist. Zudem übernehmen heute professionelle Organisationen von Ärzten die Heimversorgung, diese kennen die Patienten nicht aus der Hausarztstätigkeit, kommen nur 1x die Woche und sollten dann 30-100 Patienten erfassen, und zudem wechselt der Arzt alle paar Wochen.

Regionalspital Deutschschweiz:

- Angebote der spezialisierten Palliative Care in der Langzeitpflege stehen regelmässig nur mit einer relevanten Wartezeit zur Verfügung
- keine Hospize im Kanton Bern, deshalb schwierig, einen passenden Platz speziell für junge Patient:innen zu finden
- tw. steht die benötigte Betreuung im Langzeitbereich gar nicht zur Verfügung, aufgrund der Komplexität bleiben die Patienten dann im Akutspital

All diese fehlenden Nachbetreuungsmöglichkeiten erhöhen die Kosten. Ausserdem belegen diese Patient:innen Betten, die andere dringender benötigen würden. Auch von Seiten der Patient:innen ist gerade das Fehlen der Hospize mit grosser Frustration und Unverständnis verbunden. Wer fühlt sich mit 40 schon in einem normalen Pflegeheim gut aufgehoben?

Regionalspital Deutschschweiz:

Ambulantes Leistungsangebot ausserhalb des Spitals ist zu knapp. Im regionalen Netzwerk wird oft die fehlende Finanzierungssicherheit v.a. in der palliativmedizinischen Langzeitpflege thematisiert.

Regionalspital Deutschschweiz:

Regional bietet die Spitex bisher keine Nacht-Einsätze an, d.h. zwischen 22 Uhr und 7 Uhr. Zudem gibt es keine mobilen PC-Teams (MPCT), und das spezialisierte MPCT vom benachbarten Spital macht nur in Ausnahmefällen Einsätze in unserer Region aufgrund der geografischen Entfernung. Dadurch kommen viele Patienten letztlich zum Sterben in unser Spital - oft um die Angehörigen zu entlasten- oder sie treten in eine Pflegeeinrichtung ein.

Kinderspital Deutschschweiz:

Deckung des Bedarfs für pflegerische Unterstützung seitens Kinderspitex. Es gibt zu wenig Langzeitinstitutionen mit den pflegerisch-medizinischen Voraussetzungen zur Betreuung dieser Patienten, wenn sie im häuslichen nicht mehr betreut werden können. Die Transition in den Erwachsenenbereich ist schwierig, da die Betreuung dort sehr fragmentiert ist und für einen jungen Menschen mit komplex medizinischen Anforderungen zu viele Dienste involviert sein müssen, die in der Regel nicht gut aufeinander abgestimmt sind.

Kinderspital Deutschschweiz:

Seit wir routinemässig den START und einen Betreuungsplan ab Stufe PACT/IMPACT haben (mehr Informationen unter pallivia.ch), sehen wir keine Probleme mehr, ausser der punktuellen Unterfinanzierung der ambulanten SPPC Leistungen.

Privatklinikgruppe Deutschschweiz:

Mangelnde Anschlussinstitutionen mit entsprechender Fachkompetenz, u.a. kein Hospiz im Kanton Bern.

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Es gibt im Kanton Zürich verschiedene spezialisierte Palliative Care Teams, die nicht alle die gleichen Leistungen anbieten. Die Tendenz nimmt zu, dass grössere Teams nicht mehr vor Ort gehen, sondern viel am Telefon besprechen. Die Qualität der Pflege und Fachunterstützung durch spezialisierte Teams sollte dringend überwacht werden, und zwar nicht nur mit Qualitätskriterien durch die Zertifizierung, sondern auch mit Überprüfung, welche Dienstleistungen erbracht werden (bzw. eben ob sie vorbeigehen). Zudem haben Patienten oft keine Auswahlmöglichkeit, von welchem Team sie begleitet werden möchten, da Gemeinden nur mit einem Leistungsanbieter eine Leistungsvereinbarung abschliessen. Das sollte dringend geändert werden.

Regionalspital Deutschschweiz:

Regional sind die Unterschiede sehr gross bzgl. Zusammenarbeit/Kommunikation mit Hausärzt*Innen und Pflegediensten. Auch sind die Spitexen regional sehr unterschiedlich auf palliative Situationen eingestellt und dafür ausgebildet. In unserer Region gibt es eine 24-Std Spitex, die ausserdem ein geschultes Palliativteam hat. Der Unterschied zu Regionen, in denen es dies nicht gibt, ist sehr deutlich.

Privatklinik Deutschschweiz.

Es gibt wenige, aber ausgesprochene Probleme. Diese betreffen v.a. Patient:innen die noch eine geraume Zeit zu leben haben (Wochen, Monate) und zu einer der folgenden Gruppen gehören: a) junge Patient:innen. b) Patient:innen mit einer stabilen, aber komplexen Symptomatik und entsprechend notwendiger komplexer Symptomkontrolle, womit die APHs überfordert sind c) Patient:innen mit einer komplexen psycho-sozialen Situation, hier insbesondere Patient:innen mit Sucht- oder anderen psychiatrischen Erkrankungen.

Privatklinik Deutschschweiz:

V.a. „Alters-und familiengerechte“ Palliative Care für Personen zwischen 30-45.

Universitätsspital Deutschschweiz:

Am Lebensende ist akut vs Langzeit nicht haltbar (*wird zweimal gesagt*).

Universitätsspital Romandie:

Les équipes mobiles du Canton devraient offrir un éventail de prestations qui inclut des prestations de première ligne.

Spitalgruppe Romandie:

Déclenchement de la demande de consultation de l'équipe de soins palliatifs spécialisée trop tardive.

