Kanton Schaffhausen
Departement des Innern

www.sh.ch

Palliative Care Konzept
für den
Kanton Schaffhausen

Stand: 1. Dezember 2016

"Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben"

Dame Cicely Saunders, Palliative Care Pionierin (UK)

Vom Regierungsrat zur Kenntnis genommen: 13. Dezember 2016

Impressum

Herausgeber
- Kanton Schaffhausen, Departement des Innern

Gestaltung
- Gesundheitsamt Schaffhausen

Auflage Dezember 2016
- 150 Exemplare

Bezugsmöglichkeit Konzept und Anhänge in elektronischer Form
- www.ktsh.ch => Departemente => Departement des Innern => Gesundheitsamt

Kontakt
- Gesundheitsamt Schaffhausen, Mühlentalstrasse 105, 8200 Schaffhausen
- Sekretariat.ga@ktsh.ch / Tel. 052 632 74 67

Vorwort

Über das Sterben und den Tod wird in unserer Gesellschaft oft nur mit grösster Zurückhaltung gesprochen. Das hat mit grosser Wahrscheinlichkeit damit zu tun, dass der letzte Lebensabschnitt oder eine unheilbare Krankheit meist mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden ist. Beschwerden und Schmerzen erschweren den Alltag der Betroffenen. Die Unfähigkeit, alltägliche Verrichtungen nicht mehr selbst bewältigen zu können und auf andere angewiesen zu sein, belastet Menschen in der letzten Lebensphase. Hier kann Palliative Care entscheidend zur Verbesserung der Situation beitragen. Palliative Care ist ein Teilgebiet der medizinischen Versorgung, das sich mit allen Massnahmen befasst, die zur Linderung von krankheitsbedingten Beschwerden führen. Bei Palliative Care handelt es sich um Teamarbeit, welche zum Ziel hat, die Lebensqualität der Menschen in dieser Phase zu verbessern. Sie betrifft zahlreiche Teilgebiete der modernen Medizin. Ein interdisziplinäres Team setzt sich zusammen aus den verschiedensten Berufsgruppen wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeitende, Seelsorge, Freiwillige, Angehörige, Freunde und Bekannte. Sämtliche Beteiligten leisten im Netzwerk einen Beitrag, um die Betroffenen und die Angehörigen beim Leben mit der Krankheit und beim Sterben so zu begleiten, dass diese mit ihren Grenzen umgehen können.

Seit dem 1. Januar 2013 ist die Palliative Care im Gesundheitsgesetz des Kantons Schaffhausen verankert. Das Departement des Innern wurde vom Regierungsrat beauftragt, das entsprechende Konzept zu erarbeiten. In einer breit abgestützten Projektgruppe, in welcher die verschiedenen Akteure vertreten waren, wurde das Konzept entwickelt. Es zeigt den Handlungsbedarf für eine Optimierung der Palliative Care Versorgung im Kanton auf. Das Ergebnis wurde vom Regierungsrat im Dezember 2016 verabschiedet. Ich freue mich, dass wir nun im Kanton Schaffhausen über ein zeitgemässes und zukunftsgerichtetes Palliative Care Konzept verfügen, auf das wir zu Recht stolz sein dürfen.

Das Konzept macht Palliative Care für die Schaffhauser Bevölkerung sichtbar. Es beschreibt das bestehende Angebot und identifiziert die notwendigen Massnahmen zur Verbesserung der Palliativ-Versorgung. Mit einer Fortbildungsoffensive in den nächsten zwei Jahren soll ein erster wichtiger Schritt getan werden. Weitere Massnahmen, wie die Schaffung eines Mobilen Palliative Care Dienstes und einer spezialisierten Pflegestation für komplexe Palliativpatienten (Hospiz-Station) sollen folgen. Ich danke allen, die zum Gelingen des Konzeptes beigetragen haben für ihr Engagement und wünsche bei der Umsetzung allen Beteiligten viel Erfolg.

Regierungsrätin

Ursula Hafner-Wipf

Vorsteherin Departement des Innern

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung 6
2 Ausgangslage, Vorgehen 10
2.1 Nationale Strategie 10
2.2 Definition 10
2.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit 11
2.4 Auftrag und Zielsetzung des Berichts 11
2.5 Projektorganisation 12
2.6 Vorgehen, Aufbau des Konzeptes 12
3 Nationale Grundlagen 14
3.1 Rahmenkonzept 14
3.2 Versorgungsstruktur 14
3.3 Allgemeine Grundsätze und Qualitätsanforderungen 16
4 Anforderungen an die Leistungsbereiche 21
4.1 Grundversorgung 21
4.2 Spezialisierte Palliative Care ambulant und in Heimen 22
4.3 Spezialisierte Palliative Care im Spital 25
4.4 Unterstützende Dienste 28
4.5 Koordination und Vernetzung 31
5 IST-Situation Schaffhausen 33
5.1 Rechtsgrundlagen 33
5.2 Sterbefälle in Schaffhausen: Statistische Proportionen 34
5.3 Bedarf – Anzahl Palliative Care Patienten 35
5.4 Aktuelle Versorgungsstrukturen im Kanton Schaffhausen 35
6 Ziele und Massnahmen 44
6.1 Übergeordnete Ziele 44
6.2 Grundversorgung 44
6.3 Palliative Spezialversorgung ambulant und in Heimen 46
6.4 Palliative Spezialversorgung im Spital 51
6.5 Unterstützende Dienste 53
6.6 Koordination, Kommunikation und Qualitätssicherung 55
7 Weiteres Vorgehen 56
7.1 Übersicht Massnahmen 56
7.2 Nächste Schritte zur Variantenklärung - modulare Ausschreibung 56
7.3 Finanzielle Proportionen (Ausblick) 57
8 Schlusswort 59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz 14
Abbildung 2: Übersicht über die Angebote nach Patientengruppen 15
Abbildung 3: Versorgungsstrukturen Palliative Care 16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausbildungsniveaus von palliative.ch bzw. SwissEduc 18
Tabelle 2: Todesfälle im Kanton Schaffhausen 1995 - 2014 nach Altersgruppen 34
Tabelle 3: Sterbeorte im Kanton Schaffhausen (Mittelwerte der Jahre 2010 bis 2014) .. 34
Tabelle 4: Anzahl Personen mit Palliative Care Bedarf im Kanton SH 35
Tabelle 5: Bettenbestand SSH 36
Tabelle 6: Personelle Ressourcen SSH 36
Tabelle 7: Daten der Heime SH (Belegung, Personaldaten) 37
Tabelle 8: qualifiziertes Palliative Personal der Spitex-Organisationen SH 39

Abkürzungsverzeichnis

BfS	Bundesamt für Statistik
AbPG	Altersbetreungs- und Pflegegesetz (SHR 813.500)
AbPV	Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (SHR 813.501)
DRG	Diagnosis Related Groups
EAPC	European Association for Palliative Care; www.eapcnet.eu
GesG	Gesundheitsgesetz (SHR 810.100)
IV	Invalidität
KVG	Bundesbesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31)
KV	Krankenversicherer
LE	Leistungserbringer
LV	Leistungsvertrag / Leistungsauftrag
MPCD	Mobiler Palliative Care Dienst
NECPAL	Necesidades Paliativas / Palliative Needs
PKD	Palliativ-Konsiliardienst
SEOP	Sspitalexterne Onkologiepflege
SSH	Spitäler Schaffhausen
VZÄ	Vollzeitäquivalenz (Personalpensum 100 %)

Hinweis

Im Text wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

1 Zusammenfassung

Die medizinische Behandlung und Pflege von Menschen, die von einer unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung betroffen sind, stellt besondere Anforderungen an die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Im Zentrum der Bemühung stehen nicht mehr die Heilung und Beseitigung von Krankheiten, sondern die Erhaltung einer möglichst hohen Lebensqualität für die beschränkte verbleibende Lebenszeit. Betreuungskonzepte, die auf diesem Perspektivwechsel basieren, werden mit dem Begriff "Palliative Care" umschrieben.

Bund und Kantone haben in den letzten Jahren gemeinsam eine "Nationale Strategie Palliative Care" entwickelt mit dem Ziel, für die Betreuung von betroffenen Menschen in der letzten Lebensphase spezifische Konzepte zu erarbeiten und entsprechende Qualitätsstandards zu definieren. Ab 2017 wird die Strategie durch die "Nationale Plattform Palliative Care" abgelöst.

Im Kanton Schaffhausen wurde der Anspruch der Patienten auf eine adäquate Palliative Care Versorgung im Gesundheitsgesetz ausdrücklich verankert. Der Regierungsrat hat das Departement des Innern beauftragt, ein Palliative Care Konzept für den Kanton zu entwickeln. Das Departement hat im Juli 2015 eine Projektgruppe mit der Erarbeitung eines Konzeptes betraut.

Patienten mit palliativem Betreuungsbedarf werden bereits heute auf allen Leistungsebenen des Gesundheitswesens (Spitäler, Heime, Spitex, Hausärzte u.a.) in den ordentlichen Strukturen betreut. Diese weisen eine grundlegende Vernetzung und Zusammenarbeit auf. Für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Palliativversorgung fehlen jedoch gewisse Grundlagen und systematisch vernetzte Strukturen, abgestützt auf standardisierten Grundlagen. Bei den geplanten Verbesserungen gilt es darauf zu achten, die in der Region Schaffhausen bestehenden Strukturen mit ihren Stärken und ihrer breiten Vernetzung von Anfang an einzubeziehen und zu stärken.

Die Projektgruppe hat die Versorgungssituation im Kanton Schaffhausen analysiert und zentrale Handlungsfelder zur Optimierung der Angebote und der Leistungsqualität definiert. Als Grundlage dienten dabei die Zielstrukturen und Qualitätskriterien, die im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care umschrieben wurden sowie die Erfahrungen anderer Kantone bei der Realisierung eigener Konzepte.

Aufgrund der getroffenen Abklärungen wurden die folgenden prioritären Handlungsfelder zur Verbesserung der Palliative Care Versorgung identifiziert:

1. Fortbildungsoffensive für die Träger der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung

   Zur Sensibilisierung für die besonderen Anforderungen und Arbeitsweisen der Palliative Care soll eine breite Fortbildungsoffensive für die wichtigsten Leistungsträger der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung (Spitäler, Heime, Spitexdienste und ärztliche Grundversorger) lanciert werden. Damit soll primär sichergestellt werden, dass Patienten mit spezifischem palliativem Betreuungsbedarf auf allen Versorgungsebenen frühzeitig als solche erkannt werden und dass die wichtigsten Behandlungs-, Koordinations- und Kommunikationsgrundsätze der Palliative Care bei allen massgeblichen Partnern bekannt sind.

2. Schaffung eines Mobilen Palliative Care Dienstes (MPCD)

   Viele Sterbende, aber auch chronisch Kranke und multimorbide Patienten mit Palliative Care Bedarf, werden in der letzten Lebensphase in einem Alterspflegeheim oder in häuslichen Verhältnissen ambulant durch Hausärzte und Spitexdienste betreut. Bei einem Teil der Betroffenen treten grössere Schmerzen, Funktionsstörungen oder andere Komplikationen auf, die von Pflegenden und Ärzten der Grundversorgung allein nicht optimal bewältigt werden können. Für solche Fälle, bei denen es aufgrund von Betreuungslücken oftmals zu Spitaleinweisungen kam, soll ein Mobiler Palliative Care Dienst (MPCD) geschaffen werden, der den Fachleuten der dezentralen Grundversorgung beratend zur Seite steht und in Einzelfällen auch direkte Beratungs-, Behandlungs- und Pflegeleistungen gegenüber Patienten und Angehörigen übernehmen kann.

   Wesentliche Aspekte einer durchgängigen Palliative Care Versorgung sind eine gute Vernetzung und optimierte Schnittstellen. Hierzu soll ein Leistungsauftrag an eine Koordinationsstelle vergeben werden, welche die Zusammenarbeit und Kommunikation unter den Leistungsanbietern fördert und für eine bereichsübergreifende Abstimmung von Massnahmen zur Qualitätssicherung besorgt ist. Diese Zusatzaufgabe soll vom MPCD übernommen werden.

3. Einrichtung einer spezialisierten Pflegestation für Palliativpatienten (Hospiz-Station) in einem grösseren Alterspflegeheim oder in den Spitälern Schaffhausen

   Auf der Basis einer verbesserten Personal-Qualifikation und einer bedarfsgerechten Unterstützung durch den MPCD sollten die Alterspflege- und Behindertenheime und die Spitexdienste künftig vermehrt in der Lage sein, Palliativ-Patienten auch in Phasen mit komplexeren Betreuungssituationen weiterhin vor Ort zu versorgen. Darüber hinaus wird es aber auch besonders komplexe Fälle geben, die in Bezug auf die Zahl und die Qualifikation des verfügbaren Personals besonders hohe Anforderungen stellen und die deshalb im Rahmen eines "normalen" Alterspflegeheims oder gar der Pflege zuhause nicht mehr bedarfsgerecht versorgt werden können. Für solche Fälle ist im Rahmen eines grösseren Alterspflegeheims oder in den Spitälern Schaffhausen eine spezialisierte Pflegestation für Palliativpatienten einzurichten, die auf der Basis eines speziellen Leistungsauftrages mit verstärktem spezialisierten Personalbestand, ausreichender Aufnahmekapazität als Vorhalteleistung und geklärter Finanzierung den erhöhten Anforderungen gerecht werden kann. Die spezialisierte Einrichtung soll insbesondere auch der Versorgung von jüngeren Personen mit palliativem Pflegebedarf, die ausserhalb der Zuständigkeit der Gemeindeheime liegt, dienen.

4. Konzeptanpassungen und Stärkung der Ressourcen für die Betreuung von palliativen Akutpatienten im Kantonsspital Schaffhausen

   Neben dem Abklären und Heilen von Krankheiten gehören auch die Linderung von Beschwerden und die Unterstützung von Patienten am Lebensende zu den zentralen Aufgaben der Medizinischen Klinik und weiterer Bereiche der Spitäler Schaffhausen. Gerade bei älteren, mehrfach erkrankten oder behinderten Patienten mit komplexen gesundheitlichen Problemen gilt es, die Gesamtsituation zu beachten. Bedürfnisse, Prioritäten und damit die Behandlungsziele können sich während eines Spitalaufenthalts ändern. Es ist dann erforderlich, dass das Behandlungsteam mit dem Patienten und den Angehörigen die Möglichkeit palliativer Massnahmen und die weitere Betreuung bespricht. Ein Teil dieser

Patienten kann mit Unterstützung eines geeigneten ambulanten Pflegedienstes wieder nach Hause, ein anderer Teil tritt in eine Pflegeinstitution über und ein weiterer Teil verstirbt im Spital: Im Mittel der letzten Jahre sind gut 200 Menschen pro Jahr im Kantonsspital verstorben, entsprechend annähernd 30 % aller Sterbefälle im Kanton.

Für Patienten, welche ihre Sterbephase im Spital verbringen, sollten besondere räumliche und betriebliche Strukturen geschaffen werden, die der speziellen Situation Rechnung tragen (Einzelzimmer mit optionalem Zusatzbett für begleitende Angehörige).

Zur Sicherung einer optimalen Betreuungsqualität ist es zudem erforderlich, im Spital ein besonders qualifiziertes interprofessionelles Team zu bilden, das im Sinne eines ärztlichen und pflegerischen Konsiliardienstes (PKD) bei der Betreuung von Palliativ-Patienten beratend beigezogen werden kann. Dieser PKD kann zugleich die bestehenden Betreuungs- und Behandlungskonzepte weiterentwickeln, indem er abteilungsübergreifend auf die Entwicklung und Umsetzung spezifischer Konzepte für Palliativ-Patienten einwirkt. Ergänzend ist zudem die Schaffung von spezialisierten Akutbetten für komplexe Palliativpatienten zu prüfen.

Die Finanzierung muss sichergestellt sein. Momentan werden die Leistungen im Bereich Palliative Care durch die DRG nicht ausreichend abgebildet und das Spital hat daraus resultierende ungedeckte Kosten zu tragen. Da mit einer verbesserten Qualität weitere Kosten entstehen, muss die Finanzierung geklärt werden.

Im Projektauftrag für dieses Konzept wurde ursprünglich davon ausgegangen, die Leistungsaufträge für den MPCD, den PKD und die Hospiz-Station den Spitälern Schaffhausen zu übertragen. Diese Option ist weiterhin offen. Gleichzeitig haben die Abklärungen im Rahmen der Projektarbeit aber gezeigt, dass eine Übertragung der einen und / oder der anderen Aufgabe an einen spitalexternen Partner ebenfalls möglich wäre und spezifische Vorzüge hätte.

Ein Konsens über eine bevorzugte Strukturvariante konnte innerhalb der Projektgruppe auf dem aktuellen Stand der Abklärungen noch nicht erreicht werden. Deshalb wird vorgeschlagen, die neu einzurichtenden Palliative Care Spezialangebote getrennt modular auszuschreiben. Vor einem abschliessenden Entscheid werden vertiefende Gespräche mit den folgenden in Frage kommenden Leistungsanbietern geführt und diese bei positivem Verlauf zur Offertstellung für die Erteilung der entsprechenden Leistungsaufträge eingeladen:

a) die Spitäler Schaffhausen für die Einrichtung eines PKD. Die SSH können sich aber auch für die Abdeckung von Hospiz, Ambulatorium, MPCD und Koordinationsstelle bewerben (Kompetenzzentrum am Spital).

b) die Stadt Schaffhausen und die Gemeinde Neuhausen am Rheinfall können sich ebenfalls für mehrere Leistungsbereiche bewerben (MPCD mit Koordinationsstelle, Hospiz-Station) je einzeln und kombiniert, unter Einbezug eines Partners für die ärztlichen Leistungen.

c) die grösseren privaten Pflegeheime können sich für die Hospiz-Station bewerben. In Frage kommen die Pflegeheime Schönbühl, Schaffhausen, La Résidence, Schaffhausen, und Ruhesitz, Beringen.

d) die Krebsliga Schaffhausen (SEOP, spitalexterne Onkologiepflege) hat bereits Interesse für den MPCD bekundet und wird sich hierfür bewerben. Sie haben einen Partner für die Abdeckung der ärztlichen Leistungen zu benennen.

Der Aufbau neuer Versorgungsstrukturen verursacht in einem ersten Schritt Kosten. In einem Palliative Care Versorgungsnetz kann die Betreuung der Patienten jedoch in der geeignetsten Umgebung und in optimaler Qualität erfolgen, was die Investitionen rechtfertigt.

Im letzten Lebensjahr fallen häufig sehr hohe Kosten für Behandlungen an, deren Kosten-Nutzeneffekt im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität für den Patienten oftmals fraglich ist. Kurative Leistungen (chirurgische Eingriffe, Chemo-Therapien, Bestrahlungen etc.) sind gegenüber den Krankenversicherern generell verrechenbar; für palliative Angebote (zeitaufwendige Gespräche mit Patient und Angehörigen, psychologische Beratungen etc.) fehlt hingegen eine kostendeckende Finanzierung. Als Konsequenz verzichten manche Leistungserbringer darauf, solche Leistungen anzubieten. Fehlende zeitliche oder personelle Ressourcen oder teils mangelnde spezifische Kenntnisse der in der Grundversorgung tätigen Ärzte und Pflegefachpersonen können zudem zu teuren Notfallhospitalisationen führen. Hier könnten Empfehlungen oder gezielte Massnahmen des MPCD helfen, Situationen zu stabilisieren. Die aktuell nicht optimal verzahnten Schnittstellen führen zu Abbrüchen in der Behandlungskette und Doppeluntersuchungen, d.h. effiziente Strukturen bringen Einsparungen.

Das Konzept soll insbesondere dazu beitragen, die notwendige Unterstützung zu schaffen, damit die Betroffenen am Ort der Wahl möglichst lange - im besten Fall bis zum Lebensende - in optimaler Qualität betreut werden können.

2 Ausgangslage, Vorgehen

2.1 Nationale Strategie

Die Fortschritte der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten haben in den letzten Jahren zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung geführt. Das mittlere Sterbealter betagter Personen ist deutlich angestiegen, und auch bei Personen, die in jüngeren Jahren von einer unmittelbar lebensbedrohenden Krankheit oder Behinderung betroffen werden, hat die mittlere Überlebenszeit nach der Diagnosestellung laufend zugenommen.

Die traditionellen medizinischen Behandlungskonzepte sind mehrheitlich auf eine Heilung oder, wo dies nicht möglich ist, auf eine maximale Lebensverlängerung ausgerichtet. Bei Menschen, die aufgrund von unheilbaren Krankheiten oder vielfältigen chronischen Beeinträchtigungen im hohen Alter absehbar nahe am Tode stehen, stossen diese Konzepte allerdings immer häufiger an ihre Grenzen. Vor diesem Hintergrund hat sich in den letzten Jahren sowohl auf Seiten der Bevölkerung wie auch bei den medizinischen Leistungserbringern ein wachsendes Bedürfnis entwickelt, neue Behandlungs- und Betreuungskonzepte für die letzte Lebensphase zu finden.

Im Rahmen der Plattform "Dialog Nationale Gesundheitspolitik" haben Bund und Kantone im Herbst 2009 beschlossen, eine "Nationale Strategie Palliative Care" zu entwickeln. Das Projekt wurde in zwei Etappen realisiert (2010–2012 und 2013-2015). Das Hauptziel lautet: Bund und Kantone verankern Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen. Ab 2017 wird die Strategie durch die "Nationale Plattform Palliative Care" abgelöst, welche die Vernetzung und den Austausch zwischen Akteuren fördern wird. Relevante Themen und Umsetzungsfragen sollen identifiziert und bearbeitet werden. Das Bundesamt für Gesundheit hat die Federführung.

2.2 Definition

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten oder schweren Behinderungen. Palliative Care Massnahmen können vorausschauend geplant werden. Der Schwerpunkt palliativer Betreuung liegt aber in der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet. Auch die nahestehenden Angehörigen und Bezugspersonen sollen angemessen unterstützt werden. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische und therapeutische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.[1]

Die WHO streicht in ihrer Definition von Palliative Care heraus, dass diese das Leben bejaht, das Sterben als normalen Prozess achtet und den Tod weder beschleunigt noch verzögert. Somit grenzt sich Palliative Care klar von "Sterbehilfe" ab.[2]

[1] BAG (II), 1.2011, BAG (I), 10.2012; SAMW, 2006/2013

[2] WHO-Europe, 2004

Die Autonomie und positive Befindlichkeit des Patienten steht an oberster Stelle. Dies bedeutet auch, dass der Entscheid für Sterbehilfe zu respektieren ist.

2.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit

Die Etablierung neuer Betreuungskonzepte für die Palliative Pflege ist primär auf eine Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Menschen mit schwerer unheilbarer Erkrankung oder Behinderung ausgerichtet. Die Bereitstellung der dafür notwendigen Ressourcen ist zwangsläufig mit Kosten verbunden, deren Finanzierung gesichert werden muss.

Den Mehrkosten steht ein volkswirtschaftliches Sparpotenzial gegenüber, weil palliative Betreuungskonzepte häufig Einsparungen auf der Ebene der kurativen Medizin mit sich bringen (Vermeidung unnötiger Spitaleintritte u.a.)[3]. Deshalb wird erwartet, dass sich optimierte Versorgungsstrukturen im palliativen Bereich unter dem Strich günstig auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirken werden.

