

Konzept Palliative Care

des Kantons St.Gallen

St.Gallen, Mai 2015

Inhalt

Zusammenfassung	4
1 Ausgangslage	5
1.1 Auftrag	5
1.2 Definition Palliative Care	6
1.3 Gesellschaftliche Perspektive und Palliative Care	6
2 Nationale Versorgungsstrukturen der Palliative Care	9
3 Versorgungsstrukturen Kanton St.Gallen	12
3.1 Grundversorgung	12
3.1.1 Akutbereich stationär (Spitäler und Kliniken)	12
3.1.2 Langzeitbereich	17
3.1.3 Ambulanter Bereich: Spitex	19
3.1.4 Ambulanter Bereich: Hausarztmedizin	23
3.2 Spezialisierte Angebote	27
3.2.1 Akutbereich stationär	27
3.2.2 Kinder und Jugendliche – Pädiatrische Palliative Care (PPC)	27
3.2.3 Mobiler Palliativdienst (Palliativer Brückendienst)	29
3.2.4 Hospiz	31
3.3 Freiwillige und Ehrenamtliche	32
3.3.1 <i>palliative ostschweiz</i>	33
3.4 Schnittstellen und Vernetzung	34
3.4.1 Hotline <i>palliative ostschweiz</i>	34
3.4.2 Koordination	35
4 Weitere Aspekte Palliative Care	36
4.1 Gesetzliche Grundlage	36
4.2 Qualitätssicherung	37
4.3 Teilbereich Bildung und Forschung	38
4.3.1 Bildung	38
4.3.2 Forschung	40
4.4 Sensibilisierung	41
5 Finanzierung	42
5.1 Spitäler	42
5.1.1 Spitalfinanzierung	42
5.1.2 Aktuelle Situation im Kanton St.Gallen	43
5.1.3 Ergebnisse der Befragung der Spitäler	43
5.2 Langzeitpflege und Spitex	43
5.2.1 Pflegefinanzierung	43
5.2.2 Aktuelle Situation	44
5.2.3 Ergebnisse der Befragung der Spitex	45

5.2.4	Ergebnisse der Befragung der Langzeitinstitutionen	45
5.3	Finanzierungslücken: Spitäler, Langzeitbereich und Spitex	45
6	Priorisierte Empfehlungen für den Kanton St.Gallen	47
6.1	Finanzierungsbedarf	47
6.1.1	Schaffung einer gesetzlichen Grundlage	47
6.1.2	Leistungsaufträge des Kantons St.Gallen	47
6.1.3	Klärung der Finanzierungsmöglichkeiten eines stationären Hospiz	48
6.2	Fazit	49
	Glossar	50
	Literaturverzeichnis	52

Zusammenfassung

Mit den Postulaten "Gesamtkonzept Palliative Care" (43.07.21) und "Palliative Care – der eigenen Biografie gemäss Betreuung und Pflege bis zuletzt" (43.07.22), beide mit geändertem Wortlaut am 26. September 2007 vom Kantonsrat gutgeheissen, wird die Regierung eingeladen, ein Gesamtkonzept "Palliative Care im Kanton St.Gallen" zu unterbreiten. Das kantonale Konzept Palliative Care zeigt auf, welche Angebote im Bereich Palliative Care realisiert sind, wo sich Versorgungslücken zeigen und wie diese stufenweise behoben werden können. Mit dem Konzept werden die strategische Ausrichtung in der Angebotsgestaltung auf Kantonsebene definiert und die Grundlagen für eine systematische und angemessene palliative Versorgung für Patientinnen und Patienten aller Altersstufen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) gelegt. Zu jedem Themenfeld, analog zur Systematik der nationalen Strategie Palliative Care, wird das Entwicklungspotential im Bereich Palliative Care aufgezeigt und schliesslich werden priorisierende Themenbereiche vorgeschlagen, deren Umsetzung kurz- bis mittelfristig empfohlen wird. Zielsetzung ist es sicher zu stellen, dass Palliative Care in allen kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Gesundheitsinstitutionen (Spitäler, Kliniken) im Kanton wie auch in den Betagten- und Pflegeheimen bedarfsgerecht angeboten werden kann.