Regionalspital Deutschschweiz :

Zu wenig palliative Hospize, und Pflegeheime sind fachlich und personell zu wenig aufgestellt, inadäquate Finanzierung in Pflegeheimen. Zuwenig ärztliche ambulante Ressourcen zu Hause (auch ist Finanzierung hier ein grosses Problem).

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Teilweise lückenhafte hausärztliche Versorgung und/oder überlastete Hausarztpraxen, keine Hausbesuche mehr, sehr unterschiedliches Niveau bei den Spitexdiensten, dazu kommen auch personelle Engpässe bei gewissen Diensten. Es ist teilweise abhängig vom Wohnort, ob eine gute Versorgung gelingt oder nicht. Betreuung von sehr komplexen Fällen in Pflegeheimen nur beschränkt möglich, bis vor kurzem gab es kein Hospiz.

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Ungenügendes Angebot der stationären Langzeitbehandlung für Patienten der allgemeinen Palliative Care.

Regionalspital Deutschschweiz:

Palliative Care sollte möglichst angehörigennah, d.h. am besten in ALLEN Spitälern, angeboten werden.

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Heterogen ausgestattete Pflegeheime bei zu wenig Hospizplätzen: Kriterien für Pflegeheime fehlen. Zu wenig vorausschauende Planung - mehr Menschen könnten zu Hause bleiben bis zum Lebensende, wenn genug im Voraus geplant würde.

Zentrumsspital Romandie:

Manque de connaissances et de compétences en médecine palliative/soins palliatifs de la part des médecins et infirmières en médecine interne et chirurgie: pas d'identification de patients palliatifs vision encore trop centrée sur l'organe malade et non centrée sur la personne vision curative pour des situations palliatives avancées avec trop de médicaments et d'exams futiles pas d'intégration de la notion de projet thérapeutique du patient/famille.

Universitätsspital Deutschschweiz :

Problematisch ist eine Versorgung von Menschen mit Palliative Care Bedarf, der über Wochen, Monate bzw. bis zum Lebensende bestehen wird. Das Angebot für Hospize (ausserhalb der Akutbehandlung) und APHs mit Palliative Care Angebot ist nicht ausreichend. Gerade Patient*innen in komplexen Situationen, wie z.B. Patient*innen mit Tumoren im Kopf/Hals Bereich/Lungentumore/Hirntumore oder mit Herzinsuffizienz, Lungenfibrose, die mit hoher Symptomlast einhergehen und möglicherweise raschem Interventionsbedarf, sowie mit längerfristigen Verwirrtheits/Delirsymptomatik sind aktuell längerfristig nicht adäquat versorgbar.

Regionalspital Deutschschweiz:

Es gibt kein ausreichendes Angebot, weder im Akutspital noch ausserhalb, da die Finanzierung absolut ungenügend ist.

Privatklinik Deutschschweiz:

Die Verlegung ins APH von einer spezialisierten Palliativstation ist manchmal schwierig. Oft gibt es keinen Platz und manchmal noch Schwierigkeiten bzgl. der palliativmedizinischen Behandlung im APH.

Privatklinik Romandie :

Les assureurs exigent le transfert immédiat des situations palliatives, alors que peu de structures sont aptes à accueillir des patients en fin de vie.

Psychiatrische Kliniken (vier Rückmeldungen):

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist es teils schwierig, Anschlusslösungen für Patienten/Patientinnen zu finden, da diverse Institutionen Abstinenz voraussetzen und dies eigentlich nicht Aufnahmekriterium sein sollte für Patienten/Patientinnen mit chronischen (nicht mehr therapierbaren) Erkrankungen.

Es ist dann schwierig, wenn psychiatrische Symptome persistieren.

In der Regel finden sie eine Anschlusslösung, aber lange Wartezeiten sind ein Problem.

Manchmal finden sie eine gute Anschlusslösung. Jedoch hat es für sie zu wenig Kapazitäten und leider zu oft doch nicht die entsprechende Kompetenz im Altersheim.

7.15 Wie beurteilen Sie das aktuelle Angebot an spezialisierter Palliative Care in Ihrem Kanton?

Antworten Gruppierungen Akutsomatik, Universitätsspitäler, Privatkliniken

	Angebot entspricht Bedarf		Angebot grösser als Bedarf		Angebot kleiner als Bedarf		Keine Antwort / weiss nicht	
Palliativstation/ Palliativklinik	28	50%	0	0%	24	43%	4	7%
Palliativ-Ambulatorium	16	29%	0	0%	29	52%	11	20%
Konsiliar-/Liaisondienst (spitalintern)	23	41%	0	0%	24	43%	9	16%
Mobiler Palliativ-Dienst (spitalextern)	19	34%	0	0%	27	48%	10	18%
Hospiz (mit Pflegeheimstatus)	11	20%	0	0%	43	77%	2	4%
Pflegeheim (mit Palliativabteilung)	12	21%	0	0%	34	61%	10	18%
Psychiatrie (mit Palliativabteilung)	2	4%	0	0%	29	52%	25	45%
Pädiatrische Palliative Care	2	4%	0	0%	16	29%	38	68%
Total Antwortende: 56								

7.16 Wie beurteilen Sie das aktuelle Angebot an spezialisierter Palliative Care in Ihrem Kanton?

Antworten Gruppierung Psychiatrie

	entspricht Bedarf	höher als Bedarf	kleiner als Bedarf	Keine Antwort/ weiss nicht
Palliativabteilung (Psychiatrie)	4	0	4	7
Palliativabteilung (Alterspsychiatrie)	5	0	6	4
Palliativ-Ambulatorium (Psychiatrie)	2	0	3	10
Palliativ-Konsiliar-/Liaisondienst (intern)	4	0	5	6
Mobiler Palliativdienst (extern/aufsuchend)	5	0	7	3
Hospize (mit Pflegeheimstatus)	2	0	7	6
Pflegeheime (mit Palliativabteilung)	3	0	6	6
Total Antwortende: 15				