Zu beachten bleibt allerdings, dass viele Leistungen, die für eine optimierte palliative Betreuung nötig sind, durch die traditionellen Tarifsysteme aller Ebenen (Spitäler, Heime und ambulant) noch nicht adäquat abgebildet werden. Deshalb muss der Sicherung der Finanzierung beim Auf- und Ausbau optimierter Palliative-Care-Strukturen die nötige Beachtung geschenkt werden.

2.4 Auftrag und Zielsetzung des Berichts

Im kantonalen Gesundheitsgesetz vom 21. Mai 2012 wurde der Anspruch der Bevölkerung auf eine bedarfsgerechte palliative Pflege in der letzten Lebensphase ausdrücklich verankert.[4] Im zeitgleich erarbeiteten Planungsbericht des Regierungsrates zur Schaffhauser Spitalversorgung 2012 bis 2020 vom 18. September 2012 wurde die Absicht bekundet, in den Spitälern Schaffhausen ein Kompetenzzentrum Palliative Care aufzubauen, das - in Anlehnung an das Vorgehen in anderen Kantonen - auch für die spitalexternen Leistungsanbieter übergeordnete Aufgaben der Aus- und Weiterbildung, der Koordination und der Qualitätssicherung wahrnehmen soll.

Im Sinne des neuen Gesundheitsgesetzes und des Planungsberichtes wurde die Erarbeitung eines Konzeptes Palliative Care in die Schwerpunkte der Regierungstätigkeit 2015 aufgenommen. Mit einem Projektauftrag vom 13. Juli 2015 hat das Departementes des Innern eine entsprechende Projektgruppe eingesetzt.

Ziel dieses Konzeptes ist es, die Grundlagen für eine flächendeckende gute Palliative Care Versorgung zu schaffen. Das Konzept richtet sich schwerpunktmässig an alle an der Versorgung von Palliative Care Patienten beteiligten Leistungserbringer. Es definiert die Sollvorgaben je Bereich und die Handlungsmassnahmen.

Das Konzept dient aber auch als Information für betroffene Personen und die Bevölkerung des Kantons Schaffhausen. Es soll zur Sensibilisierung des Themas beitragen.

[3] Studien Gómez-Batiste, 2005; Joos Rudolf 2016, Wächter Matthias 2015

[4] GesG, SHR 810.100, Art. 36 Abs. 1 lit. a

2.5 Projektorganisation

Zur Erarbeitung des Konzeptes wurden ein Projektausschuss und eine Projektgruppe einberufen. Diese setzten sich zusammen aus Vertretern der Leistungserbringer der stationären und ambulanten Versorgung, Personen aus Seelsorge und Freiwilligenarbeit sowie aus weiteren Personen, welche Palliativpatienten betreuen.

Projektausschuss:

- Dr. Ingrid Hosch — Gesundheitsamt (Projektleitung)
- Dr. Katja Fischer — Ärztin Palliativmedizin (Co-Projektleitung)
- Prof. Dr. Katrin Fattinger — Spitäler Schaffhausen, Chefärztin Innere Medizin
- Dr. Jürg Häggi — Kantonsarzt Schaffhausen
- Madeleine Holenstein — Spitäler Schaffhausen, Pflegeexpertin
- Doris Isenschmid — Spitex Region SH, Leitung zentrale Fachdienste
- Peter Keller — Pflegeheim Stein am Rhein, Heimleitung
- Dr. Jan Kuchynka — Spitäler Schaffhausen, Leitender Arzt Geriatrie
- Esther Mayer — Krebsliga, Vertretung Pflegebereich
- Barbara Piccolin — Bildungsbereich Pflege

Erweiterte Projektgruppe:

- Ingo Bäcker — Spitäler Schaffhausen, Seelsorge
- Birgit Baumann — Spitex, Vertretung Pflege ländlicher Bereich
- Helene Baumann — Rotes Kreuz Schaffhausen, Bereich Bildung
- Dr. Martin Bösch — Verein für Hausarztmedizin, Schaffhausen
- Dr. Christa Brenig — Spitäler Schaffhausen, Leitende Ärztin Anästhesie
- Dr. Giannicola D'Addario — Spitäler Schaffhausen, Leitender Arzt Onkologie
- Werner Gasser — Städtische Pflegeheime, Heimleitung
- Sabine Hager — Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker
- Marcus Pohl — Private Pflegeheime, fachliche Leitung Pflege
- Cornelia Wunderli — Spitäler Schaffhausen, Sozialdienst

Die im Jahr 2014 gegründete "Initiativgruppe Palliative Care Schaffhausen" leistete im Vorfeld dieses Konzeptes wertvolle Arbeit (Analyse der Lücken des Schaffhauser Versorgungsnetzes und die Koordination von Anliegen verschiedenster Stellen). Für das grosse Engagement sei an dieser Stelle allen Mitgliedern gedankt.

2.6 Vorgehen, Aufbau des Konzeptes

Das Konzept wurde im Herbst 2015 bis Frühjahr 2016 vom Projektausschuss vorbereitet und in der erweiterten Projektgruppe diskutiert. Aus der Nationalen Strategie und den Vorlagen anderer Kantone (TG, SG, ZH, BE, SZ, LU) wurden Soll-Vorgaben zusammengefasst, Varianten bewertet und Massnahmenvorschläge zusammengetragen. Die Kosten wurden, soweit möglich, auf Basis der Palliativ Care Umsetzungen anderer Kantone kalkuliert. Bei der Bewertung der Varianten galt: Bewährtes möglichst belassen, Bestehendes optimieren, Lücken rasch schliessen und Synergien nutzen. Bei limitierten Ressourcen erfolgt ein Abwägen zwischen optimaler Qualität und Finanzierbarkeit.

Der Bericht beginnt mit einer Zusammenfassung in Kapitel 1. In Kapitel 2 und 3 werden die Eckwerte der Nationalen Strategie Palliative Care hervorgehoben. Begrifflichkeiten werden ausführlich definiert, um Missverständnisse bei der Zuordnung zu verhindern (Ziel: eine gemeinsame Sprache). Insbesondere die Definition und Abgrenzung von A-/B-Patienten (Indikationskriterien) ist elementar für das Verständnis der Versorgungstrukturen. In Bezug auf die Konkretisierung von Qualitätskriterien und Standards greift der Bericht auf die einschlägigen Grundlagen der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative.ch) zurück, die im Jahr 1988 als multiprofessionelle Fachgesellschaft von Ärzten, Pflegenden und anderen interessierten Kreisen gegründet wurde. Daraus abgeleitet folgen in Kapitel 4 Ausführungen zu den Anforderungen für die Grundversorger, die spezialisierten Strukturen, die unterstützenden Dienste und die Koordination. Je Bereich werden Definitionen, Aufgaben, Anforderungen und Qualitätskriterien beschrieben.

In Kapitel 5 wird die IST-Situation des Kantons Schaffhausen skizziert und mit statistischen Daten belegt. Abgestützt auf diese Daten, enthält Kapitel 6 die Ziele und Massnahmen je Bereich. Varianten und die Ausgestaltung allfälliger Leistungsaufträge werden festgehalten und das weitere Vorgehen inkl. Kostenschätzungen in Kapitel 7 zusammengefasst.

3 Nationale Grundlagen

3.1 Rahmenkonzept

Im Rahmen der "Nationalen Strategie Palliative Care" von Bund und Kantonen werden die zentralen Elemente in einem Rahmenkonzept wie folgt dargestellt:[5]

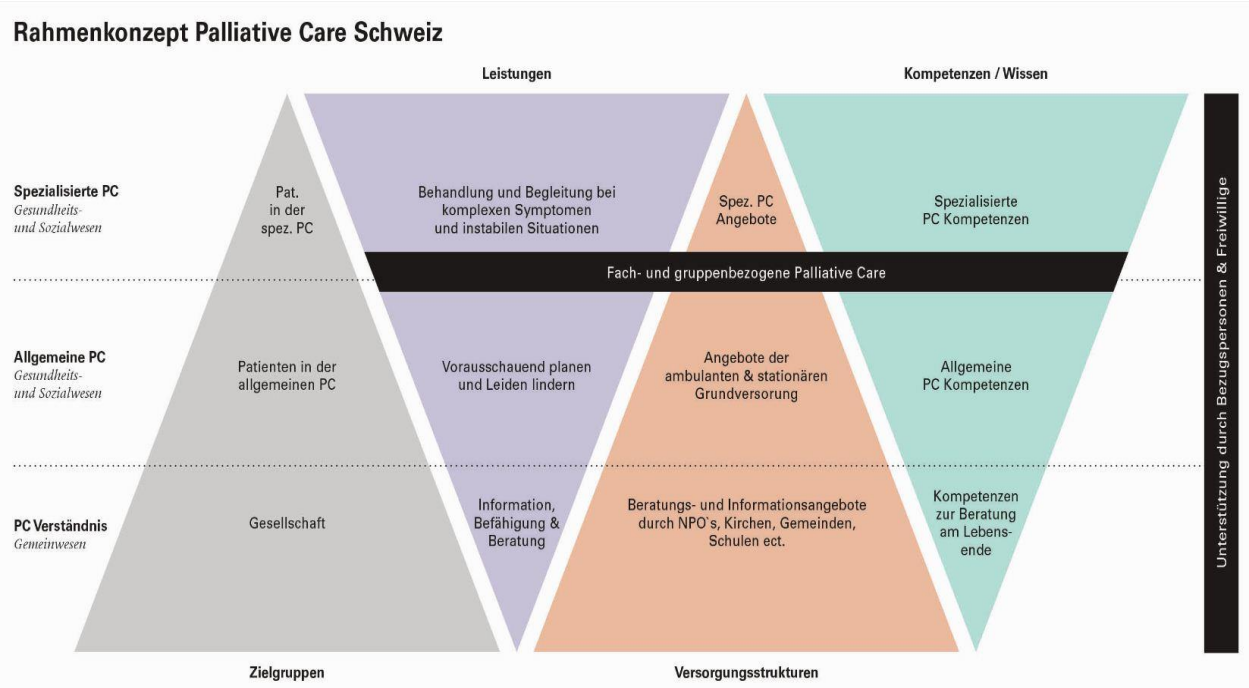

Abbildung 1: Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz

Die Abbildung zeigt die vier Umsetzungsbereiche: Zielgruppen, Leistungen, Strukturen, Kompetenzen und die Dimension der unterschiedlichen Anforderungen je Spezialisierungsgrad. Bei der spezialisierten Palliative Care benötigen z.B. wenige Patienten (kleine Zielgruppe) sehr viele Leistungen, welche eine hohe Kompetenz erfordern, während bei der allgemeinen Palliative Care Versorgung alle vier Bereiche eine mittlere Verteilung zeigen.

3.2 Versorgungsstruktur

Palliative Care orientiert sich an den Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der betroffenen Patienten und nicht an den Diagnosen. Zum einen sollen Symptome und Leiden bestmöglich antizipiert und gelindert werden. Zum anderen werden Bedürfnisse bezüglich Entscheidungsfindungen am Lebensende, Netzwerk- und Hilfsangebote sowie die Unterstützung der Bezugspersonen einbezogen.

[5] BAG (II), 7.2014, BAG-(VI), 2015

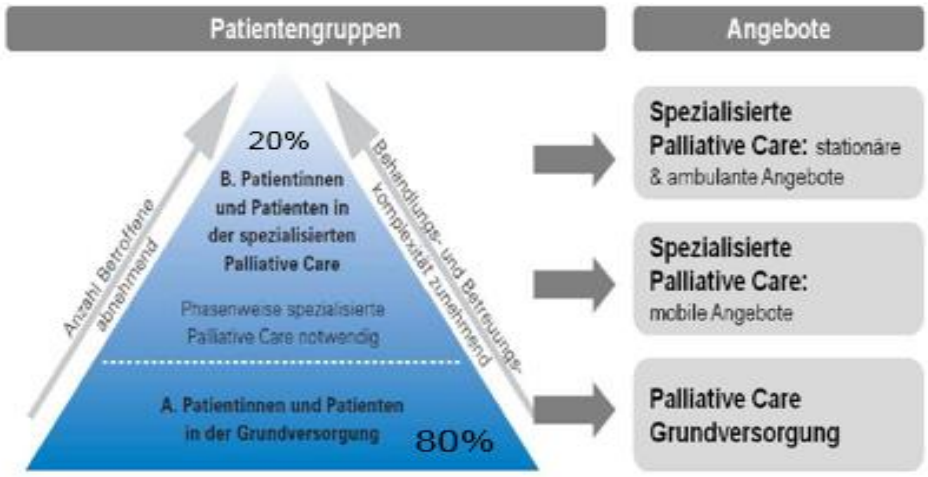

Abbildung 2: Übersicht über die Angebote nach Patientengruppen

In der Nationale Strategie wird die Versorgungsstruktur unterteilt in Grundversorgung (Patientengruppe A) und spezialisierte Palliative Care (Patientengruppe B) mit mobilen sowie ambulanten und stationären Angeboten. Die Zuordnung der Patienten erfolgt aufgrund von Indikationskriterien und den Parametern "Instabilität" und "Komplexität".

Die Abgrenzung zwischen der Grundversorgung und der Spezialisierten Versorgung (A- und B-Patienten) erfolgt problem- und ressourcenorientiert mit fliessenden Übergängen von einem Bereich in den anderen in beiden Richtungen. Die Patientengruppen werden wie folgt definiert:[6]

- **A-Patienten** sind Personen, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. Aufgrund des stabilen Zustands können A-Patienten in der Regel in den Strukturen der Grundversorgung betreut werden (80 % des Leistungsumfangs in Palliative Care).
- **B-Patienten** sind Personen, bei denen spezialisierte Palliative Care erforderlich wird. Dies ist der Fall, wenn die Dynamik und die Vielschichtigkeit einer Situation auf fachlicher oder struktureller Ebene die vorhandenen Kapazitäten der Grundversorgung übersteigen, z.B. weil die komplexe Situationen unüberschaubar wird, eine Krisensituation eintritt, die Instabilität ein häufiges Anpassen des Behandlungsplans erfordert oder weil schwierige Entscheidungsfindungen anstehen. Meist werden mobile Spezialisten (PKD, MPCD) hinzugezogen oder es erfolgt eine Einweisung auf die spezialisierten Akut- oder Langzeitabteilungen.

Zur Sicherstellung einer optimierten Palliativ-Versorgung wurde im Rahmen der nationalen Strategie Palliative Care das folgende Modell der Angebots-Strukturierung entwickelt:

[6] Wächter-Matthias-(I), 01.2014

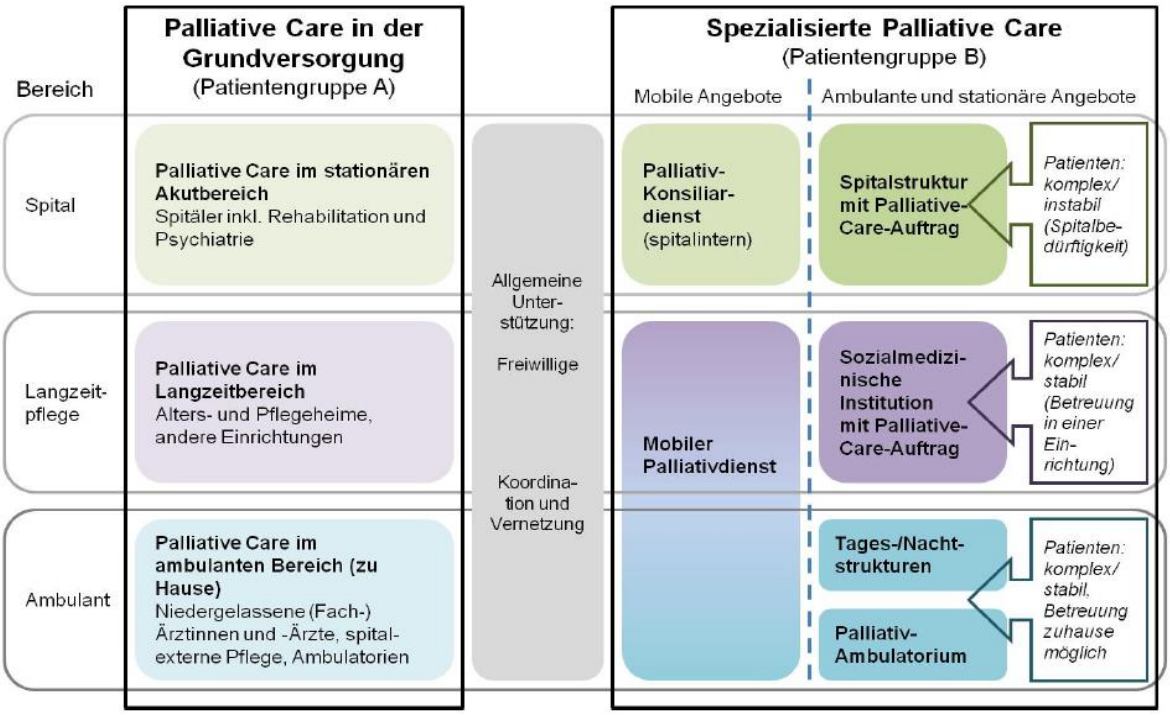

Abbildung 3: Versorgungsstrukturen Palliative Care

Wenn die Massnahmen, die im Rahmen der Grundversorgung erbracht werden können (linke Spalte) nicht mehr ausreichen, um das Leiden von Patient und Angehörigen erfolgreich zu lindern, soll der Patient Zugang zu Strukturen der spezialisierten Palliative Care erhalten (rechte Spalte). Oft helfen kurze Massnahmen oder Beratungen der Spezialisten, und die Situation verbessert sich so, dass der Patient wieder von den Strukturen der Grundversorgung betreut werden kann.

3.3 Allgemeine Grundsätze und Qualitätsanforderungen

3.3.1 Haltung und Werte

In den "Medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften[7] wird betont, dass beim Übergang von kurativem zu palliativem Behandlungsansatz eine grundlegende Änderung des Behandlungs- und Therapiezieles erfolgt. Die Richtlinie unterstreicht, dass gutes Sterben stark von den individuellen Vorstellungen der Patienten geprägt ist. Im Vordergrund des palliativen Ansatzes stehen die Auseinandersetzung mit der fortgeschrittenen Krankheit, dem persönlichen Schicksal des Patienten, mit seinem Umfeld, seiner Lebensgeschichte, seinem Glauben bzw. seinen Lebensüberzeugungen, seinen Gedanken und Gefühlen gegenüber Leiden, Sterben und Tod.

Im Rahmen der Palliative Care ist der Patientenumgang zwingend zu personalisieren und die Meinung des Patienten zu respektieren. Diese Patienten-Zentrierung beinhaltet auch, dass

[7] SAMW, 2006/2013

Patienten bei wichtigen Diskussionen über sie anwesend sind und in die Planungen zum weiteren Vorgehen umfassend einbezogen werden. Bausteine der Richtlinie sind die Autonomie, Empathie und Respekt, Solidarität sowie ein würdiger Umgang mit Abschied und Trauer. Die Richtlinie gibt insbesondere Anleitungen zu Themen wie Recht auf Selbstbestimmung (auch bei nicht urteilsfähigen Patienten), Behandlungsverzicht und -abbruch oder Grenzen des ärztlichen Handelns (Beihilfe zum Suizid).

Der Mensch ist immer in seiner Ganzheit zu sehen. Dazu gehören gemäss WHO-Definition der Körper, die Gefühle / Psyche sowie die soziale und die spirituelle Ebene.[8] Zur möglichst langen Sicherung einer optimalen Lebensqualität im Rahmen der Palliative Care hat sich ein unter den Kürzeln "SENS[9]" bzw. "4-S" bekanntes Modell als hilfreich erwiesen, um Angst und Stress in der letzten Lebensphase zu vermeiden. Das Modell ist auf die Kernbegriffe Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit und Support fokussiert. Es hat zum Ziel, eine möglichst lange gute Lebensqualität zu erhalten, was Autonomie und gute Beziehungen einschliesst. Eine vorausschauende Planung (Notfallvermeidung) im interprofessionellen Team wird dadurch unterstützt.

3.3.2 Betriebliche Palliative-Care-Konzepte

Palliative Care Konzepte sind Schlüsselelemente für Leistungserbringer, um Palliative Care systematisch anzugehen. Abgestützt auf die Standards und Qualitätskriterien von palliative.ch werden in den Konzepten die Vorgehensweisen und Haltungen sichtbar.[10] Ziel ist, dass jede Organisation Palliative Care betriebsintern mit einem formalisierten Konzept arbeitet. Die einzelnen Betriebe haben daher die verfügbaren Musterkonzepte (Muster der Verbände oder anderer Kantone) auf ihre Grundhaltung anzupassen und das Konzept zu leben. Die jeweilige Konzeptausarbeitung sollte interdisziplinär erfolgen (Arzt, Pflege, Seelsorge, psychologische Fachpersonen, etc).

3.3.3 Anforderungen an die beruflichen Qualifikationen

Das BAG hat ein strategisches Grundlagenpapier "Nationales Bildungskonzept - Palliative Care und Bildung" erarbeitet mit dem Ziel, ein gesamtschweizerisch einheitliches Verständnis für Palliative Care Bildung zu schaffen.[11] Aufbauend auf das Konzept hat SwissEduc im Auftrag von palliative.ch die relevanten Kompetenzen definiert. Es werden insbesondere folgende Bereiche berücksichtigt:

- Ethische Grundlagen (Verständnis und Befähigung zum Umgang mit Patienten)
- Wissen und Können bezüglich Symptomerfassung und -linderung auf allen Stufen des Behandlungs- und Pflegeprozesses
- Verbale und nonverbale Kommunikation mit Patienten

[8] WHO, 7.2015

[9] Eychmüller 2012 und 2014

[10] Vgl. insbesondere palliative.ch-(III), 2016, Leitfaden "Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen".

[11] BAG (VII), 9.1912, BAG-(IV), S. 33 ff.

- Kommunikation und Zusammenarbeit im interprofessionellen und interdisziplinären Team sowie mit Personen, die den Patienten nahe stehen unter Einhaltung des Datenschutzes.[12]
- Erkennen der eigenen Grenzen
- Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten und ihrer persönlichen Bedürfnisse in ihrer Lebenssituation
- Spiritual Care als transprofessionelle Aufgabe

Um eine stufengerechte Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Leistungserbringer (Arzt, Pflege, Psychologen, Seelsorger, etc. und Freiwilligenorganisationen) zu ermöglichen, wurden fünf Qualifikationslevel definiert, an denen sich die Fortbildungsangebote orientieren. Die Ausbildungsniveaus sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Niveau	Zielgruppen	Aufwand Fortbildung (Mindestwerte)
Grundversorgung		
A 1	Personen, die gelegentlich in ihrem Berufsalltag mit chronisch kranken Menschen oder mit akuten Situationen am Lebensende konfrontiert sind. Diese Personen sind entweder in der Grundversorgung oder im Gemeinwesen tätig.	24 Stunden (3 Tage)
A 2	Berufsfachleute im Gesundheitswesen, die gelegentlich palliative Patienten und deren Familien begleiten. Diese Fachleute sind in der Grundversorgung tätig.	40 Stunden (5 Tage)
B 1	Sämtliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben oder diese zum Arbeitsalltag gehören. Diese Fachleute bieten palliative Grundversorgung an.	80 Stunden (10 Tage)
Spezialisierte Versorgung		
B 2	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, deren Berufsalltag vor allem Palliative Care Situationen umfasst (PC Einrichtungen, PC Teams (spitalintern/-extern)) oder als Ressource-personen für Fachleute aus anderen Gebieten. Diese Fachleute bieten eine spezialisierte palliative Versorgung an.	280 Stunden
Hochspezialisierte Versorgung		
C	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Experten, die hochspezialisierte Palliative Care anbieten.	*1'800 Std. (MAS) / 2'700 Std. (MSc)

* MAS: Master of Advanced Studies in Palliative Care; MSc: Master of Science in Palliative Care

Tabelle 1: Ausbildungsniveaus von palliative.ch bzw. SwissEduc

Palliative.ch beurteilt Fort- und Weiterbildungsangebote auf Basis dieser Stufen. Aufgrund der detaillierten Beschreibungen der Fähigkeiten je Ausbildungsniveau können Ausbildungsverantwortliche massgeschneiderte Fort- und Weiterbildungen zusammenstellen. Werden Fortbildungen so gewählt, dass Weiterqualifikationen möglich sind, steigert dies die Attraktivität von Pflegestellen und kann somit als Nebeneffekt dem Pflegepersonenmangel entgegenwirken.