Auf der Grundlage der aktuellen Literatur und einer IST- Analyse (2014) im Kanton St.Gallen wurden folgende Priorisierungsmassnahmen abgeleitet:

1. Realisierung einer gesetzlichen Grundlage im Kanton St.Gallen
2. Leistungsaufträge des Kantons St.Gallen
3. Klärung der Finanzierungsmöglichkeiten für ein stationäres Hospizangebot.

Zur Erreichung des formulierten Entwicklungspotentials sollten sowohl bereits bestehende interprofessionelle Arbeitsgruppen genutzt werden aber auch neue Projektgruppen ins Leben gerufen werden. Dies ermöglicht den Beteiligten aus allen betroffenen Bereichen handlungsorientierte Umsetzungsmassnahmen und weitere Finanzierungsmöglichkeiten auszuarbeiten.

1 Ausgangslage

1.1 Auftrag

Mit den Postulaten "Gesamtkonzept Palliative Care" (43.07.21) und "Palliative Care – der eigenen Biografie gemäss Betreuung und Pflege bis zuletzt" (43.07.22), beide mit geändertem Wortlaut am 26. September 2007 vom Kantonsrat gutgeheissen, wird die Regierung eingeladen, ein Gesamtkonzept "Palliative Care im Kanton St.Gallen" zu unterbreiten. Darin sollen insbesondere folgende Themenbereiche aufgezeigt werden:

- Palliative Betreuung durch Akutspitäler, Kliniken, Pflegeheime und ambulante Versorger
- Schnittstellenproblematik zwischen den verschiedenen Anbieterinnen, Anbietern, Patientinnen und Patienten
- Koordination zwischen den Anbieterinnen und Anbietern
- Fragen der Finanzierung und der Abgeltung der erbrachten Leistungen.

Der Kantonsrat hat die zwei Postulate gutgeheissen und damit den Auftrag zur Erstellung eines Gesamtkonzeptes zum Thema Palliative Care für den Kanton St.Gallen erteilt.

Mit dem vorliegenden Bericht kommt die Regierung diesen Aufträgen nach und unterbreitet ein Gesamtkonzept "Palliative Care" für den Kanton St.Gallen.

Das Konzept zeigt auf, welche Angebote im Bereich Palliative Care realisiert sind, wo sich Versorgungslücken zeigen und wie diese stufenweise behoben werden können. Mit dem Konzept werden die strategische Ausrichtung in der Angebotsgestaltung auf Kantonsebene definiert und die Grundlagen für eine systematische und angemessene palliative Versorgung für Patientinnen und Patienten aller Altersstufen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) gelegt. Zu jedem Themenfeld, analog zur Systematik der nationalen Strategie Palliative Care, wird das Entwicklungspotential (graues Textfeld) aufgezeigt und schliesslich werden priorisierende Themenbereiche vorgeschlagen, deren Umsetzung kurz- bis mittelfristig empfohlen wird. Zielsetzung ist es sicher zu stellen, dass Palliative Care in allen kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Gesundheitsinstitutionen (Spitäler, Kliniken) im Kanton wie auch in den Betagten- und Pflegeheimen bedarfsgerecht angeboten werden kann.

1.2 Definition Palliative Care

Mit dem Begriffspaar „Palliative“ und „Care“ werden unterschiedliche Vorstellungen und Hoffnungen verknüpft. Vielfach wird das Begriffspaar je nach Setting, Disziplin und Intention unterschiedlich definiert und verwendet (Radbruch & Payne, 2011). Das Konzept Palliative Care des Kantons St.Gallen orientiert sich dabei primär an der Definition des Bundesamts für Gesundheit (BAG):

"Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie beugt Leiden und Komplikationen vor und beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende" (BAG, 2012).