7.17 Wie beurteilen Sie das aktuelle Angebot an spezialisierter Palliative Care in Ihrem Kanton?

Antworten Gruppierung Rehabilitation

	entspricht Bedarf	grösser als Bedarf	kleiner als Bedarf	Keine Antwort/ weiss nicht
Palliativstation/ Palliativklinik	6	0	1	5
Palliativ-Ambulatorium	2	0	2	8
Palliativ-Konsiliar-/Liaisondienst (spitalintern)	2	0	2	8
Mobiler Palliativ-Dienst (spitalextern)	5	0	1	6
Hospize (mit Pflegeheimstatus)	3	0	1	8
Pflegeheime (mit Palliativabteilung)	4	0	1	7
Total Antwortende: 12				

7.18 Wie beurteilen Sie das aktuelle Angebot an spezialisierter Palliative Care in Ihrem Kanton?

Antworten Gruppierung Langzeitpflege

	entspricht Bedarf	grösser als Bedarf	kleiner als Bedarf	Keine Antwort/ weiss nicht
Pflegeheim (mit Palliativabteilung)	4	0	4	0
Hospiz (mit Pflegeheimstatus)	1	1	2	4
Palliativstation/ Palliativklinik (Akutsomatik)	2	1	3	2
Palliativ-Ambulatorium (Akutsomatik)	0	0	2	6
Mobiler Palliativ-Dienst	2	0	6	0
Psychiatrie (mit Palliativabteilung)	0	0	5	3
Total Antwortende: 8				

7.19 Bemerkungen zur Palliative Care-Versorgung (alle Bereiche):

Zentrumsspital Romandie :

Démantèlement des compétences ambulatoires soignantes de SP pédiatriques.

Zentrumsspital Deutschschweiz :

Die palliativen Konzepte sind bei den Internisten und Spezialisten zu wenig bekannt. Diese haben auch keinen Anreiz, sich damit auseinander zu setzen. Deshalb funktioniert Palliative Care fast nur auf den spezialisierten Stationen. Frühzeitige Palliative Care wird in den meisten Spitälern fast nicht praktiziert. Zur Zeit findet im Kanton Bern ein Pilotprojekt zum mobilen Palliativen Dienst statt. Dieser Dienst ist enorm hilfreich für die Nachbetreuung von komplexen / instabilen Patienten zu Hause aber auch im Pflegeheim, besonders in der Sterbephase.

Regionalspital Deutschschweiz:

Der Bedarf wird leider immer noch häufig zu spät oder gar nicht erkannt. Auch viele Fachpersonen verbinden Palliative Care lediglich mit Betreuung und Behandlung in der Sterbephase.

Regionalspital Deutschschweiz:

Es besteht eine deutliche Unterversorgung, insbesondere im ambulanten Bereich (Palliativ-Spitex).

Kinderspital Deutschschweiz:

Die pädiatrische Palliative Care wird kantonale wie national noch zu wenig beachtet. - Danke, dass sie hier aufgeführt ist.

Universitätsspital Romandie :

Pour les soins palliatifs pédiatriques, une équipe mobile supracantonale serait nécessaire à cause du faible nombre de cas.

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz :

Spezialisierte Palliative Care ist mit mobilen Palliative Care-Teams abgedeckt. Die Alterspsychiatrie wird (eher selten) konsiliarisch beigezogen. Patienten und Patientinnen, die bei uns palliativ werden, werden entsprechend [...] bei uns betreut oder in ein passendes Setting entlassen (nach Hause mit mobilen PC-Teams oder in ein Pflegezentrum).

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz:

Akutpsychiatrie hat meines Erachtens eine andere Kernaufgabe, als palliative Patienten zu betreuen.

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz:

M.E. ist Palliative Care im Sinne eines spezialisierten Angebotes nicht eine psychiatrische bzw. alterspsychiatrische Aufgabe. Diese ist gut im bisherigen Rahmen der spezialisierten Palliative Care aufgehoben. Bei Palliativ-Konsiliar-/Liaisondienst, Mobilem Palliativdienst, Hospizen und Pflegeheimen (mit Palliativabteilung) ist der Bedarf steigend.

Fragen im Zusammenhang mit Lebensende und dessen Gestaltung können dabei sehr wohl im Rahmen psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung aufgenommen werden.

Palliativklinik Deutschschweiz :

Bzgl Pflegeheim mit Palliativabteilung: Bedarf schwer einzuordnen. Bisherige Palliativabteilungen in APHs können extrem viel weniger leisten in Bezug auf komplexe Symptomkontrolle und entsprechend notwendiger Manpower und deren Qualifikation, als dies nötig wäre (s. Strukturqualitätskriterien Hospiz im Sinne z.B. des deutschen Leistungskataloges/Systems)

Bzgl stationäre pädiatrische Palliative Care: Es fehlt *nicht* ein sogenanntes Hospiz, wie es von einer neuen Initiative vorangetrieben wird. Gründe: a) Der eigentliche Bedarf besteht in der häuslichen, spezialisierten pädiatrischen Palliative Care. (s.u.) b) eine Ausweitung derartiger Betten führt zu unnötigen stationären Betreuungen und schafft falsche Anreize (siehe BAG Studie von formative networks (Sottas et al): «nur ein belegtes Bett ist ein gutes Bett.» c) Die Realsierung dieses Projekts durch einen neuen Anbieter kannibalisiert bestehende Strukturen und palliative Netzwerke (siehe o.g. Studie von Sottas et al). Stattdessen sollten hiermit bestehende Anbieter beauftragt werden.