Im ärztlichen Bereich hat das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) die Palliativmedizin im November 2015 zur akkreditierten Subspezialität erhoben. Damit können Fachärzte den anerkannten interdisziplinären Schwerpunkt "Palliativmedizin" erwerben.

[12] BAG (XII), 2014

Bei den Ärzten und beim diplomierten Pflegepersonal sind grosse Teile der Anforderungen auf Level A1 und A2 grundsätzlich bereits im Rahmen der Grundausbildungen abgedeckt. Bei spezialisierten Pflegekräften und Fachärzten (Geriatrie, Innere Medizin, Anästhesie / Schmerztherapie) sind oftmals einzelne Qualifikationsanforderungen der höheren Versorgungsstufen erfüllt. Fortbildungsangebote müssen daher so gewählt werden, dass bereits vorhandene Kompetenzen berücksichtigt werden und Schulungen sich auf Lücken konzentrieren.

Die national empfohlenen Mindestanforderungen wurden bewusst relativ tief angesetzt, da es noch an hochqualifiziertem Personal fehlt und überzogene Anforderungen nicht erfüllbar wären. Grundversorger benötigen jedoch mindestens das Basiswissen zur Versorgung von A-Patienten. Diese Grundkompetenz ist jedoch elementar für ein gemeinsames Verständnis (z.B. Begriffe, Systemwissen) und um das Leiden von Menschen mit unheilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen zu erkennen, Behandlungs- und Betreuungsziele zu erarbeiten und interprofessionell zu agieren. Das Basiswissen umfasst Handlungskompetenzen (Fach-, Sozial, Selbst- und Methodenkompetenz) sowie personale und sozialkommunikative Kompetenzen (Kommunikations-, Team-, Kooperationsfähigkeit).[13] Um das interdisziplinäre Arbeiten zu fördern, sind interprofessionelle Fortbildungen vorteilhaft.

3.3.4 Zuordnung der Patienten

In der Praxis fällt es Grundversorgern oftmals schwer einzuschätzen, ab wann ein Palliative Care Ansatz notwendig ist und ab wann spezialisierte Dienste einbezogen werden sollten. Im Jahr 2011 hat das BAG deshalb Indikationskriterien erarbeitet, die als Entscheidungshilfe dienen.[14] Das Abstützen auf Diagnosen wurde als nicht sinnvoll erachtet. Die Indikationskriterien berücksichtigen den Menschen in seiner Ganzheit und mit all seinen Behinderungen und sonstigen Einschränkungen. Folgende Aspekte und Dimensionen (analog WHO) sind dabei einzubeziehen:

- Körperliche Kriterien (komplexe Symptome, Instabilität des Gesamtzustandes etc.)
- Psychische Kriterien (Gefühle, Krisen, Angst, Verzweiflung), Sterbewunsch
- Sozial / familiäre / kulturell / organisatorische Kriterien (z.B. eingeschränkte Urteilsfähigkeit, Überlastung von Angehörigen, fehlende Unterstützung, Konflikte aufgrund kultureller Hintergründen, organisatorische Fragen, Konflikte bezüglich den Zielen therapeutischer Massnahmen)
- Existentielle / spirituelle / religiöse Kriterien (Verzweiflung / Verlassenheit, Ärger / Wut, Schuld- / Schamgefühle, drängende spirituelle oder religiöse Bedürfnisse)

Bei chronisch-kranken Patienten ist es oftmals schwierig zu entscheiden, ob und ab welchem Zeitpunkt es sich um einen "Palliativpatienten" handelt, d.h. die Krankheit nicht mehr heilbar ist. Die Bedenken, man würde den Patienten zu früh als palliativ deklarieren und dadurch die Behandlungsoptionen beschränken oder gar einstellen und somit seinen Tod beschleunigen, verhindern oftmals ein frühzeitiges Handeln. Studien zeigen jedoch, dass eine rechtzeitige Integration von Palliative Care in den Behandlungsansatz (Early Palliative Care) nicht nur die Lebensqualität verbessern, sondern sogar die Überlebenszeit verlängern kann.[15] Patienten

[13] BAG (VII), 9.2012, S. 17

[14] BAG (V), 4.2011

[15] Temel S., 2010

können in ihrer Situation besser unterstützt werden. Werte und Präferenzen des Patienten werden frühzeitig erfragt, Angehörige einbezogen und bestehende Behandlungsziele allenfalls angepasst.

Um Patienten mit palliativen Bedürfnissen frühzeitig zu identifizieren, wurde das Assessment-Instrument NECPAL in Katalonien entwickelt und im Rahmen eines WHO-Projektes flächendeckend implementiert.[16] Das Instrument hilft, durch gezielte Fragestellungen anhand einer Checkliste, Palliativpatienten (A- und B-Patienten) zu identifizieren. Die Umstellung auf einen palliativen Behandlungsansatz kann somit früher als bisher mit den Patienten besprochen werden.

3.3.5 Zertifizierung, nationale Qualitätsvorgaben

Im Rahmen der Nationalen Strategie wurde palliative.ch beauftragt, die Qualität in der Schweiz voranzubringen. Schrittweise wurden Qualitätskriterien für ambulante und stationäre Einrichtungen durch Experten erarbeitet, mit deren Hilfe Angebote überprüft und verbessert werden können. Verschiedene im Rahmen der nationalen Strategie erstellte Dokumente weisen die Qualität aus.[17]

Auf Basis dieser Vorgaben vergibt der im Jahr 2010 gegründete "Schweizerische Verein für Qualität in Palliative Care" in Zusammenarbeit mit "sanaCERT Suisse" das Qualitätslabel. Anerkannte Einrichtungen bzw. Dienste werden in einer Liste veröffentlicht. Wenn öffentliche Gelder gesprochen werden, sollte dies an eine Zertifizierung geknüpft sein, da eine gute Qualität somit automatisch sichergestellt ist.

3.3.6 Finanzierung

Die Finanzierung von Palliative Care Leistungen bereitet momentan vielerorts Probleme. Nahezu alle Versorgungsbereiche melden eine nicht zufriedenstellende Abdeckung der Leistungen über die ordentlichen Tarife. Die Spitäler verweisen bei den Fallpauschalen (DRG) auf Lücken, für die Heime bilden die verfügbaren Pflegeerhebungssysteme die erforderlichen Pflegeminuten nicht umfassend ab und auch die ambulanten Versorger (Spitex, Hausärzte) melden ungedeckte Leistungen, die leider meist von den Trägern quersubventioniert werden müssen, über Spenden abzudecken sind oder zu Defiziten führen. Palliative.ch setzt sich hier stetig für eine Verbesserung der ordentlichen Tarife ein.

[16] Gomez-Bastie, 2012

[17] z.B. Strukturqualität spezialisierter Dienste (BAG (IV), 8.2012). Detailvorgaben für Zertifizierungskriterien liegen für folgende Bereiche vor: spezialisierte stationäre Palliative Care Einrichtungen (Palliativstation, Liste A), spezialisierte mobile Konsiliardienste (Liste B), stationäre Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C) (siehe www.palliative.ch).

4 Anforderungen an die Leistungsbereiche

4.1 Grundversorgung

Mit der Herausforderung, Palliative Care Patienten angemessen zu begleiten und zu betreuen, werden grundsätzlich alle Ebenen des Gesundheitswesens konfrontiert. Die palliative Grundversorgung (A-Patienten) wird dem entsprechend durch die Spitäler (inkl. Rehabilitation und Psychiatrie), durch Alters- und Pflegeheime und andere stationäre Einrichtungen (z.B. IV-Heime), durch die niedergelassene Ärzteschaft und durch ambulante Pflegedienste sichergestellt.

Die wohnortnahe Versorgung von A-Patienten erfolgt durch ein **Kernteam**, in dem die Rollen des fallführenden Arztes (i.d.R. Haus-/Heimarzt) und der zuständigen Pflegefachpersonen (i.d.R. Spitex, Heim) sowie die Kommunikation geklärt sind. Weitere Leistungserbringer können das Team ergänzen (z.B. Fachleute aus Sozialarbeit, Psychologie und Seelsorge sowie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatung u.a.). Das Kernteam hat den Bedarf an Unterstützung frühzeitig zu erkennen und qualifiziertes Personal rechtzeitig in das Team einzubinden.

Das Kernteam wird oft unterstützt durch pflegende Angehörige, welche eine wichtige Betreuungsfunktion und gleichzeitig einen eigenen Unterstützungsbedarf und Bedürfnisse haben. Auch Freiwillige bieten wertvolle Unterstützung und sind eine wichtige Ressource im Versorgungsnetz. Eine gute Grundversorgung entlastet die teuren Spezialangebote und wird daher in diesem Konzept hoch gewichtet.

Soll Vorgaben der Grundversorgung

- **Leistungsauftrag:** Die geforderte Leistungsbereitschaft im Bereich Palliative Care ist bei allen betroffenen Leistungserbringern mit öffentlichen Leistungsaufträgen (insb. Spitäler, Heime und Pflegedienste) als Teil des Leistungsauftrages verbindlich definiert. Die Finanzierung ist geregelt.
- **Palliative Care Konzepte** sind bei allen Grundversorgern vorhanden und werden gelebt. Im Konzept sind nicht nur Arzt und Pflege, sondern auch soziale, psychologische und seelsorgerische Aspekte und der Einbezug der Freiwilligenarbeit berücksichtigt. Die Erarbeitung erfolgt im interdisziplinären Team.
- **Qualifikation des Personals**: Eine stufengerechte Sensibilisierung und Qualifikation ist sichergestellt. Das involvierte Personal kennt die Indikationskriterien (Zuordnung A-/B-Patient); es kann Palliativpatienten frühzeitig identifizieren und die eigenen Grenzen richtig einschätzen.
- **Notfallversorgung**: Eine bedarfsgerechte Erreichbarkeit für A-Patienten ist zu gewährleisten (inkl. PC-Notfallbereitschaft nachts und an Sonn-/Feiertagen).
- **Zugang zu spezialisierter Palliative Care**: Im Bedarfsfall können rechtzeitig die spezialisierten Dienste beigezogen werden. Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern ist geklärt und in Vereinbarungen sowie im Konzept schriftlich festgehalten.

4.2 Spezialisierte Palliative Care ambulant und in Heimen

4.2.1 Übersicht

Rund ein Drittel der Menschen sterben in der Schweiz derzeit in den Spitälern, obwohl 80 % lieber zuhause sterben möchten. Dieser relativ hohe Anteil ist zumindest teilweise darauf zurückzuführen, dass für die ärztliche und pflegerische Betreuung von Sterbenden ausserhalb der Spitäler vielerorts noch keine hinlänglich tragfähigen und etablierten Angebotsstrukturen bestehen. Nachfolgend werden die Leistungsmodule, die im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care zur Beseitigung der diesbezüglichen Mängel definiert wurden, näher dargestellt und bewertet.

4.2.2 Mobiler Palliativdienst (MPCD)

Definition

Ein MPCD ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team, das die ärztlichen und pflegerischen Grundversorger zu Hause und im Heim bei der Versorgung von instabilen B-Patienten unterstützt. Er ist in erster Linie beratend und anleitend tätig. Das Team des MPCD unterstützt ausserdem die Übergänge zwischen Spital und häuslicher Versorgung und stellt somit den Drehpunkt jedes regionalen oder lokalen Palliativnetzes dar.

Zielgruppe

Primäre Zielgruppe sind die Grundversorger vor Ort, in der Regel Haus- / Heimarzt und Pflegefachpersonen von Spitex und Heimen (Langzeitpflege, Behindertenbetreuung) sowie weitere involvierte Fachpersonen, welche bei komplexen Patientensituationen einer fachlichen Unterstützung bedürfen. Dies ist umso mehr erforderlich, wenn ein Mensch aufgrund seiner Einschränkungen oder Behinderungen nicht transportfähig ist.

Sekundäre Zielgruppe sind Patienten und deren nahestehende Bezugspersonen, wenn diese einer speziellen Expertise in Palliative Care benötigen.

Aufgaben

Der MPCD wird nur auf Anfrage als Hilfestellung für Betreuende vor Ort in komplexen Betreuungssituationen beratend als Zweitliniendienst tätig. Die Verantwortung für die Behandlung (Fallführung) bleibt in der Regel bei den Grundversorgern, ausser diese wünschen explizit und in festgelegten Situationen eine Übernahme des Patienten durch den MPCD. Insbesondere gehört die Grundpflege und Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens nicht zu den Aufgaben des MPCD.

Hauptziel ist, die spezialisierte Expertise in Palliative Care im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen und die verschiedenen Bestandteile eines Palliativnetzes zu verbinden. Der MPCD ermöglicht es somit, dass der Patient zu Hause oder im Heim bleiben kann und eine Einweisung ins Akutspital vermieden wird.

Der MPCD ist das Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Betreuung (Brückenfunktion). Ermöglicht oftmals eine frühe Entlassung aus dem Akutspital.

Der MPCD ist kein "Ersatz-Pikett-Dienst", d.h. stabile A-Patienten werden durch die Grundversorger nachts oder an Sonn- und Feiertagen abgedeckt. Durch gute Notfall-Vorausplanung

des MPCD sollte daher ausserhalb der Regelarbeitszeiten ein Notfalleinsatz nur bei unvorhergesehenen Zwischenfällen notwendig werden und dieser beschränkt sich meist auf eine telefonische Beratung der Grundversorger.

Anforderungen, Qualitätskriterien [18]

- Der MPCD hat einen definierten öffentlichen Leistungsauftrag und eine gesicherte Finanzierung.
- Die Kriterien der Strukturqualität (Bestand und Qualifikation des Personals, Anforderungen an die Infrastruktur etc.) sind definiert (Liste B). Eine Zertifizierung ist möglich.
- Der MPCD verfügt über ein verbindliches Konzept mit festgelegten Standards, Prozessen und Haltungen.
- Es muss eine 24-Stunden/7 Wochentage Verfügbarkeit der Experten sichergestellt sein (gute Erreichbarkeit mindestens per Telefon).
- Ein gegenseitiger Austausch von Patienten- und Behandlungsdaten mit dem Ziel der Optimierung der Versorgung ist anzustreben.

4.2.3 Sozialmedizinische Institution mit Palliative Care Auftrag (Hospiz) inkl. Tages-/Nachtstrukturen

Definition

Bei einem "Hospiz" handelt es sich entweder um eine eigenständige Institution oder eine Station / Abteilung einer Einrichtung der Langzeitpflege mit einem spezifischen Palliative Care Auftrag. Ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Palliative Care Team kümmert sich zusammen mit Freiwilligen ganzheitlich um Patienten in Palliativsituationen mit komplexen Bedürfnissen (B-Patienten) und deren Angehörige.

Zielgruppe

Als Einrichtung der spezialisierten Palliative Care sind Hospiz-Plätze inkl. Tages-/Nachstrukturen den B-Patienten gemäss Indikationskriterien vorbehalten. Patienten, welche die Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care nicht erfüllen, haben keinen Anspruch auf eine Aufnahme. Dies soll sicherstellen, dass die Plätze jederzeit für B-Patienten verfügbar sind. Somit kann Patienten umgehend ein Hospizplatz angeboten werden, wenn eine häusliche Betreuung oder Versorgung im Alterspflegeheim nicht mehr möglich ist und eine Behandlung im Akutspital keine Verbesserung der Probleme mehr verspricht. Auch können die Spitäler komplexe Patienten in das Hospiz verlegen, wenn sie vom Akut- zum Langzeitpflegepatienten werden.

Die Zuweisung ins Hospiz erfolgt auf Anfrage des Behandlungsteams, via Palliativ-Konsiliardienst oder Mobiler Palliative Care Dienst und mit dem Einverständnis des Patienten bzw. bei Urteilsunfähigkeit dem Einverständnis seines Stellvertreters.

[18] BAG (IV), 8.2012, S. 38

Aufgaben

Die Behandlung, Pflege und Begleitung im Hospiz hat die Linderung belastender Symptome, die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen sowie ein Sterben in Würde zum Ziel. Dazu gehört auch die Begleitung der Angehörigen in der Trauerphase.

Neben stationären Plätzen sollten im Rahmen des Hospizes auch teilstationäre Platzierungen möglich sein (Tages-/Nachtstrukturen). Auch dieses Angebot steht vor allem für die B-Patienten zur Verfügung, kann aber bei freien Kapazitäten auch von A-Patienten genutzt werden. Tages-/Nachtangebote bieten zeitlich limitierte Betreuung und Entlastung für alle Betroffenen und nahestehenden Bezugspersonen und runden somit die Angebote ab.

Anforderungen, Qualitätskriterien [19]

- Das Hospiz hat einen definierten öffentlichen Leistungsauftrag (Heimliste) und eine gesicherte Finanzierung.
- Die Kriterien der Strukturqualität (Bestand und Qualifikation des Personals, Anforderungen an die Infrastruktur etc.) sind definiert (Liste C). Eine Zertifizierung ist möglich.
- Das Hospiz verfügt über ein verbindliches Konzept mit festgelegten Standards, Prozessen und Haltungen.
- Dipl. Pflegepersonal ist während 24 Std./Tag präsent. Ärztliches Personal muss während 24 Std./Tag erreichbar und innerhalb notwendiger Zeit auf der Station verfügbar sein.

4.2.4 Palliativ-Ambulatorium

Definition

Während PKD / MPCD vor Ort unterstützend tätig sind, ist die Klientel des Ambulatoriums noch mobil und sucht dieses auf. Beim Palliativ-Ambulatorium (Palliativ-Sprechstunde) handelt es sich um eine Einrichtung, welche in der Regel im Kontext einer anderen spezialisierten Palliativstruktur angeboten wird. Patienten haben einen hohen Bedarf an spezialisierter Kommunikations- und Entscheidungskompetenz. Ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Palliative Care Team (aus Arzt und Pflege mit entsprechender Qualifikation) beurteilt, behandelt und begleitet Patienten und deren Angehörige. Es handelt sich um einen Zweitliniendienst, d.h. die Fallführung bleibt in der Regel beim Grundversorger. Zusätzliche Fachexpertise wird im Bedarfsfall hinzugezogen (Psychologie/Psychoonkologie, Ernährungsberatung, Sozialarbeit, Physio-, Ergo- und andere Therapieangebote).

Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an Palliativ-Patienten mit hohem Bedarf an spezialisierter Kommunikations- und Entscheidungskompetenz sowie hohem Bedarf an spezialisierter Organisation und Unterstützung durch palliative Netzwerke. Neben Personen mit Krebserkrankungen gehören dazu auch andere Patienten mit fortgeschrittenen, chronischen Erkrankungen, sofern die Indikationskriterien erfüllt sind und eine Begleitung im ambulanten Bereich noch möglich ist.

[19] BAG (IV), 8.2012, S.36

Aufgaben

Zu den Aufgaben des Ambulatoriums gehören die koordinierte Beratung und Information des Patienten und der Angehörigen zu den Angeboten der Palliative Care in jeder Krankheitsphase. Das Ambulatorium hilft somit, dem Patienten und den Angehörigen mehr Sicherheit im täglichen Umgang mit der Erkrankung zu geben (Selbsthilfe im Symptommanagement).

Eine andere wichtige Aufgabe ist die Stabilisierung von komplexen Akutsituationen. Das Ambulatorium unterstützt die Grundversorger bei der Kontrolle und Linderung der krankheitsspezifischen Symptome und Probleme, um einen Verbleib im privaten Umfeld zu ermöglichen und eine Notfalleinweisungen ins Spital / Pflegeheim zu verhindern. Einfache palliative Eingriffe können unkompliziert vorgenommen werden (Punktionen, Verbandswechsel etc.). Es stellt eine Kontinuität der Versorgung sicher (geschlossene Versorgungskette) und koordiniert die verschiedensten Fachleute und Dienste.

Anforderungen, Qualitätskriterien [20]

- Das Ambulatorium hat einen definierten öffentlichen Leistungsauftrag und eine gesicherte Finanzierung.
- Die Kriterien der Strukturqualität (Bestand und Qualifikation des Personals, Anforderungen an die Infrastruktur etc.) sind definiert (Personalqualifikation auf spezialisiertem Level).
- Das Ambulatorium verfügt über ein verbindliches Konzept mit festgelegten Standards, Prozessen und Haltungen.

4.3 Spezialisierte Palliative Care im Spital

4.3.1 Übersicht

Die Spitäler nehmen in der Betreuung von Sterbenden in sehr vielen Fällen eine wichtige Rolle ein. Zum einen gibt es viele Menschen, bei denen sich der Gesundheitszustand nach einem notfallmässigen Spitaleintritt, nach einer Operation oder einer anderweitigen akutmedizinischen Behandlung rasch derart verschlechtert, dass eine Rückverlegung nach Hause oder in ein Pflegeheim nicht mehr möglich bzw. sinnvoll ist. Zum anderen gibt es Menschen, deren Pflege und medizinische Betreuung spezielle Einrichtungen und personelle Ressourcen benötigt, die ausserhalb eines Spitals nicht verfügbar sind.

Aufgrund der genannten Gegebenheiten müssen in den Spitälern geeignete Strukturen zur Betreuung von Palliativ-Patienten auf drei Ebenen vorhanden sein:

- Primär müssen alle Stationen grundsätzlich in der Lage sein, Patienten der palliativen Grundversorgung (A-Patienten) als solche zu erkennen und im Rahmen eines geklärten Palliativ-Konzeptes adäquat zu versorgen.
- Im Weiteren muss für eine spezialisierte Versorgung von komplexen Palliativ-Patienten der Rückgriff auf Fachpersonal mit entsprechenden Zusatzqualifikationen und auf eine bedarfsgerechte Infrastruktur möglich sein.

[20] Zertifizierungskriterien Qualitépalliative / Sanacert, Kriterienliste B, palliative.ch(II), 2011

- Als Drittes schliesslich muss den Kontakten der verantwortlichen Spital-Experten mit den spitalexternen Partnern, welche die palliative Nachbetreuung von Patienten nach dem Austritt aus dem Akutspital übernehmen, die nötige Beachtung geschenkt werden.