Das Konzept Palliative Care des Kantons St.Gallen stellt eine Antwort auf die Bestrebungen des Bundes im Rahmen der nationalen Strategie für Palliative Care dar und korrespondiert mit der „Nationalen Leitlinie Palliative Care“ (GDK, 2010). Vor diesem Hintergrund orientiert sich das vorliegende Konzept an den Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der betroffenen Patientinnen und Patienten sowie deren Bezugspersonen. Daraus wird folgendes Hauptziel für das kantonale Konzept Palliative Care abgeleitet:

Der Kanton St.Gallen fördert Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und angrenzenden Bereichen. In Versorgungs- und Leistungsbereichen ohne Palliative Care Angebote werden gemeinsam Aktivitäten zur Verankerung initiiert. Alle schwerkranken und sterbenden Menschen sollen eine ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care erhalten. Die Lebensqualität aller Betroffenen am Lebensende steht hierbei im Zentrum und soll erfasst, gesichert und gefördert werden.

1.3 Gesellschaftliche Perspektive und Palliative Care

In den kommenden Jahren wird die letzte Lebensphase aufgrund technologischer Fortschritte, soziokultureller Veränderungen und ökonomischer Trends zunehmend im Fokus der unterschiedlichen Interessensgruppen stehen. Insbesondere die demographische Entwicklung als auch der verschärfende Personalmangel im Gesundheitsbereich wird dazu führen, dass dem Lebensende im Kanton facettenreich Aufmerksamkeit entgegengebracht werden muss.

Etwa 60'000 Menschen jeden Alters sterben jährlich in der Schweiz. Innerhalb der nächsten 20 Jahre werden die Todesfälle laut dem Bundesamt für Statistik (BFS) um ein Drittel zunehmen und auf 80'000 Menschen pro Jahr ansteigen.

Weiterhin ist bekannt, dass 95% der schweizerischen Bevölkerung nach einer über längere Zeit langsam zunehmenden Pflegebedürftigkeit sterben. Nur rund 5% scheiden plötzlich und unerwartet aus dem Leben. (BAG, 2012)

Personen die an Krebs erkrankt sind, an neurologischen Erkrankungen leiden oder von anderen chronischen Krankheiten betroffen sind, benötigen heute länger andauernde, umfassende medizinische und pflegerische Betreuung. Durch komplexe Krankheitskons-

tellationen bzw. Multimorbidität werden Betreuungs- und Behandlungsformen aufwendiger. Entsprechend wird in der Schweiz der Bereich Palliative Care in den nächsten Jahrzehnten weiter an Bedeutung gewinnen. Dieser Situation wird heute in der Schweiz mit der Nationalen Strategie Palliative Care Rechnung getragen.

Hintergrund der nationalen Einführung ist die internationale Entwicklung im Bereich Palliative Care. Sie entspricht der Forderung der WHO an die Politik (WHO, 2004): *Gesundheitsversorgungssysteme müssen mehr Gewicht auf die Pflege und Betreuung von Menschen jeden Alters legen, die mit schweren, chronischen Krankheiten leben und an ihnen sterben. Palliative-Care-Angebote müssen breiter verfügbar und in der Gesundheitsversorgung besser verankert sein.* Die EU (2008) weist in ihrem Bericht darauf hin, dass gegenwärtig hauptsächlich erwachsene Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen Zugang zu Palliative Care haben. Sie fordert deshalb, dass die Angebote so weit wie möglich auch auf Kinder sowie Patientinnen und Patienten mit anderen schweren (auch psychiatrischen) Erkrankungen ausgedehnt werden sollen. Der EU-Bericht betont zudem, dass eine optimale Palliative Care Versorgung nicht nur angemessene medizinische und therapeutische Interventionen beinhaltet, sondern auch psychologische, emotionale und spirituelle Unterstützung. Dieser Grundsatz wird auch von den gesetzlichen Grundlagen der Schweiz gestützt. So besagt die Organisationsverordnung des EDI (Art. 9): Das Bundesamt für Gesundheit verfolgt das Ziel, „den Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer umfassenden medizinischen Betreuung und einer qualitativ guten Pflege bei weiterhin tragbaren Gesundheitskosten sicherzustellen“ (BAG, 2009, S. 51).