Bzgl pädiatrische spezialisierte Home Care: Hier besteht das dringlichste Defizit. Aufgrund der noch fehlenden Qualifikation und Erfahrung spezialisierter pädiatrischer Palliative Care könnte ein solches Angebot mit den existierenden Playern (Spitex, UKBB) unter Zuzug/Beratung existierender spezialisierter Erwachsenen Palliative Care erleichtert werden. WICHTIG: Zuständig, koordinativ und an den kleinen Patient:innen vor Ort sollten stets *pädiatrische* Fachpersonen sein (Pflege/Arzt), auf Erwachsene spezialisierte Palliative Care nur beratend, als Backup, ggf telefonisch oder vor Ort.

Bzgl Hospiz: Problematisch ist v.a. die in der Schweiz noch ungeklärte Terminologie im Vergleich zur spezialisierten stationären Palliative Care (Palliativstation). Hier hilft ein Blick auf (z.B.) die im deutschen System klar definierten, unterschiedlichen Aufgaben und Strukturqualitätskriterien dieser beiden Arten von Institutionen. Ein Hospiz muss in der Lage sein, Patient:innen die noch eine geraume Zeit zu leben haben (Wochen, Monate) und zu einer der folgenden Gruppen gehören, adäquat zu betreuen:

- a) junge Patient:innen.
- b) Patient:innen mit einer stabilen, aber komplexen Symptomatik und entsprechend notwendiger komplexer Symptomkontrolle, womit die APHs überfordert sind
- c) Patient:innen mit einer komplexen psycho-sozialen Situation, hier insbesondere Patient:innen mit Sucht- oder anderen psychiatrischen Erkrankungen.

WICHTIG: Die in manchen Konzepten immer noch vorgetragenen, völlig veralteten, politisch motivierten und – wie sich in den anderen europäischen Ländern gezeigt hat – auch unrealistischen, unnötigen Bedarfszahlen für solche stationäre Betten dürfen nicht mehr als Massstab genommen werden. Bei einer angenommenen Einwohnerzahl eines fiktiven Kantons von 200'000 Einwohnern in einem eher urbanen, nicht zersiedelten und nicht durch Gebirgs-Topographie ausgezeichnetem Kanton sind hier 10 Betten (maximal) vermutlich ausreichend. Solch ein Projekt sollte aber von Stakeholdern der existierenden Netzwerke realisiert werden, anstatt, um erneut Sottas et al zu zitieren, bestehende Netzwerke zu kannibalisieren. Alles andere wäre ineffizient und würde unnötige, falsche Anreize zur Verlegung auf Hospizbetten hervorrufen. Statt dessen gilt es, dem Wunsch der Patient:innen entsprechend, die häusliche, spezialisierte Palliative Home Care zu stärken (s.u.)

Betr.: häusliche spezialisierte Palliative Home Care: Sie ist wichtig. Hier liegt weiterhin grosses Potential betreffs der Verbesserung der Lebens- und Sterbensqualität der Patient:innen, aber auch der Verminderung unnötiger Hospitalisationen und des Leids bzw der Belastung der Angehörigen. Leider zeichnet sich in der Schweiz bisher ab, dass Home Care auf spezialisierte, pflege-basierte Dienste (Spitex) reduziert wird. Das ist eine strukturell und definitorisch unzulängliche Herangehensweise. Spezialisierte Palliative Care muss per definitionem immer multiprofessionell sein (minimum: Pflege, Ärztlich).

7.20 Finanzierung: Bemerkungen zur Finanzierung/Tarifierung der spezialisierten stationären Palliative Care (Bereich Akutsomatik)

Regionalspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Es muss auch möglich sein, den Aufwand für Palliativ Care in Institutionen adäquat zu entgelten, welche nicht von Palliative Qualität zertifiziert sind. Zudem sind die Liegedauern nach DRG ein sehr grosses und sowohl für Betroffene als auch das Personal sehr belastendes Problem.

Privatklinik Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Sterben ist ein Prozess und keine Diagnose, daher eignet sich der DRG nur bedingt. In dem Moment, in dem es gegen das Lebensende geht, ist die Tarifierung nach DRG nicht zielführend.

Palliativklinik Romandie: SwissDRG hat sich grundsätzlich bewährt, eher ja, notwendige Anpassungen sind in den jährlichen Revisionen anzustreben.

C'est plus la durée de séjour qui dans quelques occasions pose problèmes et surtout pour les maladies chroniques dégénératives (type SLA ou autres) ou le système DRG ne correspond pas.

Privatklinik Deutschschweiz : SwissDRG hat sich grundsätzlich bewährt, eher ja, notwendige Anpassungen sind in den jährlichen Revisionen anzustreben.

Diese Frage lässt sich so nicht genug differenziert beantworten.

Regionalspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich eher nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Das DRG-System eignet sich in der heutigen Form nicht für die Abrechnung von PC-Patienten. Die Abrechnungskriterien führen dazu, dass Patienten mit Aphasie; mit einer grossen Symptomlast, welche sich aber klar in der Sterbephase befinden; bei Verweigerung von Unterstützung durch psychologische Dienste sowie Sozialdienst etc. aufgrund der Bedingung, dass mindestens 4 verschiedene Professionen mindestens 360 Minuten/Woche PC-spezifische Dienstleistungen erbracht haben trotz möglicherweise grossem Bedarf aus monetären Gründen nicht auf einer PC-Station behandelt werden. Auch die Behandlung von Kurz- und Langliegern wird monetär nicht abgegolten. Und gerade Langlieger sind aufgrund der Komplexität immer wieder nicht zu vermeiden - gerade dadurch, dass das Angebot an spezialisierter Nachbetreuung zuwenig ausgebaut ist.

Regionalspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Palliative Care sollte primär als ambulanter Dienst verfügbar sein, um Menschen am Lebensende zu ermöglichen, diese Zeit in der vertrauten Umgebung verbringen zu können. Dazu müssten die Einsätze eines mobilen Palliative Care-Teams aufwandsgerecht vergütet werden. Aktuell werden jedoch vor allem der Koordinationsaufwand wie auch die Wegkosten nicht adäquat entschädigt.