Zur Sicherstellung einer hochwertigen spezialisierten Versorgung von palliativen "B-Patienten" stehen gemäss Nationalem Konzept Palliativ Care zwei organisatorische Modelle zur Verfügung, die - in Abstimmung auf die spezifische Situation und Proportionen der einzelnen Spitäler - je separat oder kombiniert realisiert werden können. Die beiden Modelle bzw. Komponenten werden in der Folge beschrieben.

4.3.2 Palliativ-Konsiliardienst (PKD)

Definition

Ein Palliativer Konsiliardienst im Spital wird von einem spezialisierten, interprofessionell arbeitenden Team aus Palliativspezialisten gebildet (Arzt, Pflege, weiteres Personal) und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulatorien und erst in zweiter Linie an die Patienten und deren Angehörige.

Der Dienst ist während der regulären Arbeitszeiten beratend tätig und bietet im Spital seine Erfahrung, wenn das Personal auf den Stationen aufgrund einer komplexen Palliativ-Situation an die Grenzen ihrer Fachkompetenz und Belastbarkeit kommen und um fachspezifische palliativmedizinische Beratung nachsuchen. Diese Leistung kann sowohl in Form einer einmaligen Beratung, als auch bei fortgesetzter Beratung im Sinn einer Liaison-Tätigkeit erfolgen.

Zielgruppe

Ein PKD unterstützt das betreuende Spitalpersonal (Behandlungs- und Pflegeteam der Bettenstationen) bei der Versorgung komplexer Palliativpatienten (B-Patienten gemäss Indikationskriterien), welche ausserhalb einer Palliativstation betreut werden.

Aufgaben

Kernaufgabe des PKD ist die Beratung des Behandlungsteams auf den Stationen, wenn diese aufgrund der komplexen Betreuungssituation überfordert sind und das Konsiliarteam rufen. Um die individuelle Situation beurteilen zu können, führt der PKD ein palliativmedizinisches Basis-Assessment durch (Gespräch mit Patient und möglichst auch seinen Angehörigen), führt Gespräche mit dem Behandlungsteam (Arzt und/oder Pflege) und sichtet die aktuelle Medikation und Krankengeschichte.

Das Konsiliarteam hilft bei der Erstellung eines individuellen, interprofessionellen Behandlungsplans hin zu einer aktiven, ganzheitlichen Behandlung, d.h. zu Symptomkontrolle und zur psychosozialen Stabilisierung von Patient und seinen Angehörigen. Er hilft bei komplexer Entscheidungsfindung oder komplexer Austrittsplanung z. B. durch die Organisation und Durchführung von Gesprächen am "Runden Tisch", durch Unterstützung bei der Erstellung von Patientenverfügungen inkl. individueller Vorausplanung (Advanced Care Planning) und Notfallvorausplanung. Er stellt die Verbindung zu lokalen Palliative Care Netzwerken/-Teams her (Arzt, Pflege zu Hause) oder hilft eine weitere Unterbringung bei B-Patienten zu organisieren (ausserkantonale Palliativstation, Hospiz) und optimiert somit die Schnittstelle zwischen Spital und weiteren Leistungserbringern.

Für eine nachhaltige Implementierung von Palliative Care im Spital und zur Etablierung der multiprofessionellen Zusammenarbeit braucht es eine Sensibilisierung und kompetente Vernetzung. Eine erweiterte Aufgabe, die dem PKD übertragen werden kann.

Anforderungen, Qualitätskriterien [21]

- Der PKD hat einen definierten öffentlichen Leistungsauftrag und eine gesicherte Finanzierung.
- Die Kriterien der Strukturqualität (insb. Bestand und Qualifikation des Personals) sind definiert (Liste B). Eine Zertifizierung ist möglich.
- Der PKD verfügt über ein verbindliches Konzept mit festgelegten Standards, Prozessen und Haltungen.
- Er hat eine interprofessionelle Leitung (Arzt und Pflege).
- Er ist während der regulären Arbeitszeiten verfügbar.
- Er ist im Organigramm möglichst unabhängig platziert und kann sich im Rahmen der definierten Pensen seinen Kernaufgaben widmen.
- Er hat Zugang zu den Patientendaten bzw. erhält von den betreuenden Grundversorgern die notwendigen Fachinformationen.

4.3.3 Palliativstation im Akutspital

Definition

Bei einer Palliativstation handelt es sich um eine Bettenstation im Akutspital, welche spezialisierte stationäre Palliative Care Behandlungen für Patienten in Palliativsituationen mit komplexen Bedürfnissen (B-Patienten) erbringt. Es handelt sich dabei nicht um eine Sterbestation, sondern eher um eine Art von Intensivstation für Schwerstkranke B-Patienten.

Zielgruppe

Palliativ-Stationen sind den B-Patienten gemäss Indikationskriterien vorbehalten. Sie werden vor Eintritt durch die interprofessionelle Leitung der Palliativstation geprüft und im Verlauf wöchentlich durch die Palliativspezialisten beurteilt. Patienten, welche die Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care nicht erfüllen, haben keinen Anspruch auf eine Aufnahme, sondern sind auf den Normalstationen des Spitals zu versorgen. Patienten, die nicht mehr hospitalisationspflichtig sind, sondern nur noch pflegebedürftig und noch verlegungsfähig, werden zeitnah in eine geeignete Langzeitinstitution verlegt. Diese Abgrenzung soll sicherstellen, dass die teuren Infrastrukturen jederzeit für B-Patienten verfügbar sind.

Die Zuweisung auf die Palliativstation erfolgt auf Anfrage des Behandlungsteams oder intern via PKD und mit dem Einverständnis des Patienten bzw. bei Urteilsunfähigkeit dem Einverständnis seines Stellvertreters.

Aufgaben

Der Schwerpunkt einer Palliativstation liegt bei der Stabilisierung von komplexen Akutsituationen, welche sowohl eine Hospitalisation und die spezifische Fachexpertise von Palliative Care Spezialisten als auch den erhöhten Personalschlüssel einer Palliativstation erfordern.

[21] BAG (IV), 8.2012

Das Ziel der Behandlung auf einer Palliativstation ist eine möglichst rasche Stabilisierung der komplexen Situation durch eine maximale Linderung des Leidens von Patient und seinen Angehörigen, so dass eine koordinierte Entlassungsplanung möglichst an den Ort der Wahl erfolgen kann. Das Schnittstellenmanagement ist auf die Bedürfnisse von Palliativpatienten zugeschnitten. Rehospitalisationen werden verhindert durch eine gemeinsame vorausschauende Planung am Runden Tisch und Etablierung einer individualisierten Notfallplanung.

Bei einem Teil der B-Patienten ist eine Entlassungsplanung nicht mehr möglich, weil die Erkrankung zu weit fortgeschritten ist und der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat. Obwohl einige Patienten auf der Palliativstation versterben, handelt es sich bei der Palliativstation nicht um eine Sterbestation, sondern eher um eine spezialisierte Station für Schwerstkranke und deren Angehörige in einer palliativen Situation.

Die meisten Sterbenden müssten nicht auf einer Palliativstation hospitalisiert werden. Die Fachexpertise und spezifischen Pflege- und Behandlungsstandards einer Palliativstation unterstützen jedoch die Qualität der Behandlung, Pflege und Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden in der gesamten Institution.

Anforderungen, Qualitätskriterien [22]

- Die Palliativstation hat einen definierten öffentlichen Leistungsauftrag (Spitalliste) und eine gesicherte Finanzierung.
- Die Kriterien der Strukturqualität (Bestand und Qualifikation des Personals, Anforderungen an die Infrastruktur etc.) sind definiert (Liste A). Eine Zertifizierung ist möglich.
- Die Palliativstation verfügt über ein verbindliches Konzept mit festgelegten Standards, Prozessen und Haltungen.
- Die Personalschlüssel für ärztliches Personal und Pflegefachpersonen sind im Vergleich zu normalen Bettenstationen erhöht.
- Die Notfallaufnahme muss rund um die Uhr möglich sein (3-Schichtbetrieb).

4.4 Unterstützende Dienste

Die unterstützenden Dienste werden bei A- und B-Patienten bei Bedarf einbezogen. Je nachdem, ob sie das Kernteam der Grundversorgung oder der spezialisierten Palliative Care unterstützen, d.h. wie komplex sich die Situation vor Ort darstellt, werden unterschiedlich hohe Anforderungen, insbesondere an das Fortbildungsniveau, gestellt.

4.4.1 Therapeutische Fachbetreuung

Vom Kernteam können weitere therapeutische Fachpersonen z.B. aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung und weiteren Professionen bei Bedarf hinzugezogen werden. Um diagnostische, therapeutische und pflegerische Gesichtspunkte aufeinander abzustimmen, werden im Team kurz- sowie mittelfristige Ziele und Aufgaben aufeinander abgestimmt.

[22] BAG (IV), 8.2012, S. 34, palliative.ch-(I), 2016

4.4.2 Psychologische und soziale Betreuung

Ein frühzeitiger Einbezug von psychologischen und sozialbetreuerischen Angeboten kann psychologische Notsituationen auffangen und existenzielle Fragen klären helfen. Menschen werden mit Ihrer Verzweiflung und Angst aufgefangen. Die Angebote gelten für Betroffene und nahestehenden Personen. Psychotherapeuten, Psychiater, Sozialarbeiter, Familienberatung etc. ermöglichen ein breites Beratungs- und Betreuungsangebot, angepasst auf die sich ändernden Fragestellungen im Krankheitsverlauf. Psychologisches und sozialbetreuerisches Personal wird beim Runden Tisch einbezogen. Ein ressourcen- und systemorientierter Ansatz der Psychologie und Sozialarbeit ist routinemässig Bestandteil der interdisziplinären Teamarbeit.

Menschen in palliativen Situationen erhalten insbesondere folgende Unterstützungsmöglichkeiten zur Verbesserung ihrer Situation:

- emotionale Stärkung von Patienten und Angehörigen, damit neue Verarbeitungs- und Handlungsmöglichkeiten entstehen.
- Wissenslücken zur Krankheit angemessen schliessen und mögliche Folgen für das Alltagsleben besprechen.
- Professionelle Hilfen mit den persönlichen Stärken und den Umfeldressourcen des Patienten und seines sozialen Netzes verbinden.
- Beistand geben in sozialen Notlagen wie Verlust der Arbeitsstelle, Beratung über Versorgungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit, Vermittlung von Heimplätzen, Haushaltshilfen etc.
- Sozialrechtliche Beratung zur Vermeidung wirtschaftlicher Probleme (Leistungen Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung, EL, ALV, Sozialhilfe etc.).
- Trauerbegleitung der Angehörigen und nahestehender Personen.

4.4.3 Seelsorge, spirituelle Begleitung

Die Seelsorge und spirituelle Begleitung sind ein wesentlicher Bestandteil der Palliative Care. Sie erfolgen auf Wunsch der Patienten und ihrer Angehörigen. Im Mittelpunkt steht der Mensch mit seiner religiös-spirituellen Biographie, mit seinen Hoffnungen und Zweifeln, mit seinen existenziellen Fragen nach dem Warum, nach Existenz und Verlässlichkeit Gottes, nach Schuld und Vergebung. Seelsorge, heute in einem erweiterten Sinne auch als "Spiritual Care" verstanden, beinhaltet das gemeinsame Bemühen, Menschen mit ihren spirituellen Anliegen wahrzunehmen und sie so zu unterstützen, wie es ihnen entspricht.

Seelsorge im Sinne der drei Schaffhauser Landeskirchen bedeutet:

- Seelsorge unterstützt Menschen in ihrer individuellen Sinnsuche und Lebensdeutung in einer Haltung von Mitmenschlichkeit und Wertschätzung. Sie begleitet im persönlichen Glauben und macht Angebote der Begegnung. Seelsorgende sind bei Bedarf auch "einfach nur da".
- Seelsorgerliche Begleitung unterstützt Menschen darin, mit ihren eigenen Ressourcen in Berührung zu kommen und diese im Umgang mit Krankheit und belastenden Lebenserfahrungen als mögliche Quelle von Kraft und Trost zu erleben.

- Seelsorgende informieren, beraten und begleiteten Patienten und ihr Umfeld im persönlichen Gespräch oder Gebet und bieten Segenshandlungen und Rituale an.

Die Seelsorge soll niederschwellig und auf unkomplizierte Art und Weise bei Bedarf abrufbar sein. Leistungserbringer der Seelsorge sind Fachpersonen der Landeskirchen und anderer Religionsgemeinschaften, welche die Art der Begleitung für Angehörige ihrer Gemeinschaft selbständig organisieren und finanzieren.

4.4.4 Freiwilligenarbeit

Freiwillige schenken den Patienten ihre Zeit und Aufmerksamkeit. Es geht beim Freiwilligeneinsatz in der Regel nicht um pflegerische Leistungen (Ausnahme z.B. Sitzwachen durch pensionierte Pflegekräfte). Die Hauptaufgabe besteht in der Entlastung der pflegenden Angehörigen und der Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden. Freiwillig und ehrenamtlich tätige Personen können Fachpersonen unterstützen, nicht aber ersetzen.

Die Freiwilligenarbeit ist vermehrt in die Gesamtversorgung einzubinden, zu koordinieren und die Vernetzung zu fördern. Damit Freiwillige ihre Einsätze gut erbringen können, haben sie Anspruch auf eine solide Einführung sowie eine wertschätzende Begleitung (Austausch, Supervision).[23] Auch wenn die Leistungen in der Regel gratis sind, werden zumindest Spesen entschädigt und Versicherungen übernommen. Empfehlungen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Palliative Care sowie Standards wurden vom BAG und verschiedenen Freiwilligenorganisationen veröffentlicht.[24]

4.4.5 Angehörige

Angehörige nehmen eine Doppelrolle ein. Zum einen sind sie ein wichtiger unverzichtbarer Teil des Versorgungsnetzes und zum anderen sind sie selbst bedürftig, da eine nahestehende Person stirbt. Es ist daher wichtig, dass Angehörige gut in das Versorgungsnetz eingebettet sind und eine ausreichende Unterstützung erfahren. Sie müssen über Entlastungsmöglichkeiten und deren Finanzierung informiert werden.

Der Bundesrat hat einen ausführlichen Bericht zu Situation und Handlungsbedarf von betreuenden und pflegenden Angehörigen veröffentlicht.[25] Diskutiert werden bedarfsgerechte Entlastungsangebote, eine bessere Vereinbarung mit einer Erwerbstätigkeit und eine bessere gesellschaftliche Anerkennung.

4.4.6 Anforderungen, Qualitätskriterien der unterstützenden Dienste

- Die unterstützenden Dienste sind stufengerecht qualifiziert.
- Die Supervision ist gewährleistet.
- Ein Palliative Care Konzept ist vorhanden.
- Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern ist geklärt; eine formalisierte Vernetzung mit Grundversorgern und spezialisierter Palliative Care wird etabliert.
- Die Finanzierung ist geklärt.

[23] Vgl. Freiwilligen-Standard von Benevol, www.benevol.ch / www.freiwillige.ch

[24] Vgl. BAG (X) 8.2014; Caritas (I) 7.2011

[25] BAG (IX) 2014

4.5 Koordination und Vernetzung

Die übergeordnete Koordination und Kommunikation zwischen den Vertretern der verschiedenen Leistungserbringer, Institutionen und Organisationen sind zentral für eine gut aufeinander abgestimmte, durch die verschiedenen Berufsgruppen getragene palliativmedizinische Versorgung.

Palliativ-Patienten wechseln häufig zwischen den Leistungserbringern hin und her. Eine gute Zusammenarbeit ist daher die Grundlage, um eine "Organisationskultur des Sterbens" zu schaffen. Wie und unter welchen Bedingungen Menschen sterben, ist immer stärker eine Frage von interdisziplinärer Fach- und Sozialkompetenz sowie der Organisationsentwicklung. Eine in der Struktur verankerte Zusammenarbeit soll daher helfen, die aktuell zum Teil behindernden organisatorischen Hürden zu beseitigen.

Die wesentlichen übergeordneten Kriterien sollen an dieser Stelle nochmals zusammengefasst werden:

- Systemkenntnisse

  Jede Organisation und jeder Beteiligte kennt ihre/seine Position in der Versorgung sowie die Indikationskriterien zur Abgrenzung von Grundversorgung und Spezialisierter Versorgung. Dadurch werden sie im Bedarfsfall spezialisierte Leistungserbringer (PKD, MPCD) rechtzeitig beiziehen oder zusammen mit den Betroffenen eine Verlegung in eine spezialisierte Palliative Care Institution planen.

- Interdisziplinäre, institutionsübergreifende Zusammenarbeit

  Die interdisziplinäre Abstimmung im Kernteam zum diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen Vorgehen ist gewährleistet. Ressourcen werden optimal eingesetzt, Erreichbarkeit wird sichergestellt (inkl. Stellvertretung) und Doppelspurigkeiten werden vermieden. Im interprofessionellen Team wird eine Kultur des gleichberechtigten Miteinanders auf Augenhöhe gelebt. Freiwillige und Angehörige werden eingebunden. Abläufe, Zuständigkeiten und Fallführung sind geregelt und allen Beteiligten ersichtlich (inkl. Patient/Angehörige).

- Standardisierte Kommunikation und Dokumentation

  Es müssen standardisierte Informations- und Kommunikationsstrukturen geschaffen werden. Dazu gehört die Verwendung von einheitlichen Begriffen und Kanälen sowie ein einheitliches, möglichst berufsübergreifend verständliches Rapport- und Kommunikationssystem. Dokumentationsinhalte, Form und Zugang sind geklärt. Wenn möglich wird ein gemeinsamer Betreuungsplan genutzt. Eine mit Einverständnis des Patienten geführte elektronische Patientenakte, zu der alle Beteiligten Zugriff haben, kann eine Möglichkeit der Kommunikation zwischen den verschiedenen Betreuern sein.

- Vorausschauende Planung, geschlossene Behandlungs-/Versorgungskette

  Palliative Care Netzwerke sind so aufzubauen und zu gestalten, dass durch Steuerung und Koordination der Versorgungsabläufe eine vorausschauende Planung (inkl. individualisierte Notfallplanung) und eine integrierte Behandlung, Pflege und Betreuung von Patienten und Angehörigen gewährleistet werden kann.

- Kontinuierliches flächendeckendes Qualitätsmanagement

  Etablierung von Angeboten zur regelmässigen interdisziplinären Fallbesprechungen, Evaluation und Fehleranalyse im interprofessionellen Team über die Schnittstellen hinweg.

- Kontinuierliche interprofessionelle Fortbildung

  Die Vernetzung wird gestärkt durch regelmässige gemeinsame Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen.

5 IST-Situation Schaffhausen

5.1 Rechtsgrundlagen

In Art. 36 Gesundheitsgesetz[26] des Kantons Schaffhausen vom 21. Mai 2012 sind die Behandlungsansprüche der Bevölkerung wie folgt umschrieben:

> [1] *Jede Person hat unabhängig von ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lage im Rahmen des Leistungsangebots und der betrieblichen Möglichkeiten des betreffenden Leistungsanbieters Anspruch*
>
> a) auf jene Behandlung, die aufgrund des Gesundheitszustandes nach den anerkannten medizinischen Grundsätzen angezeigt, verhältnismässig und ethisch vertretbar ist, unter Einschluss einer bedarfsgerechten palliativen Pflege in der letzten Lebensphase,
>
> b) auf angemessene, die Menschenwürde und das Selbstbestimmungsrecht achtende Information, Beratung, Betreuung und Fürsorge,
>
> c) auf Rücksichtnahme und Schutz der Persönlichkeit.
>
> [2] *Kann eine medizinisch indizierte Leistung mit den verfügbaren Mitteln nicht bzw. nicht in der erforderlichen Qualität erbracht werden, ist die zu behandelnde Person in eine geeignete Institution zu verlegen bzw. einem geeigneten Leistungserbringer zuzuführen.*

Die ausdrückliche Erwähnung der palliativen Pflege im genannten Gesetzesartikel geht auf intensive Diskussionen in der vorberatenden Parlamentskommission zurück und dokumentiert den klaren Willen des Gesetzgebers, namhafte Anstrengungen des Kantons in diesem Bereich zu fördern.

Für die Betreuung der Palliativ-Patienten und deren Finanzierung sind im Wesentlichen die Regeln des kantonalen Spitalgesetzes vom 22. November 2004[27] , des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes vom 2. Juli 2007[28] sowie des Bundesgesetzes über sie Krankenversicherung vom 18. März 1994[29] zu beachten. Demnach ist die Sicherstellung und Mitfinanzierung der Behandlung von spitalpflegebedürftigen Patienten Sache des Kantons bzw. der von ihm beauftragten Spitäler, während die stationäre Heim-Pflege und die ambulante Spitex-Pflege der Zuständigkeit der Gemeinden zugewiesen ist (unter bedarfsgerechtem Beizug selbständig tätiger Ärzte und anderer ambulanter Leistungsanbieter).

In den Grenzbereichen zu den Zuständigkeiten der Gemeinden werden dem Kanton in Art. 2 Abs.2 AbPG[30] die folgenden besonderen Aufgaben zugewiesen:

a) befristete stationäre Akut- und Übergangspflege nach Spitalbehandlungen;

b) stationäre Pflege von Personen, die aufgrund der Art und Schwere des Unterstützungsbedarfs (fachliche Anforderungen, medizinische Infrastruktur) in anderen Institutionen nicht angemessen betreut werden können;

c) stationäre Pflege von Menschen mit Behinderung bis zum Erreichen des AHV-Rentenalters;

[26] GesG, SHR 810.100

[27] Spitalgesetz, SHR 813.100

[28] AbPG, SHR 813.500

[29] KVG, SR 832.10

[30] Fassung gemäss Beschluss des Kantonsrates vom 11. Januar 2016 (unter Vorbehalt der Genehmigung der Gesetzesrevision durch die Stimmberechtigten in der Abstimmung vom Juni 2016)

d) weiterführende Pflege von Personen mit Behinderung in der angestammten Einrichtung, so lange ein Übertritt in ein Heim für Betagte aus medizinischen und / oder sozialen Gründen nicht möglich ist;

e) Beratung von Heimen und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause in speziellen Belangen der Pflege, insbesondere der Palliativpflege, der Psychiatriepflege und der Demenzbetreuung.

Aufgrund der dargelegten Gesetzesbestimmungen muss die Sicherstellung und Optimierung der Leistungen im Bereich der Palliativen Pflege als Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden angegangen werden, wobei dem Kanton eine massgebliche Koordinations- und Führungsaufgabe zukommt.

5.2 Sterbefälle in Schaffhausen: Statistische Proportionen

Der Kanton Schaffhausen hat knapp 80'000 Einwohner. Davon leben 58 % in der Zentrums-Agglomeration Stadt Schaffhausen/Neuhausen a. Rhf. und 42 % in den übrigen Gemeinden. 20 % der Einwohner sind über 65 Jahre alt. Schaffhausen gehört damit zu den "ältesten" Kantonen der Schweiz.

