

Palliative Care Konsiliardienst für die Einwohnerinnen und Einwohner des Bezirks Hinwil

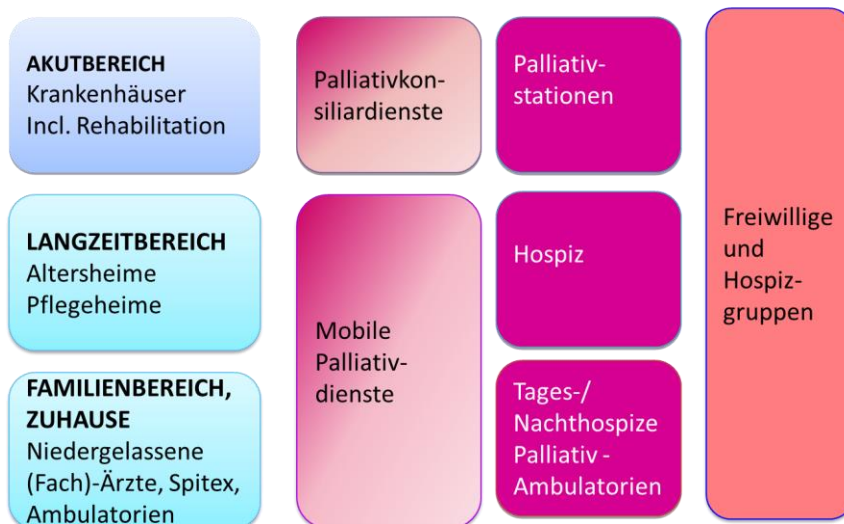
1. Ausgangslage.....	1
2. Palliative Care Team GZO.....	2
3. Bisherige Erfahrungen.....	3
4. Finanzierung des Palliative Care Teams.....	5
5. Ausblick.....	6

1. Ausgangslage

Die meisten Menschen wünschen sich nach einem guten Leben auch ein gutes Lebensende. Leider ist dies lange nicht immer der Fall. Die meisten Menschen würden ihre letzte Zeit gerne zu Hause verbringen und schlussendlich im eigenen Bett sterben, weniger als 20 % gelingt dies auch. Schmerzen, Atemnot, Erbrechen und Überforderung der Angehörigen führen dazu, dass fast jeder Zweite am Lebensende noch ins Spital eingewiesen wird. Die meisten Menschen machen sich Sorgen bezüglich des Lebensendes und viele dieser terminalen Patienten ziehen sogar eine Freitodbegleitung von Exit oder Dignitas in Betracht.

Bund und Kantone haben aus diesen Gründen über die letzten Jahren eine nationale Palliative Care Strategie entwickelt (www.bag.admin.ch/palliativecare), die unter anderem die Schaffung mobiler Palliative Care Teams zur Unterstützung von Hausärzten, Spitex und Pflegeheimen vorsieht.

Palliativ – Strukturen (Strategie BAG, GDK)



2. Palliative Care Team GZO

Am Spital Wetzikon wurde bereits im Jahr 2010 ein interdisziplinärer Palliative Care Konsiliardienst aufgebaut. Dieses Team hat jedoch nur stationäre, palliative PatientInnen betreut und deren Austritt organisiert. Seit Juni 2013 unterstützt das Team die Betreuung der Schwerkranken auch nach deren Entlassung zu Hause und im Pflegeheim. Es besteht aus 4 Pflegefachfrauen mit einer höheren Fachausbildung oder einem Master in Palliative Care, die sich 160 Stellenprozent teilen, und einem Palliativmediziner.

DAS PALLIATIVE-CARE-TEAM AM GZO SPITAL WETZIKON



Dr. Andreas Weber
Belegarzt Schmerztherapie und Palliativmedizin



Falko Küker
Manager
Palliative Care-Spitex



Karin Gmür
Sekretärin
Palliative Care



Claudia Erme
Leiterin Pflege
Palliative Care-Spitex



Anna Meinen
Pflegefachfrau HF
Palliative Care



Ursula Baur
Pflegefachfrau HF
Palliative Care



Claudia Cardoso
Pflegefachfrau HF
Palliative Care

Die Aufgaben des Palliative Care Teams sind:

