

# Jahresbericht 2017

---

## Inhalt

Jahresbericht 2017 .....	1
Flächendeckendes Angebot .....	1
Gemeinden mit spezialisiertem Versorgungsauftrag .....	1
Auswahl unter spezialisierten Palliative Care Teams .....	3
Kostendeckende Finanzierung .....	3
Finanzierung der spezialisierten Palliativpflege .....	3
Finanzierung der spezialisierten ärztlichen Leistungen.....	4
Qualitätsförderung .....	4
Ausblick.....	4

Die Ziele des Verbandes spezialisierter Palliative Care Anbieter im ambulanten Bereich sind:

1. Flächendeckendes Angebot spezialisierter Palliative Care Leistungen im ganzen Kanton Zürich bei Schwerkranken zu Hause und im Pflegeheim
2. Kostendeckende Finanzierung der spezialisierten Palliative Care im ambulanten Bereich und im Pflegeheim
3. Förderung einer hohen Qualität der spezialisierten Palliative Care im ganzen Kanton Zürich

Die 5 Mitglieder Onko Plus, Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich, Mobiles Palliative Care Team Winterthur, Palliative Care Team GZO und OnPac sind diesen Zielen im Jahr 2017 näher gekommen. Erreicht sind die Ziele allerdings noch nicht. In diesem Bericht wird erläutert, wo die verschiedenen Teams stehen, was sie erreicht haben, wo weiterhin Hindernisse bezüglich Zielerreichen bestehen und welche Massnahmen vorgesehen sind.

## Flächendeckendes Angebot

### Gemeinden mit spezialisiertem Versorgungsauftrag

Auf folgender Karte sind jene Gemeinden aufgeführt, die ein SPaC Team mit der Sicherstellung der spezialisierten Palliative Care im ambulanten Bereich und in einigen Gemeinden auch im Pflegeheimbereich beauftragt haben. Ende 2017 haben 80 % der Gemeinden eine Leistungsvereinbarung für spezialisierte Palliative Care unterzeichnet, Ende 2016 waren es erst 57 %.



Stand Ende 2016



Stand Ende 2017

Unter den nicht eingefärbten Gemeinden befinden sich solche, die immer noch in Verhandlung stehen mit einem SPaC Team oder jeweils situativ und patientenbezogen ein SPaC Team beauftragen. Wenige Gemeinden sind der Auffassung, dass die spezialisierte Palliative Care durch ihre eigene Spitex erbracht werden kann. Die Spitex leistet einen enorm wichtigen Beitrag bei der palliativen Grundversorgung. Aber wenn man sich das Leistungsspektrum der spezialisierten Palliative Care vor Augen hält, wird sofort klar, dass ausser der Spitex der Stadt Zürich keine Spitex die notwendige Grösse hat, um folgende Leistungen rund um die Uhr durch Fachleute mit entsprechender Ausbildung anzubieten.

- Palliative Beratung der Patientin oder des Patienten sowie der nicht beruflich an der Pflege Mitwirkenden (Angehörigen) im Umgang mit schweren Krankheitssymptomen und instabilen Situationen durch speziell qualifizierte Pflegefachpersonen (Ausbildungslevel B2 oder C gemäss palliative.ch).
- Vermittlung und Organisation von Fachleuten zur psychosozialen und spirituellen Unterstützung
- Notfallplanung für zu erwartende Komplikationen entsprechend Patientenverfügung (advance care planning), in Zusammenarbeit mit entsprechend ausgebildeter Ärztin/Arzt.
- Rasche (im Notfall innerhalb einer Stunde) und fachgerechte Behandlung bei ungenügend kontrolliertem Leiden, auch nachts und an Wochenenden.
- Installation und Betrieb von patientengesteuerten Schmerzpumpen.
- Parenterale Medikamentenzufuhr über subkutane, intravenöse Kanülen oder über Port-à-cath, inkl. Einlegen von Port Nadeln und sofortigem Zugriff auf entsprechendes Material und Medikamente.
- Ethische Entscheidungsfindung und Durchführung einer palliativen Sedation in Zusammenarbeit mit Palliativmediziner.
- 24 h Picketdienst durch spezialisierte Fachleute

Gemäss nationalen und internationalen Erfahrungen ist ein Einzugsgebiet von ca. 200'000 Einwohnern nötig, um die erwähnten Leistungen genügend häufig, effizient und rund um die Uhr erbringen zu können.