Kinderspital Deutschschweiz: SwissDRG hat sich grundsätzlich bewährt, notwendige Anpassungen sind in den jährlichen Revisionen anzustreben.

Der pädiatrische Bereich muss im Swiss-DRG System besser abgebildet werden. - Keine abgetrennten Stationen.

Kinderspital Deutschschweiz: SwissDRG hat sich grundsätzlich bewährt, notwendige Anpassungen sind in den jährlichen Revisionen anzustreben.

Die Pädiatrie lässt sich bei Beachtung der Pädiatrie-spezifischen Besonderheiten und der vollständigen Nutzung des SwissDRG-Systems gemäss unserer 2 Jährigen Erfahrung mit diesem System kostendeckend finanzieren.

Universitätsspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Spezialisierte Palliativstation sollte spezialisierte Einheit sein, die den Tarif per se kriegt und nicht im Einzelfall beweisen muss.

Universitätsspital Romandie: Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Les DRG créent des mauvais incitatifs et devraient être remplacés par des forfaits journaliers échelonnés basés sur le modèle australien.

Regionalspital Romandie : Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

La structure Tarifaire ne répond pas aux besoins des patients et aux durées de séjour.

Regionalspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich eher nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Das DRG-System setzt z.T. falsche Anreize im Sinne, dass mehr Leistungen dann eine deutlich bessere Entgeltung geben, was schlussendlich übers Ganze gesehen die Kosten mehr belastet als zu einer Entlastung beiträgt.

Zentrumsspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich eher nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Das Angebot Palliative Care im Kanton Thurgau ist mit einem spezialisierten Leistungsauftrag verbunden und vom Kanton speziell finanziell unterstützt.

Zentrumsspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln.

Die Fixierung von 6 Stunden als Notwendigkeit für die Erfüllung des Palliativtarifs ist nicht korrekt. Dies kann dazu führen, dass schwerst kranke, sterbende Patienten, nicht mehr als palliative Patienten gelten, weil sie keine Therapien haben. Trotzdem ist die Betreuung dieser Patienten sehr anspruchsvoll und intensiv. Dies kann dazu verleiten nutzlose Therapien einzusetzen, damit 6 Stunden pro Woche erreicht werden.

Universitätsspital Deutschschweiz: SwissDRG hat sich grundsätzlich bewährt, eher ja, notwendige Anpassungen sind in den jährlichen Revisionen anzustreben.

Die Behandlung und Begleitung von sterbenden Patienten, die spezialisierten Palliative Care-Bedarf haben, ist im DRG System aus unserer Perspektive nicht angemessen abgebildet, da sie oft nur eine kurze Liegedauer haben. Dies ist widersprüchlich zu einem zentralen Auftrag des Fachs, sterbende Menschen zu behandeln. Problematisch ist die fehlende Möglichkeit der Tarifierung/Finanzierung der Behandlungsdauer unter 7 Tagen. In den ersten Tagen besteht jedoch ein sehr hoher Mehraufwand, der bei sterbenden Patienten (da oft nur wenige Behandlungstage) in der Regel kaum abgebildet werden kann. Aus unserer Sicht wäre die DRG-Relevanz der Komplexbehandlung ab Tag 2 anzustreben, alternativ hierzu ein Zusatzentgelt für die Behandlungsdauer Tag 1-6. Eine Kombination aus Unter-7-Tage-Zusatzentgelt und DRG wäre auch vorstellbar.

Problematisch erscheint, dass ab 28 Behandlungstagen keine weitere Differenzierung betr. CHOP vorgesehen ist. Unsere Daten zeigen, dass genau diese Fälle sehr schlecht abgedeckt sind (Kostendeckungsgrad 64%).

Insgesamt ist die Basis-DRG A97 unterfinanziert. 2021 lag der Kostendeckungsgrad für die allgemeinversicherten Fälle bei 74%. Die Unterdeckung betrifft alle DRGs innerhalb der A97. Diesbezüglich wäre eine Aufwertung der DRGs innerhalb der A97 in Erwägung zu ziehen. (CAVE: problematisch hier bleibt die

Tatsache, dass Universitätsspitäler wohl meist «schwerere», bzw. kostenintensivere Fälle behandeln.) Auch wenn die Swiss DRG die palliativmedizinische Komplexbehandlung im Katalog integriert hat (grundsätzlich in der Basis-DRG A97 abgebildet) weist die aktuelle DRG-Logik gewisse systematische Schwächen auf. [...] Zur Behebung der Probleme schlagen wir folgendes vor:

- a) Re-Evaluation der Logik der A97 aufgrund des systematischen Logikfehlers, dass Mindererlös durch Mehraufwand resultiert (beim Swiss DRG-Antragsverfahren schon mehrmals thematisiert), ggf. Evaluation einer Kostengewichterhöhung der A97.
- b) Eine Differenzierung der CHOP-Codes auch nach 28 Behandlungstagen ist sinnvoll. Alternativ wäre ein Zusatzentgelt für diese in der Regel hochdefizitären Fälle, z.B. pro Behandlungstag ab gewisse Anzahl Tage, zu erwägen.
- c) Ähnliches gilt für palliativmedizinische Komplexbehandlung 1-6 Tage. Entweder Berücksichtigung der DRG oder (im Anbetracht auch der Vielfalt der betroffenen DRGs) Zusatzentgelt pro palliativmedizinischen Behandlungstag.

Regionalspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln. Swiss DRG hat in Bezug auf die Abgeltung von PC Leistungen komplett versagt.

Zentrumsspital Deutschschweiz: Swiss DRG hat sich absolut nicht bewährt, deshalb ist eine separate Tarifstruktur für das Leistungsangebot spezialisierte stationäre Palliative Care zu entwickeln. Spezialisierte Palliativstation sollte spezialisierte Einheit sein, die den Tarif per se kriegt und nicht im Einzelfall beweisen muss.