- Erfassen aktueller Leiden auf körperlicher, sozialer, geistiger und seelischer Ebene
- Optimierung der Behandlung dieser Leiden im Spital, bei Bedarf durch Beizug entsprechender Fachleute (Fachärzte, Physiotherapie, Psychotherapie, Seelsorge usw).
- Klärung der Werte, Wünsche und Ziele der PatientInnen
- Erstellung einer Patientenverfügung und einer Notfallplanung für mögliche Komplikationen
- Planung des Austrittes durch frühzeitige Absprachen mit nachbehandelnden Fachleuten und Angehörigen
- Wenn nötig Organisation eines Rundtischgespräches nach Austritt zu Hause oder im Pflegeheim, mit allen involvierten Betreuenden.
- Unterstützung der Pflegenden im Heim oder der Spitex, sowie der Haus- und HeimärztInnen bei schwierig kontrollierbaren Leiden nach Spitalentlassung.
- Sicherstellung eines Picketdienstes rund um die Uhr für Notfallsituationen, wenn Spitex und Hausarzt nicht erreichbar sind, d.h. oft auch nachts und an Wochenenden.

Das Palliative Care Team GZO unterscheidet sich damit von allen anderen spezialisierten Palliative Care Anbietern im Kanton und in der übrigen Schweiz, in dem das gleich Team, sowohl im stationären, als

auch im ambulanten und im Langzeitbereich die Betreuung unterstützt und die PatientInnen begleitet. Dieses Konzept hat verschiedene, grosse Vorteile:

- PatientIn und Betreuungsteam haben während der Hospitalisation Gelegenheit, sich kennenzulernen und eine Beziehung aufzubauen. Bei nur subsidiären, ambulanten Einsätzen ist ein Beziehungsaufbau aufgrund der seltenen Patientenkontakte viel schwieriger.
- Die Kontinuität der Betreuung kann beim Wechsel der Betreuungsorte und über die Institutionsgrenzen hinweg wesentlich besser sichergestellt werden.
- Schwerkranke haben oft Angst das Spital zu verlassen, weil sie wissen, dass Komplikationen und Notfallsituationen jederzeit wieder auftreten können. Die Gewissheit, dass das Palliative Care Team aus dem Spital auch zu Hause oder im Pflegeheim jederzeit Hilfe leisten kann, gibt den PatientInnen Mut und Sicherheit.
- Das Palliative Care Team hat jederzeit Zugriff auf Medikamente wie z.B. intravenöse Antibiotika oder spezielle Materialien, wie z.B. Pleuradrainageset, Port a Cath Nadeln usw. die im ambulanten Sektor nur selten gebraucht werden und daher meist nicht rasch genug verfügbar sind. Das Team hat auch jederzeit Zugang zu Fachwissen, zu Röntgenbildern und Labor-daten aus dem Spital.

Problematisch an der Etablierung eines interdisziplinären und sektorübergreifend arbeitenden Teams sind v.a. die administrativen Prozesse. Dass Arzt und Pflegende die gleiche Krankengeschichte führen und die identischen Informationen einsehen können erforderte etliche, zum Teil tiefgreifende Änderungen an den Zugangsberechtigungen zum Klinikinformationssystem. Auch die Verwendung des Klinikinformationssystems während dem stationären Aufenthalt, als auch im ambulanten Bereich, und der jederzeitige Zugriff auf die Daten während Hausbesuchen oder im Pikettdienst von zu Hause erforderte etliche Tricks und Anpassungen. Sehr anspruchsvoll war das Ziel, mit dem für ein Spital ausgerichteten Buchhaltungssystem ambulante Pflegeleistungen den Versicherern und den Gemeinden in Rechnung zu stellen, teilweise noch mit Selbstbehalt für die PatientInnen. Ebenfalls komplex sind die administrativen Prozesse mit den Krankenversicherern, da ambulante Pflegeplanungsinstrumente in der Spitalinformatik fehlen und diese Instrumente zudem nicht für spezialisierte Pflegeteams ausgelegt sind.