Die von BAG und GDK zusammengetragenen Studien zeigen, dass die Betreuungsqualität ohne spezialisierte Palliative Care schlechter ist, mehr Hospitalisationen in der letzten Lebensphase stattfinden und dadurch auch die Gesundheitskosten steigen. Da die Betreuung am Lebensende nicht in allen Gebieten des Kantons Zürich ständig evaluiert werden kann, werden die Versorgungslücken nicht sichtbar. Es ist zu hoffen, dass auch in den restlichen Gemeinden die auf Evidenz basierenden Empfehlungen der nationalen Palliative Care Strategie respektiert werden, so dass die schwer- und unheilbar Kranken in diesen Gebieten nicht benachteiligt werden.

### **Auswahl unter spezialisierten Palliative Care Teams**

Gewisse Spitäler und Leistungserbringer haben im 2017 den Wunsch geäußert, dass sie je nach Patient ein unterschiedliches SPAC Team beziehen können. Das würde bedingen, dass alle Gemeinden mit allen SPAC Teams Leistungsverträge für spezialisierte Palliative Care abschliessen. Der Aufwand für die Vertragsverhandlungen wäre enorm, die regionale, über mehrere Jahre etablierte Zusammenarbeit eines SPAC Teams mit Spitex, Hausarzt und Spital würde verwässert und für Teams aus anderen Regionen des Kantons würden grosse Wegzeiten entstehen, welche eine effiziente Leistungserbringung unterwandern.

Die Strategie des SPAC ist daher, dass durch gemeinsame Weiterbildung und einheitliche Qualitätskriterien alle Teams die gleichen Leistungen anbieten, so dass ein Zuweiser keinen Grund haben kann, das eine oder das andere Team zu wählen. Grundsätzlich kann allerdings jede Gemeinde frei entscheiden, welches SPAC Team beauftragt werden soll.

## **Kostendeckende Finanzierung**

### **Finanzierung der spezialisierten Palliativpflege**

So wie die beauftragten Spitexorganisationen des Kantons Zürich haben auch die SPAC Teams ihre Kosten gemeinsam erfasst und analysiert. In einem gemeinsamen Workshop wurden die verschiedenen Kennzahlen aus dem Vorjahr verglichen und Differenzen diskutiert. Die Vollkosten pro verrechenbare Stunde wurden berechnet, in dem der Gesamtaufwand 2016 (gemäss Vorgaben BSV) durch die im 2016 verrechneten Stunden mit KLV-Leistungen dividiert wurde. Es zeigte sich, dass die Vollkosten pro verrechenbare Stunde bei einzelnen Teams etwas sanken, bei anderen hingegen wegen Mitarbeiterfluktuationen stiegen. Insgesamt blieben die Durchschnittskosten bei CHF 225 pro verrechenbare Stunde.

Die Analyse der geleisteten Stunden nach Leistungsart, gewichtet nach der Grösse der fünf Organisationen, hat ergeben, dass 88 % der Leistungen KLV A (Abklärung, Beratung, Koordination) und KLV B (Untersuchung, Behandlung) ausmachen. Gemäss Mitteilung der Gesundheitsdirektion vom 10. August 2017 ist das Normdefizit für KLV A Leistungen bei beauftragten Spitex Organisationen um CHF 10.10 gesunken. Die Gründe dafür sind für uns nicht nachvollziehbar.

Trotz dieser Tarifsenkung haben die SPAC Teams beschlossen, den für alle Leistungsarten einheitlichen Restkostenbetrag für 2018 wie bisher bei 75 Franken zu belassen. Eine allfällige Anpassung für 2019 wird basierend auf der Kostenentwicklung der SPAC Teams und dem Normdefizit für ambulante Pflegeleistungen Ende 2018 evaluiert.

Da gewisse Teams noch in Gebieten oder in Pflegeheimen ohne Leistungsvereinbarung tätig sind, bestehen immer noch Kostendeckungslücken, die über Spenden gedeckt werden müssen. Zusammenfassend kann man aber bei allen Teams eine Verbesserung der Kostendeckung gegenüber dem Vorjahr feststellen, was sehr erfreulich ist.