Im Kanton Schaffhausen sterben derzeit pro Jahr rund 730 Menschen. Die Zahl hat sich im Laufe der letzten 20 Jahre nur geringfügig verändert. Verlagerungen haben sind allerdings in Bezug auf das Sterbealter ergeben:

Altersgruppe	Sterbefälle pro Jahr (Mittelwerte pro Periode)			
	1995 - 1999	2000 - 2004	2005 - 2009	2010 - 2014
Total	747	738	716	733
bis 64 Jahre	119 (16 %)	119	102	102 (14 %)
65 - 79 Jahre	228 (31 %)	188	174	178 (24 %)
80 - 89 Jahre	272 (36 %)	275	275	267 (37 %)
über 90 Jahre	128 (17 %)	156	165	185 (25 %)

Tabelle 2: Todesfälle im Kanton Schaffhausen 1995 - 2014 nach Altersgruppen

Die Übersicht zeigt, dass die Zahl der Todesfälle vor dem vollendeten 80. Altersjahr in den vergangenen Jahren kontinuierlich abgenommen hat, dass bei den Hochaltrigen über 90 Jahren dagegen eine markante Zunahme erfolgte.

In Bezug auf den Sterbeort zeigen die durchgeführten Erhebungen, dass im Mittel der Periode 2010 bis 2014 annähernd die Hälfte der Todesfälle in den Alterspflegeheimen und mehr als ein Drittel in den drei Häusern der Spitäler Schaffhausen angefallen sind:

	Anzahl Todesfälle	Anteil %
Spitäler Schaffhausen	266	36 %
- Kantonsspital *- Pflegezentrum Spitäler SH* *- Psychiatriezentrum Spitäler SH*	*206* *52* *8*	*28 %* *7 %* *1 %*
Alterspflegeheime	352	48 %
zu Hause / an anderen Orten	115	16 %

Tabelle 3: Sterbeorte im Kanton Schaffhausen (Mittelwerte der Jahre 2010 bis 2014)

In den kommenden Jahren wird der Trend zu einem steigenden mittleren Sterbealter weiter anhalten. Daraus ergibt sich, dass die Zahl der Menschen, die in ihrer letzten Lebensphase durch komplexe Mehrfach-Erkrankungen (inkl. Demenz) belastet sind, weiter ansteigen wird.

In Bezug auf die Gesamtzahl der Todesfälle ist dagegen in den kommenden 10 Jahren weiterhin keine markante Zunahme zu erwarten. Diese Prognose ergibt sich daraus, dass die Generationen, die im Laufe der nächsten 10 Jahre das 80. Altersjahr überschreiten werden, ähnliche Bestände aufweisen wie in den zurückliegenden 20 Jahren. Ein spürbarer Anstieg ist erst ab dem Jahr 2025 zu erwarten, wenn die grösseren Nachkriegs-Jahrgänge ("Babyboomer") in die Altersgruppe 80+ hineinwachsen werden.

5.3 Bedarf – Anzahl Palliative Care Patienten

Bei den Personen, die in der letzten Lebensphase Palliative Care benötigen, handelt es sich häufig um Krebspatienten. Da jedoch in Ländern wie der Schweiz ca. 75 % der Bevölkerung an chronischen Erkrankungen sterben, ist es angezeigt, zukünftig auch diese Patientengruppe frühzeitig in die Palliative Care Versorgung einzubeziehen.[31]

Länder mit guter Versorgung in Palliative Care berichten, dass 80-90 % der Sterbevorgänge durch geschultes Fachpersonal der medizinischen Grundversorgung abgedeckt werden können. Bei 10-20 % ist spezialisiertes, palliativmedizinisches Wissen notwendig. In einer Schweizer Erhebung wurden im Jahr 2010 landesweit 3'856 Spitalfälle mit einer Palliative-Care Diagnose erfasst.[32] Die Nationale Strategie Palliative Care geht davon aus, dass lediglich bei 1-2 % der Fälle die Probleme so gravierend sind, dass die Behandlung auf einer spezialisierten Station notwendig wird.[33]

Abgestützt auf diese Prämissen kann für den Kanton Schaffhausen von den folgenden Proportionen ausgegangen werden (Grobkalkulation Fälle pro Jahr):

- Personen mit Palliativ-Pflegebedarf total (ca. 2/3 der Sterbefälle)	500
- davon Personen mit spezialisiertem Palliativpflegebedarf (B-Patienten)	100
- davon Personen mit Pflegebedarf einer spezialisierten Spital-Palliativstation	< 30

Tabelle 4: Anzahl Personen mit Palliative Care Bedarf im Kanton SH

5.4 Aktuelle Versorgungsstrukturen im Kanton Schaffhausen

5.4.1 Spitäler Schaffhausen

Den Spitälern Schaffhausen (SSH) wurde im Rahmen der Spitalliste vom 26. März 2013 ein Leistungsauftrag des Kantons als Kompetenzzentrum Palliative Care erteilt. In Bezug auf die damit verbundenen Aufgaben und Qualitätskriterien wurden bislang allerdings noch keine genauer spezifizierten Regeln definiert. Im Rahmen der Verordnung zum Schaffhauser Spitalgesetz[34] wird lediglich summarisch auf die vom Kanton Zürich im Rahmen seiner Planungen und Spitallisten festgelegten Vorgaben verwiesen.

[31] Gomez-Batiste 2012

[32] Code Z51.5, vgl. Junker (I), 11.2012

[33] BAG (I), 10.2012, S.11

[34] SHR 813.101, § 2 Abs. 2

Im Jahr 2015 verfügten die Spitäler Schaffhausen über folgende stationären Kapazitäten:

Spitalbereiche	Betriebene Betten (Zahlen gerundet)
Kantonsspital (inkl. Rehabilitation)	210
Psychiatriezentrum (Akut + Langzeitpflege)	130
Pflegezentrum (Übergangs- und Langzeitpflege)	60
Total	400

Tabelle 5: Bettenbestand SSH

Per Ende 2016 wird der Betriebsstandort Pflegezentrum der Spitäler Schaffhausen geschlossen. Mit diesem Schritt verbunden ist eine Reduktion der stationären Aufnahmekapazität um 25 Langzeitbetten. Die verbleibenden 35 Betten werden in die Gebäude des Kantonsspitals überführt. Sie sind vorzugsweise für Patienten der Akut- und Übergangspflege vorgesehen.

Die personellen Ressourcen der Spitäler Schaffhausen präsentierten sich 2015 wie folgt:

Personal total (Pensen FTE)	Personalbestand 2015 (Pensen VZÄ)
Ärzte / andere akademische Medizinalpersonen	134
diplomiertes Pflegepersonal FH / HF	340
übriges Personal Medizin / Therapie / Pflege	266
Verwaltung / Oekonomie / Technik	225
Total	965

Tabelle 6: Personelle Ressourcen SSH

Die Spitäler Schaffhausen verfügen grundsätzlich sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Bereich über die nötige Expertise, um eine fachgerechte Betreuung von Sterbenden zu gewährleisten. Patienten werden, wenn dies angezeigt ist, von einem interprofessionellen, interdisziplinären Team betreut. Vor allem die Abteilung Geriatrie/Rehabilitation hat interprofessionelle Prozesse im Spitalalltag integriert. Für die Schmerzbehandlung bei komplexen Situationen kann der interprofessionelle Schmerzdienst der Anästhesie oder Fachpersonal der Inneren Medizin beigezogen werden. Das Personal der Inneren Medizin, der Anästhesie und der Onkologie verfügt über das nötige fachärztliche Wissen, um somatische Probleme wie Erbrechen, Atemnot, etc. zu behandeln. In der Pflege verfügt das diplomierte Personal mehrheitlich über die nötigen Kenntnisse für eine sachgerechte palliative Grundversorgung. Punktuell sind Pflegekräfte mit Spezialausbildung in Palliative Care der Bildungsniveaus B 1 und B 2 verfügbar, wie sie im Rahmen der nationalen Zielvorgaben für die spezialisierte Palliative Care-Versorgung gefordert werden. Der Sozialdienst und das Behandlungsteam der SSH helfen, weitere palliative Behandlung und Betreuung zu Hause oder in einem Heim zu planen und in die Wege zu leiten.

Die Versorgung von Palliativen Patienten erfolgt in den Spitälern Schaffhausen im Rahmen der traditionellen Strukturen. Spezielle organisatorische Einheiten, wie sie die Nationale Strategie für die spezialisierte Versorgung beschreibt (Palliativstation, Palliativer Konsiliardienst, Palliativambulatorium), bestehen (noch) nicht. Auch fehlen schriftliche Regelungen, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team regeln und die Zuständigkeiten in der stationären Palliativversorgung im Rahmen eines Konzeptes verbindlich festlegen. Da es noch keinen Palliativ-Konsiliardienst gibt, fehlt dem Behandlungsteam die Möglichkeit, zusätzliche Expertise von Palliative Care Spezialisten im Bedarfsfall rasch anzufordern.

Die Teams auf den Stationen mit pflege- und zeitaufwändigen B-Patienten arbeiten überwiegend ohne erhöhten Stellenschlüssel. Im Rahmen der beschränkten Personalressourcen ist es daher zum Teil schwierig, Schwerkranken und sterbenden Patienten sowie deren Angehörigen eine adäquate Versorgung zu bieten. Insbesondere fehlen oftmals Raum und Zeit für ausführliche Patientengespräche und interdisziplinäre Teambesprechungen, zumal dafür nötige Ressourcen durch die Fallpauschalen finanziell nicht ausreichend gedeckt sind.

Eine kostendeckende Finanzierung von Palliative Care Patienten im Spital ist momentan häufig nicht gegeben. Patienten, welche ihre Sterbephase im Spital verbringen, erhalten möglichst ein Einzelzimmer. Sind nur Zweierzimmer verfügbar, wird das zweite Bett gesperrt bzw. kann auf Wunsch von Angehörigen genutzt werden. Da das zweite Bett nicht mehr für weitere Patienten genutzt werden kann und bei Palliativpatienten verschiedene Leistungen derzeit nicht bzw. ungenügend über Fallpauschale abgegolten werden, entstehen dem Spital ungedeckte Kosten, welche über Erträge aus der Behandlung anderer Patienten quersubventioniert werden müssen oder zu Defiziten führen.

5.4.2 Klinik Belair

Die Hirslanden Klinik Belair befindet sich als zweites somatisches Akutspital auf der Schaffhauser Spitalliste. Die Klinik ist im Wesentlichen auf planbare chirurgische Eingriffe bei Patienten mit geringen Komplikationsrisiken fokussiert. In die Behandlung von unheilbar kranken und sterbenden Personen ist die Klinik nur in Ausnahmefällen involviert. Deshalb wurde diese Einrichtung in die Abklärungen zur Palliativversorgung nicht näher einbezogen.

5.4.3 Alters- und Pflegeheime

Zahlenmässig entfällt annähernd die Hälfte der Sterbefälle im Kanton Schaffhausen auf die Alters- und Pflegeheime der kommunalen Versorgungsstufe. Dem entsprechend ist die Qualifikation der Heime für die sach- und bedarfsgerechte Betreuung von akut und chronisch kranken, multimorbiden und dementen Personen bis hin zum Tod von grösster Bedeutung.

Aufgrund der Vorgaben des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes und der zugehörigen Verordnung[35] sind die Gemeinden verpflichtet, geeignete Heimplatz-Angebote für die palliative Pflege bereitzustellen und auch Tages- und Nachtplätze anzubieten. Die entsprechenden Leistungsaufträge der Gemeinden an die Heime sind bislang allerdings noch sehr summarisch gehalten und nicht weiter spezifiziert. Die Statistik zeigt folgende Daten:

Heime je Region	mittlere Belegung		Personalbestand Pflege (Pensen VZÄ)	
	total	Pflegebedarf > 60 Min./Tag	Tertiärstufe (dipl. Pflege)	Sekundarstufe II (FaGe, EFZ)
3 Heime Stadt Schaffhausen	404	172	40	59
2 Private Heime Schaffhausen	219	120	23	26
2 Heime Neuhausen am Rheinfall	166	59	17	20
5 Heime Klettgau	249	168	31	39
3 Heime Thayngen / Ramsen / Stein	151	108	12	30
Total	1'189	627	111	174

Tabelle 7: Daten der Heime SH (Belegung, Personaldaten)

[35] AbPG, SHR 813.500, und § 12 AbPV, SHR 813.501

Im Kanton Schaffhausen gibt es 15 Alters- und Pflegeheime mit Leistungsauftrag der Gemeinden. Die mittlere Belegung (Belegungstage: 365) sowie die Personalressourcen bei den professionell ausgebildeten Pflegekräften zeigt die Übersicht in der Tabelle 7:[36]

Im Rahme der verfügbaren Ressourcen und Erfahrungen sind die Heime mehrheitlich in der Lage, Palliativpatienten der Gruppe A in der letzten Lebensphase adäquat zu betreuen. Im Falle von auftretenden Komplikationen stossen die Heime allerdings schnell an Grenzen. Ist nachts keine diplomierte Pflegekraft anwesend, können zusätzliche Engpässe eintreten (Schmerzpumpe regeln, Atemnot beheben, etc). Primär müssen die Pflegedienste dann auf die Heim- bzw. Hausärzte der einzelnen Patienten zurückgreifen, deren Kenntnisse im Bereich der Palliative Care je nach durchlaufener Ausbildung stark variieren können. Bei Krebspatienten kann zudem das Team der Spitalexternen Onkologiepflege (SEOP, vgl. Kap. 5.4.5 nachstehend) beigezogen werden. Darüber hinaus bestehen in der Regel keine institutionell abgesicherten Rückgriffsmöglichkeiten auf Fachkräfte oder Teams mit spezifischen Palliativ-Kompetenzen.

Die Betreuung und Pflege von jüngeren Patienten sowie von Betagten, die bis zum Auftreten eines ausgewiesenen Palliativpflegebedarfes zu Hause lebten, erfolgte bislang mehrheitlich im Rahmen des Pflegezentrums der Spitäler Schaffhausen. Die SSH stellten auch Tagesplätze zur Verfügung zur Entlastung von Angehörigen. Dieses Klientel muss bei der zukünftigen Palliativ-Versorgungsstruktur berücksichtigt werden.

5.4.4 Heime für Menschen mit Behinderung

Neben den Alterspflegeheimen der kommunalen Versorgungsstufen bestehen im Kanton Schaffhausen 5 Heime für Menschen mit Behinderung sowie 2 private Heime für psychiatrische Langzeitpatienten. Die Kapazität dieser Heime liegt bei total knapp 300 Plätzen, von denen (insbesondere bei den beiden Heimen mit psychiatrischer Ausrichtung) ein erheblicher Teil durch Personen mit ausserkantonalem rechtlichem Wohnsitz belegt ist.

Im Unterschied zu den Alterspflegeheimen, bei denen auf 100 Heimbewohner pro Jahr annähernd 30 Todesfälle eintreten, ist die Zahl der Todesfälle in den IV- und Psychiatrieheimen absolut und auch in Relation zur Bettenzahl deutlich geringer. Deshalb wurde die Situation in diesen Heimen im Rahmen der Konzeptarbeit nicht vertieft analysiert.

Generell zeichnet sich jedoch schweizweit ab, dass Menschen mit Behinderung heute zum einen älter werden als früher, auch wenn die durchschnittliche Lebenserwartung behinderter Menschen tiefer ist als bei Menschen ohne Behinderung. Nur ca. 50 % der Heimbewohner sind über 50 Jahre alt, ca. 15 % älter als 65 Jahre. Geriatrische Erkrankungen wie Demenz nehmen daher auch im Behindertenbereich zu. Zum anderen überleben immer mehr Menschen mit schwersten Behinderungen. Behinderte Menschen werden aus diesen Gründen zukünftig vermehrt Palliative Care in Anspruch nehmen.[37]

[36] Quelle: Heimstatistik curaviva Schaffhausen

[37] Quelle: HfH, Palliative Care für Menschen mit einer intellektuellen Behinderung, 2015

5.4.5 Hilfe und Pflege zu Hause

Nach den Vorgaben des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes haben die Gemeinden eine ausreichende Hilfe und Pflege zu Hause für Personen aller Altersgruppen sicherzustellen, die aus gesundheitlichen Gründen auf Unterstützung angewiesen sind.[38] In der zugehörigen Verordnung wird die Palliativpflege als Teil der kommunalen Versorgungspflichten explizit erwähnt.[39]

Aktuell gibt es im Kanton Schaffhausen 6 Spitex-Versorgungsregionen, die durch 4 gemeindeeigene Spitex-Organisationen und 2 Spitex-Vereine mit öffentlichem Leistungsvertrag versorgt werden. Per Mitte 2016 wird die bisherige Versorgungsregion Klettgau in zwei Regionen aufgeteilt, wobei die Krankenhilfsvereine Hallau und Schleitheim gemeinsam die Versorgung der neu gegründeten Region Klettgau 2 übernehmen werden. Ergänzt werden diese Angebote durch 6 ortsansässige private Spitex-Organisationen, durch mehrere interkantonal tätige Spitex-Organisationen mit punktuellen Aktivitäten im Kanton Schaffhausen sowie durch rund 10 freiberuflich tätige Pflegefachpersonen.

In Bezug auf die für die Palliative Pflege besonders relevanten Personalressourcen auf der Ebene des diplomierten Pflegepersonals (tertiäre Ausbildungen auf Stufe HF/FH) präsentierte sich die Lage wie folgt (SOMED-Daten 2014, kantonale Erhebung PC-Fachpersonal 4.2016):

	Bestand dipl. Pflegepersonal		
	Personen total	Pensen (Tertiärstufe)	Personen mit Zusatzqualifikation (Niveau A2/B1)
Spitex Stadt Schaffhausen	63	28.1	9
Spitex Neuhausen am Rheinfall	8	4.9	1
Spitex Klettgau-Randen	20	8.9	3
Spitex Thayngen	6	4.3	2
Spitex Bezirk Stein	4	2.0	1
Spitex Buchberg - Rüdlingen	5	0.1	-0
Spitex SPUR	7	3.5	4
Total regionale Versorgung	113	51.8	20
SEOP Krebsliga	4	2.6	4
Pflegeteam 2000	7	3.8	1
Sana-Team	3	1.9	3
weitere zugelassene Organisationen + selbständige Pflegefachpersonen	42	4.8	1
Total 2	169	64.9	29

Tabelle 8: qualifiziertes Palliative Personal der Spitex-Organisationen SH

Die palliative Grundversorgung wird in einer Mehrheit der Fälle von den regionalen Spitex-Organisationen mit Leistungsaufträgen der Gemeinden und teilweise auch von privaten Pflegediensten übernommen. Bei komplexen Fällen werden oftmals Spezialanbieter einbezogen, welche teilweise auch die Fallführung übernehmen:

Bei Personen mit Krebserkrankungen kommt häufig die von der Krebsliga Schaffhausen getragene Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP) zum Einsatz. Dabei handelt es sich um einen

[38] Art. 3 AbPG, SHR 813.500

[39] § 20 lit. c AbPV, SHR 813.501

hoch spezialisierten Pflegedienst, der eng mit den Hausärzten zusammenarbeitet und situativ auch auf die fachärztliche Unterstützung durch die behandelnden Onkologen und den Schmerzdienst der Spitäler Schaffhausen zurückgreifen kann. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten und den Spitälern ist institutionell allerdings nicht abgesichert und dem entsprechend auch nur situativ verfügbar.

Die SEOP arbeitet mit sehr wenig Personal, deckt damit jedoch den ganzen Kanton ab. Die Klientel der SEOP besteht praktisch ausschliesslich aus onkologischen Patienten. Dabei werden in der Regel sowohl die Grundpflege als auch die spezialisierte Pflege abgedeckt. Eine Beratung in Pflegeheimen kann angefordert werden und erfolgt unentgeltlich, d.h. wird durch Spendengelder finanziert. Diese Beratungen sind aufgrund der begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen allerdings eng auf onkologische Patienten begrenzt.

Als weiterer Spezialbereich kann für die palliative Betreuung von schwer kranken Kindern auf hoch spezialisierte Pflegedienste zurückgegriffen werden. Da langwierige und schwere Erkrankungen von Kindern nur selten vorkommen, sind die spezialisierten Organisationen der Kinder-Spitex mehrheitlich auf kantonsübergreifende Einsatzgebiete ausgerichtet. Die Organisation der Betreuung im Einzelfall muss somit situativ geregelt und organisiert werden.

Für die palliative Betreuung von Personen mit schweren Lungenerkrankungen kann auf die Dienste der Lungenliga als spezialisierter Anbieter mit lokaler Verankerung zurückgegriffen werden. Die Lungenliga versorgt Patienten mit chronischen oder akuten Lungenerkrankungen. Zentral für die Palliative Care Versorgung sind die Abgabe von Atemhilfsgeräten auf ärztliche Verordnung sowie die Beratung und Begleitung von lungenkranken Menschen und ihren Angehörigen.

Weitere spezialisierte Dienste bieten die Multiple Sklerose Gesellschaft, die Parkinsonvereinigung, die Alzheimervereinigung und weitere krankheitsspezifische Akteure. Solche spezialisierten Versorger sind in das zukünftige Palliativ-Netzwerk einzubinden.

5.4.6 Ambulante ärztliche Versorgung

Im Kanton Schaffhausen sind (Stand 2015) gut 170 Ärztinnen und Ärzte zur eigenverantwortlichen Berufsausübung in ambulanten Praxen zugelassen. Davon entfällt je rund die Hälfte auf die Grundversorgung (Facharzt-Titel Allgemeine und Innere Medizin, Pädiatrie und Praktischer Arzt) und auf Bereiche mit spezielleren Facharzttiteln.

Die ambulante ärztliche Versorgung von Palliativ-Patienten wird heute durch die Grundversorger erbracht (v.a. durch die Hausärzte und Onkologen). Für B-Patienten mit Schmerzproblemen gibt es die Möglichkeit einer Beratung in der Schmerzsprechstunde am Kantonsspital.

Der Einbezug der niedergelassenen Ärzteschaft in die Palliative Versorgung kann von Seiten des Kantons und der Gemeinden nur sehr bedingt gesteuert werden, da die Praxistätigkeit im Regelfall in eigener unternehmerischer Verantwortung ohne öffentlichen Leistungsauftrag ausgeübt wird. Einen Sonderfall stellen in dieser Hinsicht einzig die Heimärzte dar, die auf Mandatsbasis oder mit Teilpensen definierte Aufgaben in den Heimen wahrnehmen. Im Kontext der Heimarzt-Mandate besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer gezielten Einbindung in die Palliativ-Versorgung der Heime.

Bei der Beurteilung der Zukunftsperspektiven ist zu beachten, dass zahlreiche Hausärzte, die bislang als Heimärzte und/oder als wichtige Partner der regionalen Spitex-Organisationen tätig

waren, demnächst das Pensionsalter erreichen werden. Die Suche nach qualifizierten Nachfolgern gestaltet sich bekanntermassen schwierig. Dem entsprechend kann eine Fortführung der bisherigen pragmatischen Kooperation zwischen Hausärzten, Heimen und Spitexdiensten in der palliativen Grundversorgung nicht ohne weiteres erwartet werden. Der Schaffung von formellen Strukturen zur Sicherung einer bedarfsgerechten Palliativ-Versorgung in der Peripherie kommt dem entsprechend grosse Bedeutung zu.

5.4.7 Ergänzende Dienste

Seelsorge, spirituelle Begleitung:

Die drei öffentlich-rechtlich anerkannten Landeskirchen (evangelisch-reformiert, römisch-katholisch, christkatholisch) verfügen über Strukturen, um Seelsorge und spirituelle Begleitung nahe bei den Menschen anzubieten. Die Seelsorgenden betreuen auf Wunsch auch Menschen, die nicht ihrer eigenen Kirche angehören. Durch die Gemeindepfarrämter sind sie am Wohnort und in den kommunalen Heimen lückenlos präsent. Die Spitalseelsorge (mit insgesamt 300 Stellenprozenten) ist in den Spitälern Schaffhausen gut vernetzt. Im Bereich der Grundversorgung hingegen ist die Vernetzung mit den Spitex-Organisationen verbesserungsfähig.