Palliativklinik Deutschschweiz: SwissDRG hat sich grundsätzlich bewährt, notwendige Anpassungen sind in den jährlichen Revisionen anzustreben.

Eigentlich ist eine adäquate Abbildung im SwissDRG-Tarifsystem bei Palliativpatienten schwierig, da diese insgesamt eine kleine, heterogene Gruppe sind und sich von der Diagnose nicht auf die individuelle Komplexität der Patientinnen (und deren Umfeld) schliessen lässt. Ebenfalls kann die DRG-Tarifstruktur bei Palliativpatienten zu ethisch schwierigen finanziellen Anreizen führen (was durch den hohen finanziellen Druck in den Spitälern verschärft wird). Tatsache ist aber, dass wir unter den Tagespauschalen defizitär waren und seit Einführung der SwissDRG-Tarifstruktur gute Zahlen aufweisen. Unter der Tagespauschale waren diejenigen Patienten inadäquat abgebildet, welche innerhalb weniger Stunden nach Eintritt verstarben, mit aufwendigen Aufnahme- und Austrittsprozeduren und Auffangen/Betreuung der Angehörigen. Diese Patienten sind nun unter der SwissDRG-Tarifstruktur deutlich fairer abgebildet. Unsere defizitären Fälle sind grossenteils Fälle mit Verlegungsabschlag, deren Anteil bei uns bei etwa 30% liegt. Zusammenfassend können wir mit der SwissDRG-Tarifstruktur recht gut leben, und ich denke auch, dass die Arbeiten zur Abgeltung von palliativmedizinischen Leistungen im Akutbereich innerhalb der bestehenden SwissDRG-Tarifstruktur weitergeführt werden sollten.

7.21 Finanzierung/Tarifierung ambulanter Palliative Care (spitalambulant, mobile Palliativdienste), Gruppierungen Akutsomatik/Universitätsspitäler/Privatkliniken

	Einzeleistungstarif (TARMED, TARDOC, etc.) gem. Art. 43 Abs. 5 KVG	Pauschaltarif (neue Tarifstruktur) gem. Art. 43 Abs. 5 nKVG	EFAS (einheitliche Finanzierung ambulant und stationär, inkl. Pflegeleistungen)
Ja, absolut	14	10	10
Eher ja	16	11	15
Eher nein	10	18	8
Nein, gar nicht	4	5	5
k.A. / weiss nicht	8	8	14
<i>Total</i>	<i>52</i>	<i>52</i>	<i>52</i>

7.22 Finanzierung/Tarifierung ambulanter Palliative Care (spitalambulant, mobile Palliativdienste), Gruppierung Psychiatrie

	Einzelleistungstarif (TARMED, TARDOC, etc.) gem. Art. 43 Abs. 5 KVG	Pauschaltarif (neue Tarifstruktur) gem. Art. 43 Abs. 5 nKVG	EFAS (einheitliche Finanzierung ambulant und stationär, inkl. Pflegeleistungen)
Ja, absolut	4	1	1
Eher ja	3	1	2
Eher nein	0	3	1
Nein, gar nicht	1	2	1
k.A. / weiss nicht	3	4	6
<i>Total</i>	<i>11</i>	<i>11</i>	<i>11</i>

7.23 Finanzierung/Tarifierung ambulanter Palliative Care (spitalambulant, mobile Palliativdienste), Gruppierung Langzeitpflege

	Einzelleistungstarif (TARMED, TARDOC, etc.) gem. Art. 43 Abs. 5 KVG	Pauschaltarif (neue Tarifstruktur) gem. Art. 43 Abs. 5 nKVG	EFAS (einheitliche Finanzierung ambulant und stationär, inkl. Pflegeleistungen)
Ja, absolut	1	0	2
Eher ja	2	3	2
Eher nein	0	0	0
Nein, gar nicht	0	0	0
k.A. / weiss nicht	4	4	3
<i>Total</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>7</i>

7.24 Bemerkungen zur Finanzierung ambulanter Palliative Care (alle Gruppierungen)

Regionalspital Deutschschweiz zu ambulanten Pauschalen:

Fallpauschalen führen in palliativen Situationen zur hohen Gefahr der Leistungskürzung am Patienten.

Palliativklinik Romandie zu EFAS:

Le stationnaire et l'ambulatoire n'ayant pas les mêmes couts, il est difficile de mettre un tarif unique pour les deux.

Zentrumsspital Deutschschweiz zu ambulanten Pauschalen :

Pauschale: Tätigkeitspauschalen für die häufigsten Tätigkeiten; keine Tagespauschalen oder Behandlungspauschalen.

Regionalspital Deutschschweiz zu ambulanten Pauschalen:

Die sehr unterschiedlichen Situationen in der Palliative Care können meiner Meinung nach kaum pauschal abgebildet werden. Die Patient:innengruppe und ihr Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen ist sehr heterogen. Ausserdem hängen die Möglichkeiten der Betreuung und Behandlung der Patient:innen sehr von den Möglichkeiten des Umfeldes ab (familiär und auch professionell). Man müsste die Möglichkeiten des ganzen behandelnden und betreuenden Systems abbilden (ambulant und stationär inklusive der vorhandenen Fachkompetenz 24/7), was meiner Meinung nach nicht möglich ist, da zu komplex.

Regionalspital Deutschschweiz zu Einzelleistungstarifen:

Die Tarifierung als Einzelleistung erlaubt m.E. nach die genauere Abbildung des tatsächlichen Aufwands.

Kinderspital Deutschschweiz zu ambulanten Pauschalen:

Die Leistungen lassen sich schlecht pauschalisieren. Der pädiatrische Bereich ist bisher hoch-defizitär und wird so in kleineren Häusern nicht angeboten werden können.