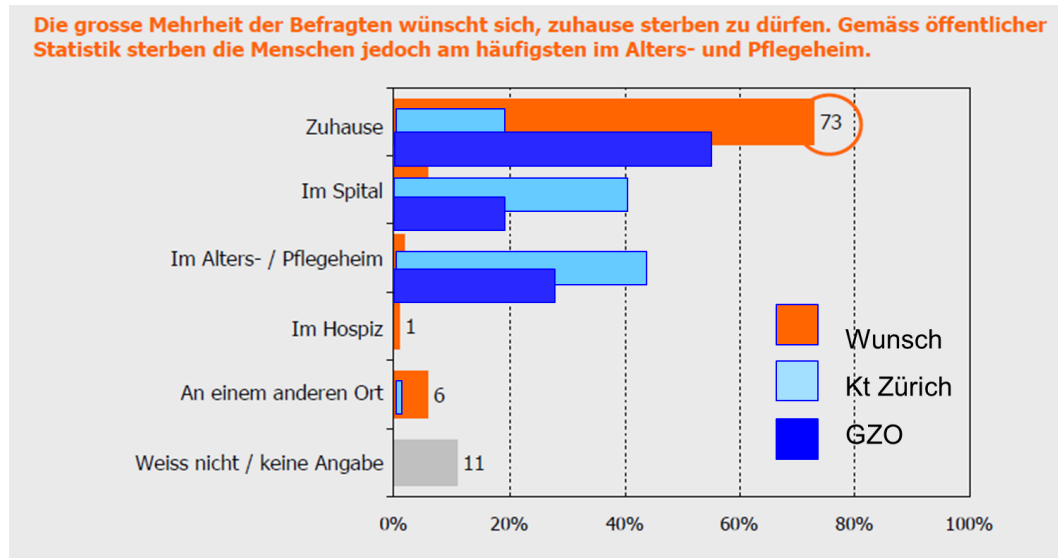
Der Nutzen einer integralen, alle Versorgungsbereiche übergreifenden Betreuung überwiegt jedoch gerade für Schwerkranke die Umstände der administrativen Hindernisse bei weitem.

3. Bisherige Erfahrungen

Jährlich konnte das Palliative Care Team ca. 140 PatientInnen mitbetreuen. Gut 90 % der PatientInnen kamen aufgrund bestimmter Kriterien im GZO mit dem Palliative Care Team in Kontakt. Ca. 10 % wurden von anderen Spitalern, Spitex oder HausärztInnen zugewiesen. Ein kleiner Teil, ca. 18 % der PatientInnen war bereits beim ersten Kontakt mit dem Palliative Care Team so krank, dass eine Entlassung nicht mehr möglich war. Das Team unterstützte die Abteilungsärzte und die Pflegenden der entsprechenden Klinik bei der palliativen Betreuung bis zum Tod.

Die meisten Schwerkranken konnten jedoch das Spital wieder verlassen. Ca. 15 % der austretenden PatientInnen traten in ein Pflegeheim aus, wobei gut die Hälfte davon schon zuvor im Pflegeheim zu Hause war. Die restlichen PatientInnen konnten wieder nach Hause. Einige davon mussten in der Folge wegen Überlastung der Angehörigen oder weil gar keine Angehörige vorhanden waren und eine 24

Stunden Betreuung die finanziellen Möglichkeiten überstieg, noch in ein Pflegeheim eintreten oder wurden am Schluss des Lebens hospitalisiert. Dennoch konnte der Wunsch jener PatientInnen, die bis zum Schluss zu Hause bleiben und auch dort sterben wollten, in 72 % der Fälle erfüllt werden. Das ist gut vier Mal häufiger als ohne die Unterstützung durch ein Palliative Care Team.



Quelle: statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich 2009

Durchschnittlich wurden die Schwerkranken während 73 Tagen durch das Palliative Care Team mitbetreut. Die Unterstützung wurde rege in Anspruch genommen: Im Durchschnitt wurde das Team pro Patient 14 mal telefonisch und 5 mal vor Ort beigezogen, oft nachts und an den Wochenenden, wenn Hausarzt oder Spitex nicht erreichbar waren. Die häufigsten Probleme, bei denen das Palliative Care Team beigezogen wurde, waren Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Verwirrung und Überforderung der Angehörigen. In den meisten Situationen konnten die Beschwerden genügend gelindert werden, z.T. durch Einsatz technischer Mittel wie eine Schmerzpumpe, die sonst nur im Spital zur Verfügung stehen. Sehr hilfreich war auch das grosse Beziehungsnetz des Palliative Care Teams zu Hausärzten, Spitex, Ehrenamtlichen der Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker, Anbietern einer 24-Stunden Betreuung, Psychotherapeuten, Seelsorgern usw. Viele PatientInnen konnten dank der Unterstützung durch das individuell erstellte Betreuungsnetz auch nochmals gute Zeiten erleben und persönliche Ziele erreichen, z.B. mit dem Auto auf den Bachtel gefahren zu werden, den 50. Hochzeitstag noch zu feiern oder das Ausschlüpfen der jungen Kanarienvögel noch zu erleben.