Im Herbst 2008 wurde aufgrund der zunehmenden Wichtigkeit von Palliative Care auf nationaler Ebene das „Nationale Fördergremium Palliative Care“¹ lanciert. Der Bundesrat und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) verabschiedeten im Oktober 2009 die „Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012“. Darauf basierend wurden im Herbst 2010 nationale Leitlinien für Palliative Care verabschiedet, die ein gemeinsames und breites Verständnis für Palliative Care fördern sollen. Mit der Nationalen Strategie Palliative Care 2010 – 2012 trägt der Bund der Erkenntnis Rechnung, dass in Zukunft eine stets grösser werdende Anzahl Menschen in der letzten Lebensphase mehr Betreuung und Pflege benötigen. Die Nationale Strategie wurde im Oktober 2012 bis zum Jahr 2015 verlängert, da die flächendeckende Umsetzung in der Schweiz nicht ausreichend umgesetzt werden konnte.²

Die Regierung des Kantons St.Gallen hat die gesellschaftspolitische Bedeutung erkannt und die gesundheitspolitische Herausforderung von Palliative Care angenommen. Im Kanton St.Gallen werden bereits eine Vielzahl an Leistungen im Bereich Palliative Care angeboten, dies zum Teil von der öffentlichen Hand, teilweise von privater Seite. Das bestehende Betreuungsangebot im Kanton St.Gallen soll, basierend auf einer Ist-Analyse weiterentwickelt werden mit dem Ziel, eine homogene, gleichförmig hochstehende palliative Versorgung von Betroffenen in allen Gesundheitsbereichen zu erzielen sowie Versorgungslücken zu schliessen.

¹ Einsehbar unter: www.palliative.ch

² Weitere Unterlagen dazu sind unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/> abrufbar.

Die kompetente Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzten sowie durch ambulante Pflegedienste und gut funktionierende Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Leistungsbereich tragen wesentlich dazu bei, dass Hospitalisationen verkürzt oder sogar vermieden werden können. Diese Ausgangslage ist im Interesse der Patientinnen und Patienten und ökonomisch sinnvoll. Eine wichtige Rolle spielen auch die Langzeitpflegeeinrichtungen (Betagten- und Pflegeheime). Auch diese setzen sich stark mit den Fragen rund um die Palliative Care auseinander. Diese Perspektive wird in diesem Konzept berücksichtigt werden. Palliative Care geht alle an und kann somit nur von uns allen als gesellschaftliche Fragestellung auch umfassend angegangen werden.

2 Nationale Versorgungsstrukturen der Palliative Care

Im Folgenden werden die Grundstrukturen der Palliativversorgung in der Schweiz abgebildet.

Die Autonomie schwerstkranker und sterbender Menschen so lange und so umfänglich wie möglich zu erhalten und ihre Bedürfnisse zu respektieren, ist ein zentrales Anliegen von Palliative Care. Das bedeutet, dass die betroffenen Personen – soweit möglich – selbst entscheiden, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen möchten. Demzufolge muss Palliative Care in den Bereichen der Grundversorgung, im Akut- und Langzeitsetting aber auch zu Hause angeboten werden.

80% aller Probleme der Patientinnen und Patienten am Lebensende können durch Strukturen der Grundversorgung verbessert bzw. gelöst werden, wenn das Fachpersonal über die entsprechende Basisqualifikation in Palliative Care verfügt. Durch die rechtzeitige Nutzung von Angeboten der spezialisierten Palliative Care bei fortschreitenden Erkrankungen können Kosten eingespart werden, beispielsweise durch Vermeidung von Notfallhospitalisationen (Brumley et al., 2007; Gómez-Batiste et al., 2007) und dies nicht nur bei onkologischen Patientinnen und Patienten. So zeigen sich beispielsweise 50% Kosteneinsparungen und 33% weniger Spitaltage durch den Einsatz eines spezialisierten Palliative Care Teams bei COPD- Patienten³ (Enguidanos et al., 2005).

palliative ch, die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (Fachgesellschaft Palliative Care), hat ein Schema der Palliative Care Versorgungsstrukturen erstellt (BAG und *palliative ch*, 2012). Es basiert auf nationalen und internationalen „best practices“⁴ und hat zum Ziel, die Entwicklung von vergleichbaren Strukturen der Palliative Care in der Schweiz im Einklang mit internationalen Vorgaben zu erleichtern.