Um kranke und sterbenden sowie trauernden Menschen professionell zu begleiten, haben die Landeskirchen 2016 das ökumenische Konzept "Seelsorge in Palliative Care" verabschiedet.[40]

Für Seelsorgende der Landeskirchen wird kontinuierlich Fortbildung in Palliative Care angeboten und von den Kirchen finanziert. Auch in den Seelsorge-Zusatzausbildungen (Clinical Pastoral Training - CPT) ist das Thema Palliative Care partiell integriert. Mehrere Gemeindepfarrer und Mitarbeitende der Sozialdiakonie sowie das Dekanatspersonal wurden bereits in Palliative Care geschult. Die Kurse bewegen sich auf Niveau A1 / A2.

Psychologische und soziale Betreuung

Den stationären Patienten des Kantonsspitals steht der spitalinterne Sozialdienst als unterstützendes Angebot im interdisziplinären Team zur Verfügung (Sozialdienst mit 5 Personen / 3.5 Pensen). Er informiert, berät und begleitet die stationären Patienten und deren Angehörige oder Bezugspersonen bei sozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen in palliativen Behandlungssituationen. Die Aufgaben des Sozialdienstes reichen dabei von der Organisation von stationären Anschlusslösungen wie Rehabilitationen, Übergangspflege oder dauerhaften Pflegeplätzen, der Triage an ambulante Beratungsstellen, bis hin zu finanziellen Beratungen. Eine wichtige Aufgabe ist die psychosoziale Beratung im Einzelgespräch oder im interdisziplinären Team, um mit dem Patienten und den Angehörigen Ressourcen und Strategien zur Bewältigung von belastenden Situationen zu erschliessen. Auch die Unterstützung beim Erstellen einer Patientenverfügung oder bei der Organisation eines Nottestamentes gehören dazu.

Die sozialberaterische Begleitung von ambulanten palliativen Patienten wird im Wesentlichen von der Krebsliga Schaffhausen abgedeckt. Zudem bietet die Krebsliga ein Familiencoaching und neu auch psycho-onkologische Begleitungen an. Eine weitere Möglichkeit der psychoonkologischen Beratung bietet eine niedergelassene speziell hierfür ausgebildete Pflegefachper-

[40] www.ref-sh.ch

son. Zudem erhalten Patienten allgemeine und sozialrechtliche Informationen von den Beratungsstellen der Gemeinden, der Pro Senectute oder der Pro Infirmis. Informationsstellen für Patientenverfügungen sind im Anhang dieses Konzeptes zu finden.

Ein Teil der Palliative Patienten benötigt eine frühzeitige psychotherapeutische Begleitung, damit sie mit ihren psychischen Nöten und Symptomen nicht alleingelassen sind. Psychologische Zusatzqualifikationen von Pflegefachpersonen reichen hier oftmals nicht aus, sondern es bedarf an Psychotherapeuten oder Psychiatern mit fundierter Zusatzqualifikation. Der Schaffhauser PsychotherapeutInnen Verband (SCHaP) sieht hier einen Mangel im Kanton Schaffhausen, weshalb Patienten zuweilen auf ausserkantonale Angebote zurückgreifen müssen.

Freiwilligenarbeit

Verschiedene Organisationen und Vereine in der Region Schaffhausen können Freiwillige zum Dienst am Menschen in Palliativsituationen zur Verfügung stellen, die auf die Begleitung von Palliative Care Patienten vorbereitet sind. Sie bieten Besuchs- und Fahrdienste, Nachbarschaftshilfe, Sterbebegleitung, Sitzwachen und vieles mehr. Die bereits langjährig tätige "Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker Schaffhausen und Umgebung" übernimmt Begleitungen zu Hause und in kommunalen Heimen und schenkt den Patienten Wärme und Geborgenheit. Die "Sitzwache der Spitalseelsorge" leistet den gleichen Dienst im Kantonsspital Schaffhausen. Das Rote Kreuz Schaffhausen und Pro Senectute Schaffhausen bieten Entlastungsdienste an. Die Organisation dieser Freiwilligendienste entspricht den "Empfehlungen für Formelle Freiwilligenarbeit in Palliative Care".[41] Die Einführung erfolgt teils in eigenen Kursen der betreffenden Gruppen, teils im Lehrgang Passage des Roten Kreuzes Schaffhausen. Benevol Schaffhausen als Fachstelle für Freiwilligenarbeit unterstützt die Gewinnung und Weiterbildung von Freiwilligen und die Sicherstellung von Standards. Eine Liste der im Freiwilligenbereich tätigen Vereine und Organisationen sind im Anhang des Konzeptes zu finden.

Angehörige

Angehörige tragen wesentlich zur Versorgung von Patienten bei. Dies betrifft nicht nur den Bereich Palliative Care, sondern auch andere Bereiche der Gesundheitsversorgung. Aktuell ist ein Projekt der Städte Schaffhausen, St. Gallen und Chur in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule St. Gallen hervorzuheben (Projekt "Brückenschläge mit Erfolg", BREF). BREF soll das Unterstützungsnetz für pflegende respektive betreuende Angehörige auf die zukünftigen Anforderungen passgenau ausgestalten helfen.[42] Weitere Unterstützungsmassnahmen werden im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten von Kanton und Gemeinden angestossen.

Verein Palliative Care Zürich Schaffhausen

Unter dem nationalen Dachverband "palliative.ch" bildete sich 2015 aus einer Initiativgruppe die "Regionalgruppe Schaffhausen palliative zh+sh", die im Jahr 2016 zum Verein wurde.[43] Die Mitglieder dieser multiprofessionelle Fachgesellschaft setzen sich zusammen aus Personen aus verschiedensten Versorgungsbereichen (Ärzte, Pflegefachpersonen, Seelsorgende, Freiwillige, Sozialarbeitende, etc.) sowie betroffenen Personen. Der Verein setzt sich für eine flächendeckende Palliativversorgung im Kanton Schaffhausen ein. Durch regelmässige

[41] (BAG (X), 8.2014)

[42] Fachhochschule-SG, 2015/2016, www.fhsg.ch

[43] www.pallnetz.ch

Zusammenkünfte bietet er ein Gefäss zum gegenseitigen Austausch rund um das Thema Palliative Care und trägt damit zur Vernetzung bei. Der Verein setzt sich für eine Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung der Bevölkerung und Fachpersonen ein. Er organisiert jährlich Veranstaltungen zum Welt Palliative Care Tag im Kanton Schaffhausen und unterhält das Palliative Café SH, welches Menschen die Möglichkeit zum Gespräch bietet.

6 Ziele und Massnahmen

6.1 Übergeordnete Ziele

Mit dem Palliative Care Konzept für den Kanton Schaffhausen wird bezweckt

a) Qualitätssicherung in der Grundversorgung

Die Qualität der Grundversorgung von Palliativ-Patienten soll im Rahmen von klar definierten Leistungsaufträgen, betrieblichen Konzepten, Fördermassnahmen und Qualitätszielen auf allen Leistungsebenen (Spitäler, Heime und ambulante Betreuung) gesichert und gesteigert werden.

b) Stärkung und Unterstützung der ambulanten Dienste und Heime

Die ambulanten Leistungserbringer (insb. Spitexdienste und ärztliche Grundversorger) sowie die Pflegeheime sollen durch die Bereitstellung unterstützender spezialisierter Dienste so weit gestärkt werden, dass sie vermehrt auch komplexe Situationen der Palliativpflege dezentral bewältigen können.

Für Palliative Care Pflegepatienten stehen Betten in einer sozialmedizinischen Institution mit Palliative Care Auftrag (Hospiz) sowie Tages- / Nachtstrukturen zur Entlastung palliativer Situationen zuhause zur Verfügung. Mit Hilfe einer Koordinationsstelle sollen die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern (Koordination, Kommunikation) verbessert und Qualitätssicherungsmassnahmen unterstützt werden.

c) Optimierung der spezialisierten Palliativversorgung in den Spitälern

Die Behandlungskonzepte für Palliativpatienten, die zuhause oder im Heim nicht adäquat versorgt werden können und deshalb auf stationäre Spitalbehandlungen angewiesen sind, sollen noch stärker als bisher auf deren spezifischen Bedürfnisse abgestimmt werden.

In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit wird erwartet, dass durch bessere Strukturen auch komplexe Situationen der Palliativversorgung dezentral bewältigt werden können. Die Zusatzkosten, die mit dem Aufbau von spezifischen, die Grundversorgung unterstützenden Angeboten für Palliativpatienten verbunden sind, können durch Minderaufwendungen kompensiert werden, wie internationale Studien zeigen. Es wird insbesondere erwartet, dass Notfallhospitalisationen aus Gründen von Betreuungsengpässen reduziert, Spitalaufenthalte durch vorausschauende Austrittsplanungen verkürzt oder Doppelspurigkeiten durch optimierte Strukturen beseitigt werden. Somit kann eine für den Patienten bestmögliche Lebensqualität mit effizientem Mitteleinsatz erreicht werden.

6.2 Grundversorgung

Bedarf

Eine Mehrheit der Menschen, die vor ihrem Tod eine längere Phase mit palliativem Unterstützungs- und Pflegebedarf durchstehen müssen, stirbt heute in Pflegeheimen oder im Spital. Der Eintritt in eine Institution erfolgt allerdings oftmals erst relativ kurz vor dem Tod. In vielen Fällen setzt der palliative Betreuungsbedarf schon vor dem Spital- bzw. Heimeintritt ein und

muss dem entsprechend schon durch die ambulanten Leistungserbringer (Spitex, niedergelassene Ärzteschaft) aufgefangen werden.

Angesichts der Tatsache, dass annähernd die Hälfte aller Sterbefälle im Kanton Schaffhausen auf die Alters- und Pflegeheime entfällt, kommt der Sicherung und Steigerung der Qualität bei der Palliativbetreuung von Sterbenden in den Heimen eine prioritäre Bedeutung zu. Da Menschen immer älter werden, bedürfen zunehmend demente Personen einer Palliative Care Versorgung. Auch in IV-Heimen steigt der Bedarf.

Mit Blick auf den Betreuungsbedarf von Palliativpatienten, die noch zuhause leben und möglichst lange auch dort bleiben möchten, ist es zudem sehr bedeutsam, die Kompetenzen und Leistungsbereitschaft der spitalexternen Pflegedienste und der niedergelassenen Ärzteschaft (Schwerpunkt Grundversoger) situationsangepasst zu erhöhen und zu sichern.

Im Weiteren ist auch die Betreuung von Palliativpatienten im Spital in vielen Fällen der Grundversorgung zuzuordnen. Der Kernauftrag des Spitals sowie auch das professionelle Selbstverständnis des Personals sind mehrheitlich auf die kurative (heilende) Medizin ausgerichtet. Vor allem bei älteren, multimorbiden Patienten mit komplexen gesundheitlichen Problemen oder bei Tumorpatienten stehen von Anfang an palliativ ausgerichtete Behandlungsziele im Vordergrund. Zudem können sich die Behandlungsziele im Verlauf des Spitalaufenthaltes ändern. Ob und in welchem Umfang auf Palliative Care Ansätze umgestellt werden soll, hängt von den persönlichen Bedürfnisse und Prioritäten des Patienten und seiner Angehörigen ab, d.h. deren Wünsche sind zu achten und wenn möglich zu erfüllen. Zur Unterstützung des Personals in solchen Situationen müssen spezifische Betreuungskonzepte der Palliative Care jederzeit situations- und bedarfsgerecht verfügbar sein und genutzt werden können.

Massnahmen / Varianten / Ausgestaltung Leistungsauftrag

Für die Verbesserung der palliativen Grundversorgung müssen keine neuen Strukturen geschaffen werden. Vielmehr geht es darum, die Leistungsbereitschaft und Leistungsqualität der etablierten Leistungserbringer sowie deren Befähigung zur interprofessionellen Kooperation durch Massnahmen in den folgenden Bereichen zu stärken:

a) Klärung der Leistungsaufträge der Spitäler, Heime und Spitex-Organisationen[44], inkl. Festlegung der strukturellen Mindestanforderungen zur Qualitätssicherung und Sicherung der Finanzierung ;

b) Entwicklung von verbindlichen Palliative Care Konzepten auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer aufgrund der Leistungsaufträge;

c) Lancierung einer Fortbildungsoffensive in Palliative Care (Niveau B1) für Schlüsselpersonen der Pflege in den Spitälern, Heimen und Pflegediensten mit öffentlichen Leistungsaufträgen sowie für die niedergelassene Ärzteschaft (Schwerpunkt Grundversorger). Die empfohlenen Ausbildungsniveaus sind in einer Überblickstabelle zusammengefasst (Anhang 2 des Konzepts).

d) Sicherstellung der Versorgung von kleinen speziellen Patientengruppen (z.B. Kinder, neurologische Patienten wie ALS) oder Personen mit Mehrfacherkrankungen wie Demenz.

[44] Art. 2 und 8 f. Spitalgesetz (SHR 813.100); Art. 3 und 6 Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (SHR 813.500)

Zuständigkeit, Finanzierung

Aufgrund der Vorgaben des KVG, des kantonalen Spitalgesetzes und des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes sind die folgenden Massnahmen Sache des Kantons:

- Klärung des Leistungsauftrages der Spitäler;
- Klärung der Rahmenvorgaben für die Leistungsaufträge der Gemeinden an die Heime und die Spitex-Organisationen;
- direkte Mitfinanzierung der Palliative Care Leistungen im Rahmen von Spitalbehandlungen nach KVG, in der befristeten Akut- und Übergangspflege sowie bei Personen bis zum Erreichen des AHV-Rentenalters (junge Personen / IV-Fälle);
- Lancierung und (Mit-)Finanzierung der Fortbildungsoffensiven für Mitarbeitende des Pflegedienstes und Ärzteschaft. Von der Projektgruppe wird im Pflegebereich als erste Fortbildungsoffensive empfohlen, je einen leitenden Thementräger (Pflegefachperson auf Tertiärstufe) und eine Stellvertretung auf Niveau B1 fortzubilden (Vorteil: hohe Qualifikation auch bei Personalfluktuation): bei Spitex-Organisationen je Team, bei Heimen je 30 Bewohnern und im Spital je Station mit regelmässigem Palliative Care Patientenaufkommen. Niedergelassene Ärzte sollen möglichst in Sammelkursen in Schaffhausen fortgebildet werden (4-tägiger Spezialkurs für Ärzte). Heimärzten und Ärzten mit vielen Palliative Care Patienten werden Kurse auf Niveau B1 empfohlen.

Die Anpassung der Leistungsaufträge an Heime und Spitex-Dienste, die Sicherstellung der Umsetzung auf der betrieblichen Ebene sowie die primäre Finanzierung der resultierenden Zusatzkosten ist sodann Aufgabe der Gemeinden bzw. der Leistungserbringer. Nicht gedeckte Zusatzaufwendungen (z.B. Palliativ-Fortbildungen) oder Defizite aufgrund nicht gedeckter Kosten werden von den Gemeinden und dem Kanton gem. Art. 12 AbPG übernommen. Die empfohlenen Ausbildungsniveaus sind im Anhang in einer Übersichtstabelle aufgezeigt.

6.3 Palliative Spezialversorgung ambulant und in Heimen

6.3.1 Mobiler Palliative Care Dienst (MPCD)

Bedarf

Ein wichtiges Ziel des Konzeptes Palliative Care besteht darin, die ambulanten Leistungserbringer und die Heime durch die Bereitstellung unterstützender Dienste so weit zu stärken, dass sie vermehrt auch komplexe Situationen der Palliativpflege dezentral bewältigen können. Um dieses Ziel zu erreichen kommt der Schaffung eines Mobilen Palliative Care Dienstes (MPCD) eine zentrale Rolle zu.

Nationale und internationale Empfehlungen gehen von einem Bedarf von mindestens einem mobilen Palliativdienst pro 100‘000 Einwohnern aus, erreichbar während 24 Stunden.[45] Unter Einbezug der angrenzenden Regionen der Kantone ZH und TG erreicht die Versorgungsregion Schaffhausen somit diese Grössenordnung.

Basierend auf einer Studie des Kantons Luzern ist zu erwarten, dass im Kanton Schaffhausen pro Jahr bei ca. 70 - 100 Klienten ein Beratungsbedarf besteht, bei denen der Beizug eines

[45] BAG (IV) 8.1012, S. 29

MPCD gefragt wäre und dieser Beiträge zur Optimierung der Behandlung leisten könnte (siehe Kapitel 5.3, S. 35). Bei einem mittleren Beratungsbedarf von 15 Stunden pro Klient wird eine unmittelbar patientenzentrierten Beanspruchung in der Grössenordnung 1'200 bis 1'400 Stunden pro Jahr erwartet.[46]

Massnahmen / Varianten / Ausgestaltung Leistungsauftrag

Das ärztliche und pflegerische Personal des MPCD muss während der regulären Arbeitszeit verfügbar sein. In den übrigen Zeiten ist ein Hintergrunddienst zu gewährleisten (telefonische Erreichbarkeit). Es braucht zudem administratives Personal (Teilzeit) sowie Fachpersonen der Psychologie, Sozialarbeit, Seelsorge und Freiwillige.

Angesichts der absehbar überschaubaren Beanspruchung eines MPCD in der Region Schaffhausen ist es undenkbar, den Dienst als isolierte organisatorische Einheit zu betreiben. Vielmehr ist die Anbindung an eine grössere bestehende Organisation zwingend erforderlich, um Synergien zu nutzen und Leerzeiten zu reduzieren. Mit Blick auf die bestehenden Ressourcen und Strukturen kommen dabei die folgenden Leistungsanbieter in Frage:

a) die Spitäler Schaffhausen;
b) die grösseren Spitex-Organisation mit kommunalen Leistungsaufträgen (Schaffhausen, Neuhausen oder Klettgau-Randen);
c) die Spitalexterne Onkologiepflege SEOP der Krebsliga;
d) die grösseren Pflegeheime (kommunale Heime Stadt Schaffhausen und Neuhausen am Rheinfall, 3 private Heime in Schaffhausen und Beringen).

Alle in Frage kommenden Träger könnten im Pflegebereich auf bereits verfügbare fachliche Ressourcen aufbauen. Im ärztlichen Bereich müssten dagegen in allen Fällen neue Lösungen in Form von personellen Aufstockungen oder Partnerschaften gefunden werden. Für die Gemeinden Buchberg und Rüdlingen ist eine Versorgung in Kooperation mit den mobilen Spezialdiensten des Kantons Zürich zu prüfen.

Im Kanton Schaffhausen gibt es bisher keine Ärzte, welche in Palliative Care auf Niveau B1 oder spezialisiertem Niveau (B2 - C) ausgebildet sind. Die onkologischen Palliativ-Patienten werden von den niedergelassenen Onkologen betreut, jedoch nur im Gebiet Onkologie. Die am Kantonsspital tätige Ärzteschaft ist in Organisationsstrukturen eingebunden, die primär auf die Anforderungen des stationären Spitalbetriebes ausgerichtet sind. Für den Aufbau eines bedarfsgerechten MPCD ist es bei allen in Frage kommenden Varianten nötig, die Verfügbarkeit des ärztlichen Palliative Care Supports verbindlich zu regeln.

Vertieft wurde die Frage diskutiert, ob der Anbieter des MPCD weiterhin bei der Grundversorgung mitwirken kann. Vor allem die SEOP unterstrich die positive Auswirkung der Kombination von beidem aufgrund des persönlicheren Patientenkontakts. Die Projektgruppe stuft dies als unproblematisch ein, soweit es zu keiner konkurrenzierenden Patientenabwerbung des MPCD kommt.

Zuständigkeit / Finanzierung

Die ärztlichen Leistungen können überwiegend über Tarmed abgerechnet werden. Die Spitex kann die unmittelbaren Einsätze des MPCD bei den Patienten ebenfalls nach den üblichen

[46] Wächter-Matthias (II), 2015, S. 22; Konzept TG, S.26, MPCD umgerechnet auf Kanton SH: 0.6 Pflegepensen, 0.4 Arztpensen

Tarifen zu Lasten der Versicherer und der Gemeinden verrechnen. Der beratende Zweitliniendienst ist jedoch nicht abgegolten. Aufgrund der höheren Bereitschaftskosten, der längeren Wegzeiten in einem grossräumigen Versorgungsgebiet, der Lohnkosten des höher qualifizierten Personals sowie des Zusatzaufwandes für Koordination, Weiterbildung, Prozessmanagement, QS, etc. fallen weitere ungedeckte Zusatzkosten an, die über die Tarife nicht abgegolten werden und dem entsprechend aus Steuermitteln oder anderen Quellen finanziert werden müssen.

Die Höhe des Mittelbedarfs aus Steuermittel ist im Wesentlichen von folgenden Faktoren abhängig:

a) vom Ausmass der Pikettbereitschaft, die vom MPCD im Rahmen des Leistungsauftrages verlangt wird;

b) von den Synergien, die der beauftragte Leistungserbringer im Zusammenhang mit seinen traditionellen Kernaufgaben bzw. den bereits verfügbaren Ressourcen nutzen kann;

c) der allfälligen Beibringung von Spendengeldern und möglichen Beiträgen aus anderen Quellen.

Beim Leistungsauftrag für einen MPCD handelt es sich um eine Spezialaufgabe, die kantonal einheitlich erbracht werden muss und gemäss Art. 2 AbPG in die Zuständigkeit des Kantons fällt. Der Leistungsvertrag hierzu sollte an eine Zertifizierung innert 3 Jahren gekoppelt werden.

6.3.2 Sozialmedizinische Institution mit Palliative Care Auftrag (Hospiz) inkl. Tages und Nachtstrukturen für Palliative Care Patienten

Bedarf

Betagte Personen, die schon vor dem Eintreten eines palliativen Pflegebedarfes in einem Alterspflegeheim lebten, werden im Kanton Schaffhausen mehrheitlich bis zum Lebensende in der angestammten Einrichtung betreut. Die wachsenden Schwierigkeiten der Heime bei der Rekrutierung von qualifiziertem Pflegepersonal (Tertiärstufe) stellen für deren Leistungsfähigkeit im palliativen Bereich allerdings ein grosses Problem dar. Die angestrebte Schaffung eines MPCD soll deshalb dazu beitragen, die Tragfähigkeit der Heime zu stärken.

Im Zuge der Reduktion von Langzeitpflegekapazitäten der SSH ist es notwendig, die traditionelle Aufgabenzuordnung für die jüngeren Palliativ-Patienten und für Personen mit einem kurzfristigen stationären Pflegebedarf zu überprüfen und verbindlicher als bisher zu klären. Unter Beachtung der Leistungen der kommunalen Heime sowie der Planungswerte anderer Kantone kann der Bedarf an spezifischen "Hospiz-Plätzen" für den Kanton Schaffhausen auf eine Grössenordnung von 4 - 5 Betten beziffert werden.[47]

Neben stationären Hospizplätzen sieht das nationale Konzept Palliative Care auch die Bereitstellung von teilstationären Tages- und Nachstrukturen für Palliativ-Patienten vor. Gemäss EAPC ist für die Region Schaffhausen aufgrund ihrer Einwohnerzahl mit einem Bedarf von 1 - 2 Plätzen zu rechnen. Die Bereitstellung separater Strukturen ist bei diesem Bedarf nicht denkbar. Vielmehr drängt es sich auf, die Bereitstellung eines teilstationären Angebotes in den Leistungsauftrag für die stationären Hospizbetten zu integrieren.