Die Zufriedenheit der Schwerkranken und ihrer Angehörigen wurde nicht systematisch ausgewertet, aber die Fülle von Dankeschreiben und positiven Rückmeldungen bestätigen, dass sich dieses Angebot auf jeden Fall lohnt.

4. Finanzierung des Palliative Care Teams

Im Kanton Zürich wird die ambulante Pflege dual durch Krankenkassen und Wohngemeinde des Patienten bezahlt. Einen Selbstbehalt von maximal CHF 8 pro Tag müssen die PatientInnen selbst bezahlen. Der Beitrag der Krankenkassen wird vom Krankenversicherungsgesetz und entsprechenden Verordnungen (KLV Art. 7) vorgegeben und beträgt zwischen CHF 55 und 80. Der Beitrag der Gemeinden wird vom Regierungsrat festgelegt. Es werden drei Beitrags-Kategorien unterschieden:

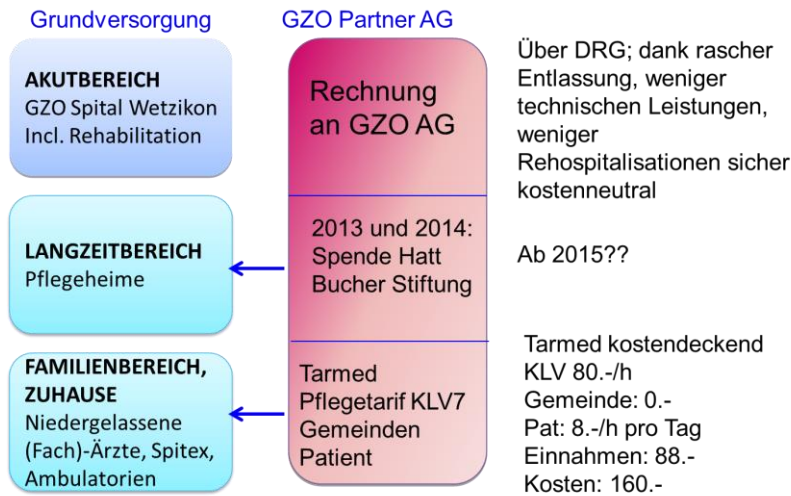
Bei Spitexorganisationen mit kommunalem Leistungsauftrag müssen die Gemeinden die höchsten Beiträge bezahlen, im 2014 ca. CHF 50.pro ambulante Pflegestunde. Bei Spitexorganisationen ohne kommunalen Leistungsauftrag, d.h. bei privaten und überregional tätigen Spitexorganisationen werden im 2014 zwischen CHF 0 und 15 . Bezahlt pro Pflegestunde. Bei freiberuflich tätigen Pflegefachleuten bezahlt die Gemeinde zwischen CHF 25 und 40 .

Das Palliative Care Team GZO erhielt im 2013 von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine Betriebsbewilligung als Spitex-Organisation und konnte ab diesem Zeitpunkt die ambulanten Pflegeleistungen in Rechnung stellen. Da zu Beginn keine Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden bestanden, konnten nur die tieferen Beiträge in Rechnung gestellt werden. Während dem Jahr 2014 konnte mindestens mit den 12 Aktionärgemeinden des Spitals Wetzikon ein Vertrag unterzeichnet werden. Die Analyse der im letzten Jahr betreuten PatientInnen zeigt jedoch, dass diese aus 36 verschiedenen Gemeinden stammen. Der Aufwand, mit all diesen Gemeinden Leistungsvereinbarungen zu treffen würde die Möglichkeiten des Palliative Care Teams übersteigen.

Allerdings könnten die Betriebskosten des Palliative Care Teams auch nicht gedeckt werden, wenn alle Gemeinden den Beitrag für Spitexorganisationen mit kommunalem Leistungsvertrag bezahlen würden. Das hat folgende Gründe:

- für Beratungen und Unterstützung in den Pflegeheimen bezahlen weder die Krankenkassen noch die Gemeinden einen Beitrag.
- ein spezialisiertes Team hat höhere Anforderungen an die Ausbildung (Höhere Fachschule oder Master), damit fallen auch höhere Lohnkosten an.
- Aufgrund des regionalen Einsatzes fallen längere Wegzeiten an als bei der kommunalen Spitex. Für Wegzeiten ist in der KLV keine Vergütung vorgesehen.
- Ein spezialisiertes Team sollte 24 h einsatzbereit sein, d.h. hat höhere Vorhaltekosten, die nicht verrechnet werden können.