Kinderspital Deutschschweiz zu EFAS:

Aktuell werden unsere ambulanten Leistungen teilweise durch die DRG querfinanziert, was eher für 3.2.3 spricht.

Zentrumsspital Deutschschweiz zur ambulanten Tarifierung:

Die ambulante Palliative Care soll ein Anreiz sein, Hospitalisationen zu vermeiden. Deshalb muss eine kostendeckende Finanzierung vorhanden sein.

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz zu Einzelleistungstarifen:

Eine individuell an den Bedarf angepasste Leistungsabrechnung halte ich für sinnvoll, eher keine all-over-Pauschale.

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz zu EFAS:

EFAS berücksichtigt zu wenig die unterschiedlichen Voraussetzungen von stationärer und ambulanter Arbeit.

7.25 Priorisierung spezifischer Massnahmen der Leistungsfinanzierung der Palliative Care (Fragen a-l)), Gruppierungen Akutsomatik/Universitätsspitäler/Privatkliniken

Priorisierung Massnahmen	1	2	3	4	5	6	Weiss nicht
a) Psychosoziale Leistungen	2 (4%)	2 (4%)	3 (6%)	8 (15%)	17 (33%)	18 (35%)	2 (4%)
b) Leistungen in Abwesenheit	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	8 (15%)	14 (27%)	27 (52%)	2 (4%)
c) Konsiliarische Leistungen mobile PC	2 (4%)	4 (8%)	0 (0%)	4 (8%)	17 (33%)	18 (35%)	7 (13%)
d) Stationäre konsiliarische Leistungen	3 (6%)	6 (12%)	3 (6%)	7 (13%)	16 (31%)	14 (27%)	3 (6%)
e) Pflege nach Art. 7 Abs. 2 KLV	1 (2%)	2 (4%)	2 (4%)	9 (17%)	15 (29%)	15 (29%)	8 (15%)
f) Amb. Pflege nach Art. 7a Abs. 1 KLV	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	5 (10%)	12 (23%)	25 (48%)	7 (13%)
g) Stat. Pflege nach Art. 7a Absl 3 KLV	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	8 (15%)	15 (29%)	16 (31%)	12 (23%)
h) Med.-therap. Leistungen	3 (6%)	1 (2%)	4 (8%)	8 (15%)	19 (37%)	13 (25%)	4 (8%)
i) Psychotherapie	4 (8%)	2 (4%)	5 (10%)	7 (13%)	18 (35%)	10 (19%)	6 (12%)
j) Support Angehörige	4 (8%)	2 (4%)	5 (10%)	9 (17%)	14 (27%)	15 (29%)	3 (6%)
k) Gesundheitl. Vorausplanung	1 (2%)	1 (2%)	5 (10%)	9 (17%)	17 (33%)	16 (31%)	3 (6%)
l) Aus- und Weiterbildung	1 (2%)	4 (8%)	7 (13%)	9 (17%)	13 (25%)	11 (21%)	7 (13%)
<i>Total Antwortende: 52</i>							

Lesebeispiel: 18 Betriebe (35% aller Antwortenden) sind der Meinung, dass der Anerkennung psychosozialer (Psychologie, Sozialarbeit/pädagogik, Kunsttherapie) und spiritueller (Seelsorge) Leistungen an Patient/innen in der letzten Lebensphase als KVG-pflichtige Leistungen höchste Priorität (Stufe 6) beizumessen sei.

7.26 Soll der geltende rechtliche Rahmen (KVG, KLV) unverändert beibehalten werden?

Antworten aller Gruppierungen

Geltender rechtlicher Rahmen unverändert beibehalten	Anzahl Betriebe
Ja, absolut.	3 (4%)
Eher ja.	15 (20%)
Eher nein.	18 (24%)
Nein, gar nicht.	19 (25%)
keine Antwort / weiss nicht	21 (27%)
<i>Total Antwortende: 76</i>	

7.27 Finanzierung: Bemerkungen zur Priorisierung spezifischer Massnahmen

(alle Gruppierungen):

Regionalspital Deutschschweiz:

Palliative Care wird auch in der Schweiz seit Jahren grundsätzlich als sinnvoll und förderungswürdig erachtet. Nach wie vor bleibt es jedoch bei Absichtserklärungen, und es mangelt an finanziellen Zuschüssen bzw. einer soliden Vergütungsgrundlage für die sprechende Medizin. Zugleich ist der Ausbildungsaufwand hoch, z.Bsp. die Anforderungen für den ärztlichen Schwerpunkt Palliative Medizin, und die Vergütung für die damit geleistete Arbeit ist nicht attraktiv, wenn man mit dieser Qualifikation nicht gerade in einer Leitungsposition in einem Spital tätig sein kann.

Kinderspital Deutschschweiz:

Die Lösung zu finden, ist sicher schwierig. Der Bereich der Pädiatrie lässt sich jedoch nicht gleich wie der Erwachsenenbereich behandeln - wie dies bisher leider vorwiegend geschieht.

Kinderspital Deutschschweiz:

Aus unserer Sicht ist der psychosoziale und administrative Aufwand primär unterfinanziert. Ebenso punktuelle Spitzen im pflegerischen Bereich. Ansonsten scheint das System für die Pädiatrie gut zu funktionieren und muss nun von den anderen Kantonen entsprechend übernommen werden (vgl. Strategie von Pallivia.ch).

Zentrumsspital Deutschschweiz:

Beiträge für ambulante pflegerische Leistungen vor Ort sind zu erhöhen, Vergütung für telefonische Dienstleistungen soll reduziert werden.

Zentrumsspital Romandie :

Les professionnels spécialisés en soins palliatifs devraient plus valoriser par rapport aux besoins des patients et aux exigences qualité.