### **Finanzierung der spezialisierten ärztlichen Leistungen**

Im Frühjahr 2017 hat der Bundesrat seinen geplanten Eingriff in den Tarmed publik gemacht und eine Vernehmlassung gestartet. Der SPAC hat die Leistungen von palliativmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten analysiert. Da Palliativmediziner in der Regel subsidiär zu den Haus- und Spezialärzten und fast immer im Team mit Spitex und spezialisierter Palliativpflege und weiteren Fachleuten arbeiten, umfasst der Aufwand für Aktenstudium, Information im Betreuungsteam, Verordnungen und Absprachen mit anderen Fachleuten fast 30 % ihrer Leistungen. Aufgrund der neu eingeführten Limitationen kann für all diese Koordinations-Leistungen in Abwesenheit des Patienten innerhalb von 3 Monaten nur noch maximal eine Stunde in Rechnung gestellt werden.

Der SPAC hat sich in seiner Stellungnahme zu dieser katastrophalen Auswirkung des neuen Tarmed deutlich geäussert. Seine Korrekturvorschläge wurden jedoch vom BAG nicht aufgenommen. Weitere Massnahmen sind nun dringend notwendig, um die Palliativmedizin im ambulanten Bereich aufrecht zu halten und weiter zu fördern.

### **Qualitätsförderung**

Im 2017 wurden erste gemeinsame Weiterbildungen durchgeführt, an denen mehrere Teams teilnahmen. Es wurde auch ein Plan erstellt, der für jedes Team einmal jährlich die Organisation einer Weiterbildung vorsieht.

Das Palliative Team GZO und die Onko Plus haben sich während 8 Monaten auf die Zertifizierung gemäss qualité palliative vorbereitet und im 2018 das Zertifikat für „Qualität in der Palliative Care“ auch erlangt. Die Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich hat bei der Concret AG den Nachweis eines wirksamen Qualitätsmanagements in der Pflege erbracht.

Das MPCT plant für 2018 eine Outcome-Messung durch das Winterthurer Inst. für Gesundheitsökonomie, WIG ZHAW.

### **Ausblick**

Der SPAC ist in den letzten Jahren seinem Ziel eines flächendeckenden Angebotes spezialisierter Palliative Care im ambulanten Bereich, sowie deren kostendeckenden Finanzierung dank Unterstützung

durch Gemeinden und Spitexorganisationen wesentlich näher gekommen. Auch bezüglich Qualitätsentwicklung konnten Fortschritte erzielt werden.

In den Pflegeheimen werden die SPAC Teams bis jetzt nur sporadisch beigezogen. In diesem Versorgungsbereich ist die Situation ähnlich wie bei den Spitex Organisationen: die meisten Institutionen sind zu klein, um rund um die Uhr eigene Palliative Care Spezialisten zur Verfügung stellen zu können. Auch hier wäre es sinnvoll, bei Bedarf die mobilen Teams beizuziehen. Das würde aber bedeuten, dass die Leistungsverträge auch den Pflegeheimbereich einschließen müssten. Entsprechende Gespräche sollten in nächster Zeit aufgenommen werden.

Mit dem Ausbau der spezialisierten Betreuung im ambulanten Bereich und in den Pflegeheimen und dank der ausgezeichneten Zusammenarbeit mit den Spitex Organisationen, sowie mit Hausärzten und anderen ambulanten Leistungserbringern, kann die Doktrin „ambulant vor stationär“ wirksam unterstützt werden. Diesem Trend entgegen läuft die Limitation von Koordinationsleistungen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte. Bedenklich ist auch, dass die Versicherungen sich in keiner Weise an den Mehrkosten der spezialisierten Pflege beteiligen. Hier wäre dringend eine Änderung der Krankenpflegeverordnung (KLV) notwendig. Ebenfalls großer Handlungsbedarf besteht bei der Finanzierung der Palliative Care in den Pflegeheimen. Auch hier sollten die Beiträge der Versicherer der Komplexität und dem hohen Pflegeaufwand von Palliative Patienten angepasst werden.

Der SPAC hat heute weder das politische Gewicht, noch die finanziellen Ressourcen, um auf diesen Ebenen Einfluss zu nehmen. Er wird sich Gedanken machen, über welche Allianzen hier möglicherweise Fortschritte erzielt werden könnten.

Zürich, Mai 2018

Dr. Andreas Weber, Präsident SPaC,  
Monika Obrist, Geschäftsleiterin SPaC