[47] BAG (IV) 8.1012, S. 20 ff.

Massnahmen / Varianten / Ausgestaltung Leistungsauftrag

Aus Gründen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit sind palliative Hospizplätze mit Vorteil im Rahmen einer grösseren Institution, die auf einen namhaften Pool qualifizierter Fachkräfte (Tertiärstufe) zurückgreifen kann, anzubieten. Da die meisten Patienten möglichst wohnortsnah betreut werden sollten, liegt es zudem nahe, eine Institution im Zentrum des Kantons mit der Aufgabe zu betrauen. Im Vordergrund stehen dem entsprechend die folgenden möglichen Anbieter:

a) die Spitäler Schaffhausen,
b) die kommunalen Pflegeheime der Stadt Schaffhausen und der Gemeinde Neuhausen am Rheinfall,
c) die privaten Pflegeheime La Résidence, Schaffhausen, Schönbühl, Schaffhausen, und Ruhesitz, Beringen.

Alle genannten Einrichtungen kommen grundsätzlich auch als Träger des MPCD in Frage. Die Vergabe der entsprechenden Leistungsaufträge ist deshalb mit Vorteil in einer übergreifenden Gesamtperspektive zusammen mit dem Leistungsauftrag MPCD zu beurteilen.

Zentral bedeutsam ist die Erfordernis, dass die mit dem speziellen Leistungsauftrag eines Palliativ-Hospizes betraute Einrichtung eine hohe Aufnahmebereitschaft für Personen mit einem entsprechend ausgewiesenem Betreuungsbedarf gewährleisten kann und muss. Dieser Aspekt ist nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für die Spitäler wichtig, da diese aus betrieblichen und wirtschaftlichen Gründen darauf angewiesen sind, Patienten, bei denen kein akuter ärztlicher Behandlungsbedarf mehr besteht, aus dem Akutspital zu entlassen und in eine entsprechend qualifizierte Pflegeeinrichtung zu überweisen.

Zuständigkeit / Finanzierung

Die im Rahmen eines "Hospiz"-Konzeptes erbrachten Leistungen unterliegen nach den Vorgaben des KVG den Finanzierungsregeln für Pflegeheime. Demnach sind die Kosten wie folgt zu decken:

- Pauschalbeiträge der Krankenversicherer in Abhängigkeit vom Pflegeaufwand bis zur maximalen Pauschale gem. Art. 7a Abs. 3 KLV (aktuell Fr. 108.- pro Tag);
- Hotellerie- und Betreuungskosten + Fixbeitrag Fr. 21.60 pro Tag an die Pflege zu Lasten der Patienten;
- Finanzierung der "Restkosten der Pflege" zu Lasten der Gemeinden (mit Refinanzierung zu 50 % durch den Kanton im Folgejahr).

Für die Restkosten der Pflege legt der Regierungsrat Richtwerte fest, welche in der "normalen" Langzeitpflege der meisten Heime eine kostendeckende Finanzierung ermöglichen sollen. Für die Finanzierung von spezialisierten palliativen Hospizbetten sind diese Normbeiträge allerdings bei weitem nicht genügend.

- Viele Beratungsleistungen und Gespräche mit Patienten und Angehörigen, die zum Grundkonzept einer palliativen Betreuung gehören, sind gegenüber den Versicherern nicht als Pflegeleistungen anrechenbar.
- Zudem können auch die engeren Pflegeleistungen, die grundsätzlich verrechenbar wären, bei palliativen B-Patienten den maximalen anrechenbaren KVG-Normwert von 2 Stunden pro Tag teilweise massiv übersteigen.

- Im Weiteren bringen die verlangte kurzfristige Aufnahmebereitschaft sowie die kurzen mittleren Aufenthaltszeiten erhebliche Zusatzkosten und Ertragsausfälle mit sich.

Angesichts dieser Besonderheiten ist der kostendeckende Betrieb von stationären Hospiz-Plätzen nur möglich, wenn die Finanzierung durch markant erhöhte Beiträge der öffentlichen Hand zur Restfinanzierung der Pflege gesichert werden kann. Die höheren Beiträge werden nur entrichtet, wenn die Zertifizierung innert 3 Jahren erfolgt.

6.3.3 Palliativ-Ambulatorium

Der MPCD ist primär darauf ausgerichtet, die Heime und die Spitex-Dienste sowie die ärztlichen Grundversorger bei der Betreuung von Palliativpatienten, die zuhause oder im Heim leben, zu unterstützen. Daneben besteht oftmals auch bei Palliativ-Patienten, die noch selbst mobil sind, ein spezialisierter Beratungsbedarf, der bislang im Wesentlichen durch die behandelnden Ärzte, durch spezialisierte Beratungsdienste (Krebsliga, Lungenliga, Spital u.a.) abgedeckt wird.

Die bestehenden Angebote decken sehr vielfältige Bedürfnisse ab. Sie sind für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen allerdings schwer überschaubar und die Koordination der Leistungen ist in vielen Fällen schwierig. Eine übergreifende interprofessionelle Palliative Care Sprechstunde (mit Palliativmediziner und Pflege) gibt es in Schaffhausen bislang nicht. Die Schaffung eines derartigen Angebotes könnte dazu beitragen, die übrigen Leistungsanbieter zu entlasten und die Koordination zu verbessern.

Die Kompetenzen, die im Rahmen des Palliativ-Ambulatoriums verfügbar sein müssen, stimmen weitestgehend mit denjenigen des MPCD überein. Zudem sind auch die Partner der Zusammenarbeit im Wesentlichen deckungsgleich. Dem entsprechend liegt es nahe, den Leistungsauftrag für den bedarfsgerechten Ausbau einer koordinierten ambulanten Palliativ-Beratung zusammen mit dem Auftrag für den MPCD zu vergeben.

Ein erheblicher Teil der Leistungen eines Palliativ-Ambulatoriums ist grundsätzlich zu Lasten der Versicherer verrechenbar. Die Finanzierung der verbleibenden Restkosten wird im Gesamtkontext des Leistungsauftrages MPCD zu klären sein.

6.3.4 Telefonische Beratungsstelle / Notrufnummer (Pallifon)

Als Ergänzung zur Beratung durch das Palliativ-Ambulatorium, den MPCD oder den PKD kommt die Bereitstellung eines telefonischen Auskunftsdienstes mit durchgehender Notfallbereitschaft in Frage. Grundsätzlich sollten Patienten und Angehörige im Vorfeld darüber informiert werden, was sie bei denkbaren Notfallsituationen tun können. Kommt es dann dennoch zu Notfallsituationen und weder ein qualifizierter Arzt noch eine Pflegeperson ist erreichbar, können in manchen Kantonen die Palliative Care Patienten das Pallifon nutzen (www.pallifon.ch). Das Pallifon darf bei teilnehmenden Kantonen auch von Grundversorgern (Hausarzt, Spitex, Heime) in Notfallsituationen kontaktiert werden und bietet somit eine Art telefonische Zweitlinienberatung nachts sowie an Sonn- und Feiertagen.

6.4 Palliative Spezialversorgung im Spital

6.4.1 Spitalinterner Palliativ-Konsiliardienst (PKD)

Bedarf

Die nationalen Empfehlungen gehen davon aus, dass bei Spitälern ab 250 Betten der Akutversorgung ein Palliativteam benötigt wird.[48] Die Spitäler Schaffhausen liegen mit ca. 210 Akutbetten unter diesem Normwert. Angesichts der demografischen Situation des Kantons Schaffhausen (hoher Betagten-Anteil), der relativ grossen Distanzen der peripheren Gemeinden gegenüber den nächstgrösseren ausserkantonalen Spitälern sowie der traditionell relativ grossen Versorgungsautonomie des Kantons ist es gleichwohl angezeigt, die Schaffung eines PKD an den Spitälern Schaffhausen voranzutreiben.

Massnahmen / Varianten / Ausgestaltung Leistungsauftrag

Für die Sicherstellung eines qualifizierten PKD in den Spitälern Schaffhausen gibt es grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die in der Projektgruppe kontrovers diskutiert wurden. Möglich wären folgende Varianten:

a) Die Bildung eines internen PKD mit eigenem Personal der Spitäler Schaffhausen;

b) die Schaffung eines integrierten regionalen Dienstes, der die Aufgaben eines spitalinternen PKD und eines MPCD für spitalexterne Nutzer in Personalunion wahrnimmt.

c) die Verpflichtung eines niedergelassenen Palliativmediziners als Belegarzt;

d) der situative Beizug eines Palliativ-Teams aus einem ausserkantonalen Partnerspital;

Mit Blick auf eine möglichst enge Vernetzung und hohe Akzeptanz des Dienstes innerhalb der Spitäler sowie als Voraussetzung einer niederschwelligen Nutzung ist die Bildung eines eigenen spitalinternen Konsiliardienstes grundsätzlich vorzuziehen. Auch die bessere Verfügbarkeit der Fachexpertise für einen kontinuierlichen internen Wissenstransfer und zur Qualitätssicherung sprechen für diese Variante.

Eine andere Option wäre, einen niedergelassenen Palliativmediziner als Belegarzt bzw. nebenamtlichen Konsiliararzt in die Betreuung von Palliativpatienten der Spitäler zu integrieren, wie sie z.B. am Spital Wetzikon (GZO) praktiziert wird. Die Leistungen für die Spitaler in der Qualitätsentwicklung sowie die Versorgungsqualität der Patienten wären bei dieser Variante aber geringer, da der Belegarzt vom Spital als externe Person wahrgenommen wird.

Ähnliches gilt in verstärktem Masse auch für die Option, den PKD der Spitäler Bülach oder/und Winterthur per Leistungsvertrag zu beauftragen. Da Palliative Care zum grundsätzlichen Basisangebot der Spitäler Schaffhausen gehört und diese Variante neue Abhängigkeiten kreieren würde, wird sie nicht priorisiert. Ausserdem würde der ausserkantonale PKD nur konsiliarische Aufgaben auf Abruf übernehmen. Die für eine Qualitätsverbesserung notwendige Unterstützung bei Strukturaufbau, Vernetzung und Fortbildungen würde entfallen. Sinnvoll ist jedoch eine Zusammenarbeit der PKD untereinander für den Austausch von Expertise oder die Abdeckung von Randzeiten (Pikett).

Das Modell eines integrierten regionalen Dienstes, der die Heime und die ambulante Versorgung im Sinne eines MPCD unterstützt und in Personalunion zugleich die Aufgaben eines

[48] BAG (IV), 8.2012, S.27; EPAC 2010

spitalinternen Konsiliardienstes (PKD) wahrnimmt, wurde von der Projektgruppe kontrovers beurteilt. Insbesondere von spitalärztlicher Seite wurde die Auffassung vertreten, dass ein kombinierter Dienst (MPCD und PKD) aufgrund unterschiedlicher Kulturen schwierig zu gewährleisten wäre. Der PKD ist daher als eigenständiges Modul auszuschreiben.

Zuständigkeit / Finanzierung

Im Rahmen des Tarifsystems der DRG-Fallpauschalen können direkt patientenbezogene Leistungen des PKD im Rahmen von gesondert definierten Komplexpauschalen teilweise finanziert werden. Der PKD unterstützt das Behandlungsteam der Bettenstationen dabei, die CHOP Codes zu generieren. Eine Vergütung der Pauschalen wird künftig daran geknüpft sein, dass die Dienstleistung durch einen zertifizierten PKD erbracht wird.[49] Ein Leistungsauftrag ist daher an eine Zertifizierung des PKD innert 3 Jahre zu koppeln.

Neben diesen unmittelbar verrechenbaren Leistungen übernimmt der PKD auch konsiliarische Leistungen sowie Aufgaben der Koordination, Konzeptentwicklung und Fortbildung, die über Tariferträge nicht finanziert werden können. Somit verbleibt ein finanzieller Unterstützungsbedarf des Kantons, da nur so eine niederschwellige Etablierung des Dienstes in den SSH gewährleistet ist.

6.4.2 Spezialisierte Palliativstation

Bedarf

Nach den Erhebungen und Prognosen der nationalen Strategie Palliative Care ist damit zu rechnen, dass pro 100'000 Einwohner ca. 20 - 30 Menschen pro Jahr einen hoch komplexen palliativen Betreuungsbedarf haben, der eine Spitalbehandlung auf einer Schwerpunktstation Palliative Care erforderlich macht. Bei einer typischen mittleren Aufenthaltsdauer von 15 - 20 Tagen resultiert für das Einzugsgebiet der Spitäler Schaffhausen eine erwartbare Belegung im Rahmen von maximal 600 Pflegetagen pro Jahr, entsprechend einem mittleren Kapazitätsbedarf von knapp 2 Betten. Das EAPC rechnet mit 80 bis 100 Palliativbetten pro 1 Million Einwohnern (Akut- und Hospizbetten), d.h. 4 Betten für die Region Schaffhausen inkl. Umland. Der tatsächliche Bedarf hängt von der Tragfähigkeit der anderen Dienste ab und ist daher durch Datenerhebungen zu evaluieren.[50]

Massnahmen / Varianten / Ausgestaltung Leistungsauftrag

Aufgrund der kleinen Fallzahlen, die in der Versorgungsregion Schaffhausen zu erwarten sind, stellt die Schaffung einer organisatorisch eigenständigen Palliativstation im Akutbereich des Kantonsspitals Schaffhausen zum heutigen Zeitpunkt keine realistische und wirtschaftlich vertretbare Option dar. Mit Blick auf eine qualitativ optimierte Versorgung ist es aber angezeigt, eine Schwerpunktstation Palliative Care zu bezeichnen, die bezüglich Personalressourcen (Stellenplan und Qualifikation), Betriebskonzept und Räumlichkeiten für die Betreuung von Palliativ-Patienten besonders qualifiziert ist, in der neben diesem Spezialauftrag aber auch weiterhin Patienten ohne spezielle Palliativ-Anforderungen betreut werden.

[49] Liste B (palliative.ch (II), 2011

[50] BAG (IV), 8.2012, S.19; EPAC 2010

Problematisch an einem solchen Konzept ist der Umstand, dass eine derartige Schwerpunktstation nicht als Palliativstation im Sinne der landesweiten Normen zertifiziert werden könnte, da der dort geforderte Mindestbestand von 8 spezialisierten Palliativ-Betten nicht erreicht wird. Zudem werden damit auch die Anforderungen für eine Anerkennung als Palliativ-Zentrum im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich nicht erfüllt.[51] Abklärungen haben ergeben, dass eine allfällige enge Kooperation mit der Palliativ-Station eines anderen Spitals (z.B. Bülach, Winterthur) nicht als Station unter 2 Dächern anerkannt wird. Die fehlende Zertifizierung und kantonsübergreifende Anerkennung wird die Finanzierung erschweren, da die Verrechnung von erhöhten Palliativ-Tarifen gegenüber den Krankenversicherern mittelfristig nur im Rahmen von zertifizierten Palliativ-Stationen möglich sein wird.

Eine Qualitätssteigerung der Versorgung zu tragbaren Kosten ist angesichts der beschränkten Fallzahlen nur möglich, wenn das spezialisierte Personal, das zur Betreuung von komplexen Palliativ-Patienten auf der entsprechenden Schwerpunktstation benötigt wird, zugleich auch für unterstützende und beratende Leistungen bei andernorts betreuten Patienten beigezogen werden kann. Naheliegend ist dabei, dass das interprofessionelle Palliativ-Team der Schwerpunktstation zugleich beratende Aufgaben für die übrigen Abteilungen und Stationen der Spitäler Schaffhausen (inkl. Übergangspflege, Langzeitpflege und Psychiatrie) übernimmt.

Zuständigkeit / Finanzierung

Der Aufbau und Betrieb einer Schwerpunktstation Palliative Care wird Zusatzkosten verursachen, die nur zu kleinen Teilen über erhöhte Tarifeinnahmen refinanziert werden können. Dem entsprechend ist das anvisierte Konzept nur realisierbar auf der Basis einer bedarfsgerechten Vergütung der Zusatzkosten durch den Kanton im Rahmen des Leistungsauftrages und der zugehörigen Kontrakte. Ein Leistungsauftrag ist wiederum an eine Zertifizierung innert 3 Jahren zu koppeln.

6.5 Unterstützende Dienste

Bedarf

Für die psycho-soziale Betreuung im Bereich Palliative Care stehen Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikation, Psychologen und Sozialarbeiter der Spitäler, der Krebsliga und verschiedener Beratungsstellen für Beratungen zur Verfügung. Das Angebot wird rege genutzt. Sollten psychotherapeutische Begleitungen notwendig werden, sind im Kanton Schaffhausen über 75 Psychotherapeuten und 23 Psychiater zugelassen, auf welche im Bedarfsfall zurückgegriffen werden könnte.

Im Seelsorgebereich bemühen sich die Landeskirchen um kontinuierliche Fortbildungen, weshalb ein Grundverständnis für Palliative Care bei den Seelsorgenden zunehmend selbstverständlich wird. Eine Verbesserung ist beim Einbezug der Seelsorgenden in die interdisziplinäre Teamarbeit anzustreben.

Spirituelle Betreuung für Menschen, die einer anderen (oder keiner) Religionsgemeinschaft angehören, muss in guter Zusammenarbeit mit den Betreffenden gesucht werden. In der Regel muss man sich bei den Angehörigen erkundigen, welcher Religionsgemeinschaft (Religion, Sprache, Herkunftsland) sie angehören und wo sie eine Vertrauensperson haben. In manchen

[51] Geforderte Mindestkapazität 8 Betten / 100 Eintritte pro Jahr vgl. Palliative.ch (I) 2016 und Konzept Kanton ZH, 2006

Kulturen (z. B. im Islam) ist in erster Linie die (Gross-) Familie für die spirituelle Betreuung im Zusammenhang mit Krankheit und Sterben zuständig.

Die Freiwilligenarbeit im Kanton ist etabliert. Die Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker nimmt eine Schlüsselposition ein. Weitere Angebote sind z.T. auf Gemeindeebene, durch die Kirchen oder über die Spitex organisiert. Freiwillige können jedoch noch stärker als bisher in die Versorgung eingebunden werden. Eine Liste der verfügbaren Freiwilligenangebote und den dazugehörenden Kontaktadressen muss zur Verfügung stehen (siehe Liste im Anhang 4).

Angehörige sind stark belastet, wenn sie eine nahestehende Person beim Sterben begleiten. Schon jetzt stehen Entlastungsangebote auf dem gesamten Kantonsgebiet zur Verfügung, welche durch den Kanton subventioniert werden (Rotes Kreuz Schaffhausen, Pro Senectute). Diese Dienste sollten frühzeitig einbezogen werden.

Der Verein Palliative Care Zürich Schaffhausen trägt zur Sensibilisierung und Förderung des Verständnisses für Palliative Care in der Bevölkerung bei. Er bietet Raum für den Austausch von betroffenen und interessierten Menschen (z.B. Palliative Café). Er engagiert sich im Bereich Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. Für diese Angebote besteht weiterhin Bedarf.

Massnahmen / Optionen

Der Einfluss des Kantons ist hier begrenzt, da die Anbieter zuständig sind. Bei den folgenden Massnahmen handelt es sich deshalb überwiegend um Empfehlungen.

a) Die Anbieter von unterstützenden Diensten stellen berufsspezifische stufengerechte Fortbildungskurse für ihre Mitarbeitenden sicher. Durch Teilnahme an interprofessionellen Aus- und Fortbildungen in der Region könnten sich Fachpersonen aus anderen Berufsgruppen kennenlernen und die Zusammenarbeit einüben. Bei der Planung von regionalen Fortbildungen sollten deshalb nicht nur die Gesundheitsberufe im engeren Sinn (Ärzteschaft, Pflege) berücksichtigt werden, sondern andere Professionen (Seelsorge, Psychologie, Sozialarbeit, Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung) wenn möglich einbezogen werden.

b) Die Anbieter der unterstützenden Dienste sollen um eine Supervision besorgt sein.

c) Es braucht Massnahmen, um die formalisierte Vernetzung der unterstützenden Dienste in der Versorgung zu verbessern und kontinuierlich zu fördern, so dass der Einbezug dieser in die interprofessionelle Teams (runder Tisch) eine Selbstverständlichkeit wird, sowohl in der Grundversorgung als auch in der spezialisierten Versorgung.

d) Die unterstützenden Dienste sollten über ein Palliativkonzept verfügen. Vice versa haben die Behandlungsteams im engeren Sinne (Arzt, Pflege) die Zusammenarbeit mit den unterstützenden Diensten in ihren Konzepten festzuhalten.

e) Der niederschwellige Zugang zu Entlastungsangeboten ist zu verbessern. Patient und Angehörige sind auf Angebote verstärkt hinzuweisen.

f) Die Öffentlichkeitsarbeit sowie die bedarfsgerechte Information und der Austausch Betroffener sind auszubauen. Aufgaben, denen sich u.a. der Verein Palliative Care Zürich Schaffhausen weiterhin annimmt.

6.6 Koordination, Kommunikation und Qualitätssicherung

Bedarf

Neben der unmittelbaren Betreuung der einzelnen Patienten durch die einzelnen Leistungserbringer kommt in der Palliative Care der übergreifenden Koordination und Abstimmung zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und Behandlungspartnern eine herausragende Bedeutung zu. An den Übergängen und Schnittstellen zwischen Spitälern, den Heimen, den ambulanten Leistungserbringern der Pflege zu Hause und den Haus-/Heimärzten bestehen grosse Risiken, welche die Versorgungsqualität für die betroffenen Personen stark beeinträchtigen können. Zudem können aufgrund einer ungenügenden Kommunikation zwischen den verschiedenen Partnern der Versorgungskette auch massive Zusatzkosten ohne relevanten Nutzen entstehen (unnötige Rückverlegungen ins Spital u.a.).

Zur Optimierung der Koordination und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie auch zur Förderung einer übergeordneten Qualitätssicherung nach gemeinsamen Standards ist es angezeigt, eine fachlich qualifizierte Stelle mit einem entsprechenden Leistungsauftrag zu betrauen. Diese Stelle übernimmt auch Aufgaben im Bereich der Information der Grundversorger und der Öffentlichkeit. Sie achtet darauf, dass beim Austausch von Daten und Informationen der Datenschutz gewahrt bleibt.[52]

Massnahmen / Varianten / Ausgestaltung Leistungsauftrag

Die Übertragung der Koordinationsaufgabe wird am Ort der Fachexpertise gesehen. Die Projektgruppe diskutierte die Übertragung an den PKD oder MPCD. Die Übertragung an den PKD birgt die Gefahr, dass die Sichtweisen und Möglichkeiten der spitalexternen Partner der Palliative Care nur ungenügend wahrgenommen werden und sich die künftige Palliativversorgung ggf. in einem traditionellen Sinne eher "spitallastig" entwickeln könnte. Nach Auffassung der Projektgruppe soll deshalb die Aufgaben der Palliative Care Koordinationsstelle an die Trägerschaft des MPCD gekoppelt sein. Die Beauftragung einer spitalexternen Stelle ist besser geeignet, die Leistungsfähigkeit der Heime und der ambulanten Versorgungsnetze, deren Ausbau von weiten Teilen der Bevölkerung gewünscht und gefordert wird, ins Zentrum zu stellen und somit die Grundversorgung zu stärken. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird sowohl bei den Grundversorgern als auch in der Vernetzung mit den spezialisierten Diensten systematisch gefördert (u.a. durch Rahmenvorgaben oder regelmässige institutionalisierte Netzwerkveranstaltungen). Die Koordinationsstelle engagiert sich bei der Öffentlichkeitsarbeit.