Universitätsspital Deutschschweiz :

Insgesamt braucht es für spitalinterne spezialisierte Dienste und auch Palliativstationen eine bessere Tarifierung/Finanzierung bei der Behandlungsdauer < 7 Tage. Die Behandlung und Begleitung von sterbenden Patienten, die spezialisierten Palliative Care Bedarf haben ist im DRG System, aus unserer Perspektive, nicht angemessen abgebildet, da sie oft nur eine kurze Liegedauer haben. Dies ist widersprüchlich zu einem zentralen Behandlungsauftrag des Fachs sterbende Menschen zu behandeln. Eine Kombination aus Zusatzentgelt und DRG wäre auch vorstellbar, also unter 7 Tagen Zusatzentgelt, >7 DRG. Bemerkungen zu 3.3d) über Finanzierung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung: siehe Beilage.

Palliativklinik Deutschschweiz:

Die gesetzliche Verankerung der Palliative Care ist ein "muss". Es braucht diesbezüglich eine Systemveränderung.

Psychiatrische Klinik Deutschschweiz:

Der rechtliche Rahmen ist anpassungsbedürftig, aber breit und nicht spezifisch für Palliative Care.

7.28 Inwieweit soll sich H+ für die Palliative Care engagieren?

Antworten Gruppierungen Akutsomatik, Universitätsspitäler, Privatkliniken

	1	2	3	4	5	6	Weiss nicht
Ge-wünschtes Engage-ment	0 (0%)	2 (4%)	0 (0%)	2 (4%)	13 (23%)	39 (70%)	0 (0%)
<i>Total der Antworten: 56</i>							

7.29 Inwieweit soll sich H+ für die Palliative Care engagieren?

Antworten Gruppierung Psychiatrie

	1	2	3	4	5	6	Weiss nicht
Ge-wünschtes Engage-ment	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)	2 (13%)	4 (27%)	5 (33%)	3 (20%)
<i>Total der Antworten: 15</i>							

7.30 Inwieweit soll sich H+ für die Palliative Care engagieren?

Antworten Gruppierung Rehabilitation

	1	2	3	4	5	6	Weiss nicht
Ge-wünschtes Engage-ment	0 (0%)	0 (0%)	2 (17%)	2 (17%)	4 (33%)	3 (25%)	1 (8%)
<i>Total der Antworten: 12</i>							

7.31 Inwieweit soll sich H+ für die Palliative Care engagieren?

Antworten Gruppierung Langzeitpflege

	1	2	3	4	5	6	Weiss nicht
Ge-wünschtes Engage-ment	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (25%)	1 (13%)	5 (62%)	0 (0%)
<i>Total der Antworten: 8</i>							

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Teilnehmende Mitglieder nach Spitalkategorie	8
Tabelle 2: Leistungsangebot der Palliative Care	8
Tabelle 3: Einschätzung der Entwicklung der letzten fünf Jahre (alle Versorgungsbe- reiche)	10
Tabelle 4: Wie Menschen mit palliativen Bedürfnissen identifizieren	13
Tabelle 5: Beurteilung des kantonal verfügbaren spezialisierten Palliative Care-Ange- boten	18
Tabelle 6: Einschätzung der Tarifierung spezialisierter Palliative Care via SwissDRG	21
Tabelle 7: Einschätzung der Tarifierung spezialisierter Palliative Care via TARPSY	24
Tabelle 8: Vorschläge zur Finanzierung/Tarifierung stationäre spezialisierte Palliative Care Langzeitpflege	27
Tabelle 9: Tarifierung Ambulante Palliative Care, inkl. Mobile Dienste	28
Tabelle 10: Priorisierung spezifischer Massnahmen der Leistungsfinanzierung der Palliative Care (Fragen a)-l))	30
Tabelle 11: Gewünschtes Engagement von H+ für die Palliative Care	32

Literaturverzeichnis

- BASS AG (2019): Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Ergeb-
nisse der Befragung der Kantone und Sektionen von palliative.ch 2018. Schlussbericht
im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern
- Bundesamt für Gesundheit und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und
-direktoren: Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012. Bern
- Bundesamt für Gesundheit und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und
-direktoren: Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. Bern
- Bundesamt für Gesundheit und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und
-direktoren (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern
- Bundesamt für Gesundheit und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und
-direktoren (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Bern
- Bundesamt für Gesundheit (2020): Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen
am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kom-
mission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom
26. April 2018. Bern
- Bundesamt für Statistik (2020): Hospitalisierungen mit Palliative Care im Jahr 2018.
Neuchâtel
- European Association for Palliative Care EAPC (2010): White Paper on standards and
norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. Recommendations from the Eu-
ropean Association for Palliative Care. In: European Journal of Palliative Care.
- Gordon R, Eagar K, Currow D, Green J. Current funding and financing issues in the Aus-
tralian hospice and palliative care sector. J Pain Symptom Manage 2009; 38: 68-74.
- H+ (2022): Palliativ-Abbildung innerhalb SwissDRG. Bern (unveröffentlicht).
- Palliative.ch (2021): Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care. Ver-
sion 3.3. gültig ab 1.1.2021. Bern
- Palliative.ch (2021): Report Bigorio Survey. Identifikationsinstrumente in zertifizierten
Schweizer Palliative Care-Institutionen. Ebnetter A., Fusi-Schmidhauser T., Gärtner J.
Arbeitsgruppe Bigorio. Bern
- Palliative.ch (2022): Schweizerischer Bericht zu den Palliative Care-Versorgungsstrukt-
uren 2021. Daten der zertifizierten Institutionen (2021). Bern
- Polynomics (2020): Kostenberechnung Hospizstrukturen. Schlussbericht. Studie im Auf-
trag des BAG. Olten
- Sottas Formative Works (2018): Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw.
Hospize, Factsheet Nutzenstudie. Freiburg