Finanzierung des Palliative Care Teams GZO:



Alle vier ambulant tätigen Palliative Care Teams des Kantons Zürich haben das gleiche Problem, d.h. sie können ihre Betriebskosten nicht über die offiziellen Tarife decken, brauchen für Verträge mit Gemeinden viel personelle Ressourcen und sind auf grosse Spenden angewiesen, um überleben zu können. Das gleiche Problem haben auch alle anderen Teams in der Schweiz, wo die Finanzierung über die Gemeinden läuft (s. Bericht der Fachhochschule Luzern: Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz, von Matthias Wächter, 13.1.14)

5. Ausblick

Wenn die nationale Palliative Care Strategie von Bund und Kantonen auch im Kanton Zürich umgesetzt werden soll, wenn die Devise „ambulant vor stationär“ ernst genommen werden soll, dann muss die Finanzierung dieser Teams geändert werden. Auch im Kanton Zürich verbringen weniger als 20 % der Menschen ihren letzten Lebensabschnitt zu Hause, obwohl 75 % dies wünschen. Die palliative Unterversorgung wird auch durch den letzten Bericht des Gesundheitsobservatoriums über die Notfall-einweisungen evident: Über 90 % der Spitaleinweisungen erfolgen über den Notfall, fast 50 % betreffen Leute über 80 Jahren, die meist am Ende des Lebens mehrmals ins Spital eingewiesen werden. Die Erfahrungen des Palliative Care Teams im Zürcher Oberland, sowie auch andere Auswertungen zeigen, dass durch Unterstützung der grundversorgenden Spitex und Hausärzte über 70 % der Patienten bis zum Schluss zu Hause bleiben können und Notfalleinweisungen auch bei älteren Leuten sehr selten nötig sind. Diese Erfahrungen werden auch durch ausländische Untersuchungen gestützt.

Da im Kanton Zürich in absehbarer Zeit kaum eine direkte Kostenbeteiligung des Kantons an der spezialisierten Pflege umsetzbar ist, wie z.B. im Kanton Thurgau, muss der Kanton nun den Gemeinden klar vorgeben, wie die spezialisierten Teams vergütet werden. Man kann diese Aufgaben aus folgenden Gründen nicht an die Gemeinden delegieren:

- Um ein rund um die Uhr verfügbares Team mit spezialisiertem Know-How und spezifischen Techniken und Materialien effizient auszulasten, benötigt man ein Einzugsgebiet von ca. 150'000 – 200'000 Einwohnern.

- Die palliative Betreuungsqualität (sterben Menschen am gewünschten Ort, ohne zu leiden?) kann auf Gemeindeebene aus statistischen Gründen, aber auch aus Kostengründen nicht erhoben werden. Wie beim Rettungsdienst muss man daher auf der Angebotsseite sicherstellen, dass entsprechende Teams verfügbar sind. Das erreicht man durch eine kostendeckende Finanzierung.

Die Gesundheitsdirektion muss in Zukunft bei den jährlichen Vorgaben zu Normdefiziten gemäss §§ 16,17 und 22 des Pflegegesetzes eine vierte Kategorie – neben kommunalen und anderen Spitex Institutionen und neben selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen – schaffen, nämlich für spezialisierte Palliativpflege. So könnten diese Teams den Gemeinden ihre Leistungen in Rechnung stellen, ohne dass vorausgehend, vielleicht nur für wenige PatientInnen, lange Verhandlungen geführt werden müssen. Natürlich müssen die Voraussetzungen zur Anerkennung als spezialisiertes Palliative Care Team genau definiert werden, mit Ausbildungsanforderungen, 24 h Einsatzbereitschaft usw.

Falls der Regierungsrat eine solche 4. Kategorie der ambulanten Pflege nicht in eigener Kompetenz auf dem Verordnungsweg definieren und die Normdefizitübernahme für die Gemeinden festlegen kann oder will, müsste auf politischem Weg eine Änderung des Pflegegesetzes angegangen werden. In der Zwischenzeit sind die Palliative Care Teams weiterhin auf Spenden angewiesen, um ihre Betriebskosten zu decken. Palliative zh + sh setzt sich dafür ein, dass einerseits die gesetzlichen Grundlagen für eine nachhaltige Finanzierung der palliativen Versorgung im Kanton Zürich geschaffen werden und dass eine Überbrückungsfinanzierung für die ambulanten Teams gefunden werden kann.

Februar 2015, Dr. med. Andreas Weber