Zuständigkeit / Finanzierung

Die Sicherstellung einer genügenden Koordination, Kommunikation und Qualitätssicherung gehört nach den Grundsätzen des Gesundheitsgesetzes, des Spitalgesetzes sowie des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes klar in der Zuständigkeit des Kantons. Dem entsprechend ist es Sache des Kantons, den entsprechenden Leistungsauftrag zu erteilen und für die Deckung der nicht anderweitig finanzierbaren Kosten einzustehen.

[52] Informationsbroschüre, BAG XI, 2014

7 Weiteres Vorgehen

7.1 Übersicht Massnahmen

Aufgrund der getroffenen Abklärungen wurden die folgenden prioritären Handlungsfelder zur Verbesserung der Palliativ-Versorgung identifiziert:

1. Lancierung einer Fortbildungsoffensive Palliative Care für alle Träger der medizinischen und pflegerischen Grundversorgung im Kanton (Spitexdienste, Heime, Ärzteschaft und Spitäler). Die Fortbildungsoffensive ist geknüpft an das Initiieren und Umsetzen von Qualitätssicherungsmassnahmen (Konzepte, Schaffung von Strukturen).
2. Schaffung eines Mobilen Palliative Care Dienstes (MPCD), der die Leistungsanbieter der dezentralen Grundversorgung bei der Betreuung von Palliativpatienten in Situationen mit erhöhter Komplexität beraten und unterstützen kann. An den MPCD wird die Aufgabe der Koordinationsstelle Palliative Care geknüpft, die sich für eine optimierte Patientenbetreuung und Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern einsetzt und die sich zudem um die Qualitätssicherung, eine verbesserte Kommunikation und die Öffentlichkeitsarbeit in allen Belangen der Palliative Care kümmert. Das MPCD stellt das Ambulatorium.
3. Einrichtung einer spezialisierten Pflegestation für komplexe Palliativpatienten (Hospiz-Station) in einem grösseren Alterspflegeheim oder in den Spitälern Schaffhausen.
4. Konzeptanpassungen und Stärkung der Ressourcen für die Betreuung von palliativen Akutpatienten in den Spitälern Schaffhausen (Sicherstellung eines Palliativ-Konsiliardienstes).

7.2 Nächste Schritte zur Variantenklärung - modulare Ausschreibung

Im Projektauftrag des Departementes des Inneren wurde ursprünglich vorgesehen, dass eine Bündelung aller Aufgaben bei den Spitälern Schaffhausen die beste Lösung für den Kanton darstellt. Es wurde davon ausgegangen, dass die Leistungsaufträge sowohl für den MPCD / PKD als auch für die Hospiz-Station den Spitälern Schaffhausen zu übertragen seien. Die in anderen Kantonen umgesetzten Lösungen zeigen jedoch verschiedene andere Möglichkeiten, die vor allem für kleinere Kantone ebenfalls gute Strukturen versprechen und dass eine Übertragung der einen und / oder der anderen Aufgabe an einen spitalexternen Partner spezifische Vorzüge hätte.

Ein Konsens über die bevorzugten Varianten konnte innerhalb der Projektgruppe auf dem aktuellen Stand der Abklärungen noch nicht erreicht werden.

- In der Diskussion gab es verschiedene Stimmen für die Bildung eines starken, unabhängig über die Versorgungsgrenzen hinweg agierenden Palliative Care Teams, welches die Integration von Palliative Care in die bestehende regionale Gesundheitsversorgung vorantreiben soll, die Angebote der spezialisierten Palliative Care in sich vereint und somit Synergien nutzt.
- Aus der Sicht der Spitäler wurde dem gegenüber die grosse Dringlichkeit betont, die spitalinternen Ressourcen für die palliative Betreuung von sterbenden Patienten zu

verstärken. Die Option eines institutionsübergreifenden Palliative Care Teams, das die Bedürfnisse der spitalexternen Partner und Patienten abdecken und zugleich als Konsiliardienst in den Spitälern wirken soll, wurde von dieser Seite als kaum praktikabel und wenig hilfreich eingestuft. Die unterschiedlichen Kulturen, Rahmenbedingungen und Umfeld sowie die Prozesse und nicht zuletzt auch die Abrechnungssysteme werden als so gross beurteilt, dass ein separates Vorgehen angezeigt ist.

Aufgrund der divergierenden Einschätzungen und Interessen innerhalb der Projektgruppe drängt es sich auf, vor einem abschliessenden Entscheid auf der Basis des vorliegenden Zwischenberichts noch vertiefende Gespräche bezüglich der abzudeckenden Module mit allen Leistungsanbietern, die für einen Leistungsauftrag im Bereich Palliative Care in der einen oder anderen Form in Frage kommen, zu führen. Unter Berücksichtigung der Grösse, der Leistungsfähigkeit und der spezifischen fachlichen Ausrichtung der bestehenden Angebote sind dabei insbesondere die folgenden Organisationen und Trägerschaften einzubeziehen:

1. Die Spitäler Schaffhausen, deren Leistungsauftrag bezüglich Palliative Care in jedem Fall neu festzulegen und bedarfsgerecht zu konkretisieren bzw. zu erweitern ist;
2. die Stadt Schaffhausen und die Gemeinde Neuhausen am Rheinfall, die als Träger grosser Heime und Spitex-Organisationen für umfassende Leistungsaufträge in den Bereichen MPCD, Hospiz und Koordinationsstelle in Frage kommen;
3. die privaten Pflegeheime Schönbühl, Schaffhausen, La Résidence, Schaffhausen, und Ruhesitz, Beringen, als grosse, zentral gelegene Heime und mögliche Träger einer palliativen Hospiz-Station;
4. die Krebsliga Schaffhausen als Trägerin der Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP), die - verstärkt und unter Einbezug eines Partners für die ärztlichen Leistungen - für den Leistungsauftrag eines Mobilen Palliative Care Dienstes in Frage kommt und die Koordinationsstelle als auch das Ambulatorium anbietet.

In Abhängigkeit vom Verlauf der Gespräche ist vorgesehen, die interessierten Partner zur Offertstellung für die Erteilung der entsprechenden Leistungsaufträge einzuladen.

7.3 Finanzielle Proportionen (Ausblick)

a) Fortbildungsoffensive Grundversorgung Pflege und Ärzte (Investition einmalig)

Auf der Ebene des Pflegepersonals in den Spitälern, Heimen und Spitex-Organisationen soll sichergestellt werden, dass pro betroffene Station bzw. Pflegeteam mit Palliative Care Patientenkontakt je ein leitender Thementräger und eine Stellvertretung in Palliative Care auf Niveau B1 ausgebildet werden. Dazu müssten im Rahmen der vorgeschlagenen Fortbildungsoffensive kantonsweit ca. 140 Pflegefachpersonen geschult werden.

Die Fortbildung von niedergelassenen Ärzten soll in speziell auf Ärzte abgestimmten Gruppenkursen erfolgen (4 Fortbildungstage). Je nach Interesse der Ärzte wird mit zwei bis drei Kursen gerechnet. Bei Heimärzten werden auch Kurse auf Niveau B1 und ggf. B2 finanziell unterstützt.

Total werden für die Durchführung der vorgesehenen Fortbildungsoffensive mit Kosten in der Grössenordnung von rund Fr. 400'000 gerechnet. Ausfallzeiten werden von den Leistungserbringern getragen.

b) Mobiler Palliative Care Dienst inkl. Koordinationsstelle und Ambulatorium (wiederkehrende Ausgaben)

Die qualifizierte Personalbesetzung der Stelle erfolgt über den Anbieter. Dieser ist auch um die Infrastrukturen und eine Zertifizierung besorgt. Es werden, je nach Inanspruchnahme und Engagement im Bereich Koordination, Kosten im Umfang von Fr. 200'000 bis 250'000 pro Jahr zu Lasten des Kantons erwartet.

c) Sozialmedizinische Institution mit Palliative Care Auftrag (Hospiz) inkl. Tages-/Nachtstrukturen (wiederkehrende Ausgaben)

Nach aktuellem Kenntnisstand werden hier wiederkehrende Mehraufwendungen für erhöhte Personalkosten und Vorhalteleistungen von ca. Fr. 200'000 - 250'000 pro Jahr erwartet. Die Finanzierungszuständigkeiten von Kanton und Gemeinden werden im Rahmen der weiteren Projekt-Konkretisierungen noch zu klären sein.

d) Spital - verbesserte Grundversorgung und Sicherstellung Palliativ-Konsiliardienstes

Die Zusatzaufwendungen der SSH sind im Rahmen der Verhandlungen des Leistungsvertrages zwischen Kanton und Spital zu klären.

8 Schlusswort

Das Ziel des Konzeptes ist, eine qualitativ hochstehende und flächendeckende Palliative Care-Versorgung im Kanton Schaffhausen zu etablieren. Hierzu braucht es insbesondere die Unterstützung der Bevölkerung, von politischen Verantwortungsträgern, der Institutionen und Organisationen sowie der Ärzteschaft.

Im Mittelpunkt stehen Menschen, die durch ihren Krankheitsprozess mit der Verletzlichkeit und Endlichkeit des Lebens konfrontiert sind. Die Humanität einer Gesellschaft zeigt sich daran, wie sie mit diesen Kranken und Sterbenden umgeht. "Die Schwachen, die Alten, die Kranken und die Sterbenden zu schützen, ist die Würde der Gesunden." [Klaus Dörner].

Durch ein optimales Zusammenspiel von Fachleuten, Betroffenen und Freiwilligen sollen Leiden und Schmerzen verhindert, gelindert oder erträglich gemacht werden. Gerade in dieser existenziellen Lebensphase ist das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität für die Kranken und Angehörigen zentral.

Auf welche Art und Weise ein nahestehender Mensch stirbt, hat grosse Auswirkungen auf die Hinterbliebenen, auf deren eigene Gesundheit, Wohlbefinden und Trauer. Aber auch die Zufriedenheit der betreuenden Fachleute bei deren verantwortungsvollen Arbeit steigt, wenn Leiden erfolgreich gelindert werden kann.

Wenn es gelingt durch kompetentes Wirken für die Betroffenen Sicherheit und Zuversicht zu schaffen, dann kann Abschied und Sterben nach individuellen Vorstellungen gestaltet werden, und der Schrecken von Sterben und Tod wird "zumindest" etwas gelindert.

"Sie (Patienten) sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können." (Cicely Saunders)

Literaturverzeichnis

Auerbach H., 2013. Bedarfsanalyse Hospizbetten in der Gesundhetisregion Winterthur. Online: http://www.pallnetz.ch/cm_data/130418_Schlussbericht_VPCWA_final.pdf, [Zugriff am 1 2016].

BAG (I), 10.2012. Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. www.bag.admin.ch.

BAG (II), 7.2014. Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz, eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care. www.bag.admin.ch/palliativecare > Grundlagen > Rahmankonzept.

BAG (III), 1.2011. Nationale Leitlinien Palliative Care. www.bag.admin.ch, Best. Nr. 316.716.d.

BAG (IV), 8.2012. Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. www.bag.admin.ch.

BAG (V), 4.2011. Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care. www.bag.admin.ch.

BAG (VI), 2015. Allgemeine Palliaive Care - Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung. www.bag.admin.ch.

BAG (VII), 9.2012. Nationales Bildungskonzept - Palliative Care und Bildung. www.bag.admin.ch, BestNr. 316.718.d.

BAG (VIII), 9.2013. Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care, ambulante Pflege und Langzeitpflege. www.bag.admin.ch.

BAG (IX), 2014. Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige, Situationsanalyse und Handlungsbedarf in der Schweiz, Bericht des Bundesrates. www.bag.admin.ch [Zugriff am 1 2016].

BAG (X), 8.2014. Formelle Freiwilligenarbeit in der Palliative Care, Empfehlungen für kantonale und kommunale Behörden sowie interessierte Organisationen. www.bag.admin.ch, BestNr. 316.725.d.

BAG-(XI), 2014. Informationsblatt "Palliative Care: Lebensqualität bis zuletzt" für Hausärztinnen und Hausärzte: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13774/14899/index.html?lang=de [Zugriff am 30 3 2016].

BAG (XII), 2010. Schweizer Bevölkerung will Palliative Care. http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=32153, 9 3.

BAG-(XIII), 2016, Informationen für Fachpersonen, Broschüre "Das interprofessionelle Team in Palliative Care", http://www.bag.admin.ch [Zugriff am 1.10.2016]

BfS (I), 2014. Sterblichkeit, Todesursachen - Daten, Indikatoren, Todesfälle: Anzal, Entwicklung und Ursachen. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/data/01.html.

BfS (II), 2010. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2010-2060. Broschüre BfS, ISBN: 978-3-303-01251-2.

BfS (III), T01.03.02.01. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der kantone der Schweiz 2010-2035. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key_kant/01.html, [Zugriff am 01.2016].

Bigorio, p.-c., 2016. Best Practice Empfehlungen. http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice/, [Zugriff am 01.2016].

Burbach Ch., 2010. ...bis an die Grenzen: Hospizarbeit und Palliative Care. Huseboe: Vandenhoeck & Ruprecht.

Caritas (I), SRK, 7.2011. Nationales Konzept Bildung und Support zur Freiwilligenarbeit in der palliative Care. www.caritas.ch/freiwilligenarbeit; www.redcross.ch

Caritas (II), 2010. Begleitung in der letzten Lebensphase, Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care. www.caritas.ch.

EAPC, 2010. white paper on standards and norms for hospice and palliative care in europe. http://www.eapcnet.eu, [Zugriff am 1 2016].

Eychmüller S. I, 2012. SENS-Modell. Therapeutische Umschau, Band 69 (2), pp. 87-90.

Eychmüller S. II, 2014. SENS - eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care. https://www.palliative-stadt-sg.ch/wp-content/uploads/2015/06/2015-Fachartikel-SENS-S.-Eychm%C3%BCller.pdf, [Zugriff am 1 2016].

Fachhochschule-SG, 2015/2016. BREF: Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger älterer Menschen. www.fhsg.ch/angehoerige, [Zugriff am 2 2016].

Gómez-Batiste, 2012. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. BMJ Support Palliat Care, Band 0, pp. 1-9.

Gómez-Batiste, 9.2012. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. Wolters Kluwer Health, Band Vol. 6, Nr. 3, pp. 371-378.

Gómez-Batiste, 2005. Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 Years. Jorunal of Pain and Symptom Management, Volume 33, Issue 5, May 2007, Pages 584-590

Greer J., 2013. Early Integration of Palliative Care Services with Standard Oncology Care for Patients with Advanced Cancer. A Cancer Journal of Clinicans, Band 63, pp. 349-363.

Heller A., 2000. Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. In: F. i. Breisgau, Hrsg. s.l.: Lambertus-Verlag, 2. Auflage 2000, pp. 13-14.

Hennessy J., 2013. Practical Issues in Palliative and Quality-of-Life Care. Journal of Oncology Practice, Band 9, pp. 78-80.

HfH, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, 2015. Palliative Care für Menschen mit einer intellektuellen Behinderung, Handlungsbedarf und Massnahmenvorschläge, Wicki Monika, Meier Simon, Adler Judith

Joss-Rudolf, 2016. Vertiefte Bedarfsabklärung "Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)", Schreiben an RR Guido Graf. http://www.palliativ-luzern.ch/assets/pdf/Antrag_fuer_MPCD.pdf, [Zugriff am 01.2016].

Junker (I), C., 11.2012. Inventar der Datensituation über Palliative Care. Veröffentlichung des Bundesamtes für Statistik, www.bfs.admin.ch, p. 5.

Junker (II), C., 12.2014. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz. Bundesamt für Statistik BfS, www.bfs.admin.ch, Nr. 1257-1200.

Kanton TG, 2010. Konzept Seelsorge in Palliative Care. www.spitalseelsorge.ch, [Zugriff am 1.2016].

Kanton AG, D. G. u. S., 2015. Richtlinie zum Stellenplan. www.ag.ch, [Zugriff am 1 2016].

Kanton BE, 2014. Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern. http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/palliativecare.html, [Zugriff am 1 2016].

Kanton GR, 2016. Verordnung zum Krankenpflegegesetz, Anhang 2, GRR 506.060. http://www.gr-lex.gr.ch/frontend/versions/2625, [Zugriff am 1 2016].

Kanton LU (I), 2008. Konzept Palliative Care im Kanton Luzern. http://www.palliativ-luzern.ch, [Zugriff am 1 2016].

Kanton SG (I), 2015. Konzept Palliative Care des Kantons St. Gallen. [Online] Available at: http://www.palliativzentrum.kssg.ch [Zugriff am 1 2016].

Kanton SH (I), 2014. Geschäftsbericht Kanton Schaffhausen. http://www.sh.ch/Verwaltungsberichte.922.0.html, [Zugriff am 1 2016].

Kanton SH (II), 2016. Heimliste des Kantons Schaffhausen. http://www.sh.ch/Gesundheitsamt.43.0.html, [Zugriff am 1.2016].

Kanton SH (III), 2016. Spitalliste Kanton Schaffhausen. http://www.sh.ch/Gesundheitsamt.43.0.html [Zugriff am 1 2016].

Kanton SH (IV), 2014. Volkswirtschaftsdepartement, Einwohnerzahlen im Kanton SH. http://www.sh.ch/index.php?id=235

Kanton SH (V), 9-2012. Planungsbericht Spitalversorgung 2012 / 2020. http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/Gesundheitsamt/12-09-18_planungsbericht_spitaeler_def.pdf, p. 39.

Kanton SO, 2013. Betreuungsplan Pallaitive Care. www.palliative-so.ch, [Zugriff am 2 2016].

Kanton SZ (I), 2010. Palliative Care im Kanton Schwyz, Integriertes Versorgungskonzept. www.sz.ch/palliativecare, [Zugriff am 1 2016].

Kanton SZ (II), 2012. Palliative Care im Kanton Schwyz, Umsetzungskonzept. www.sz.ch/palliativecare, [Zugriff am 1 2016].

Kanton SZ (III), 2012. Flyer: Palliative Care, Grundsätze der palliativen Behandlung und Betreuung im Kanton Schwyz. www.sz.ch/palliativecare, [Zugriff am 1 2016].

Kanton TG (Ärztegesellschaft und Spitex-Verband), 2012. Vereinbarung Ärztegesellschaft und Spitex Verband TG. http://www.spitextg.ch/files/GGAVXSV/zusammenarbeit_palliative_care_aetg_spitex_verband_thurgau.pdf, [Zugriff am 1 2016].

Kanton TG (I), G., 2010. Palliative Care Thurgau Umsetzungskonzept. http://www.gesundheit.tg.ch/documents/2011.02_definitives_Umsetzungskonzept_Palliative_Care_.pdf, [Zugriff am 1 2016].

Kanton TG (II), 2016. Weisungen des Departementes für Finanzen und Soziales betreffend die Bewilligung und den Betrieb von Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen: www.gesundheit.tg.ch, [Zugriff am 1 2016].

Kanton ZH, 2006. Konzept Palliative Care in der stationären Akutsomatik. http://www.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere_direktion/veroeffentlichungen/diverses/palliative_care_2006.pdf.spooler.download.1288279124528.pdf/palliative_care_2006.pdf, [Zugriff am 1 2016].

Kao C., 2014. Effects of the Hospital-Based Palliative Care Team on the Care for Patients: an Evaluation Study. International Journal of Nursing Studies, Band 51, pp. 226-235.

Knipping C., 2006. Lehrbuch Palliative Care. 1. Auflage Hrsg. s.l.:Verlag Hans Huber, Bern.

Landeskirchen Kanton SH, 2016. Konzept Seelsorge in Palliative Care im Kanton Schaffhausen. http://www.ref-sh.ch/palliativecare, [Zugriff am 2 2016].

May P., 2014. Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultaiton: Review of Current Evidence and Directions for Future Research. Journal of Palliative Care Medicine, Band 17, pp. 1-10.

Obsan, 2013. Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung - Systematische Übersichtsarbeit. www.obsan.admin.ch/de/, [Zugriff am 2 2016].

OdA Santé, SBFI, 2015. Kompetenzen der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufgen in der Grundversorgung der Palliative Care, Projektbericht 1.2015, www.sbfi.admin.ch/berufsbildung.

palliative.ch (0), 2010. Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels an spezialisierte stationäre Palliative-Care Einrichtungen (Liste A). http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/agqualitaet_kriterienliste_a_de.pdf, [Zugriff am 1 2016].

palliative.ch (I), 2016. Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care. http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/publikum/2_PalliativeCare/2016_Referenzdokument_spez_Palliative_Care_D_Version_2_0.pdf, [Zugriff am 4 2016].

palliative.ch (II), 2011. Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels in Palliative Care für spezialisierte mobile Konsiliardienste, spitalintern und spitalextern (Liste B). http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/AGQualitaet_Kriterienliste_B_DE.pdf, [Zugriff am 1 2016].

palliative.ch (III), 2016. Betreuung sterbender Menschen und ihre Angehörigen - Empfehlung palliative.ch. www.palliative.ch

palliative.ch (IV), 2011. Qualitätskriterien für Palliativ Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C).

http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/agqualitaet_kriterienliste_C_DE.pdf, [Zugriff am 1 2016].

palliative-ostschweiz, 2014. Kompetenzen Level A-C auf den Grundlagen des Modells SENS. www.palliative-ostschweiz.ch, ISBN 978-3-003-05216-1.

Paris J., 2014. Evaluating the Effects of Inpatinet Palliative care Consultaitons on Subsequent Hospice Use and Place of Death in Patients with Advanced GI Cancers. Journal of Oncology Practice, Band 10, pp. 174-177.

SAMW, 2006/2013. Palliative Care, medizinische-ethische Richtlinien, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. www.samw.ch.

Stadt St. Gallen, 2013. Gemeindenahe Palliative Care in der Stadt St. Gallen, Konzept. http://www.palliativzentrum.kssg.ch, [Zugriff am 1 2016].

SSH Geschäftsbericht, 2014. Geschäftsbericht SSH. http://www.spitaeler-sh.ch/die-spitaeler-schaffhausen/organisation/geschaeftsbericht/, [Zugriff am 1 2016].

Temel S., 2010. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine, Band 363(8), pp. 733-742.

Wächter Matthias 01.2014. Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz - eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter (Schlussbericht). Issue www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik.

Wächter Matthias, 2015. Vertiefte Bedarfsabklärung "Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)" im Kanton Luzern. www.palliativ-luzern.ch, [Zugriff am 1 2016].

WHO, 7.2015. Palliative Care, Fact Sheet N. 402. http://www.who.int/mediacentre/factsheets, [Zugriff am 1 2016].

WHO-Europe, 2004. Palliative Care - the solid facts. www.thehealthwell.info, [Zugriff am 1 2016].