Es wird zwischen Angeboten in der palliativen Grundversorgung und der spezialisierten Palliativversorgung unterschieden. Die spezialisierte Palliativversorgung wiederum unterteilt sich in die unterstützenden (beratenden) und die betreuenden Angebote.

³ Unter dem Begriff COPD werden chronisch obstruktive Erkrankungen der Lunge zusammengefasst (chronisch, obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem)

⁴ Der Begriff „best practice“ wird mit *optimaler Geschäftsablauf, beste Methode, beste Praxis, beste Vorgehensweise* oder *bestes Verfahren* ins Deutsche übersetzt. Die Übersetzung *Erfolgsmethode* geht über die vergleichende Wertung hinaus und behauptet eine besondere Eignung für ein bestimmtes Ziel.

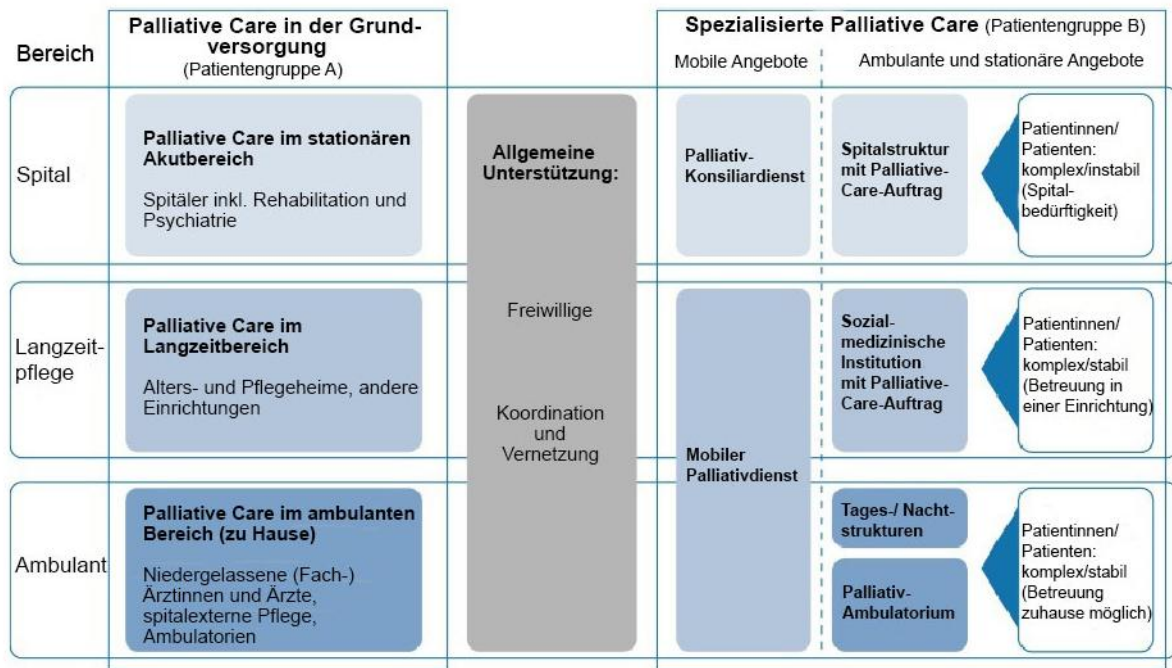


Abbildung 1: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz, ausgehend vom Bedarf (BAG, 2012)

Palliative Grundversorgung

Die Grundversorgung umfasst die Basis der Behandlung. Unter die Leistungserbringer in der Grundversorgung fallen Akutspitäler ohne Palliativstation, Betagten- und Pflegeheime, niedergelassene Ärztinnen und Ärzten, Spitalexterne Dienste und Ambulatorien. Diese Leistungserbringer können auf die unterstützenden Angebote der spezialisierten Palliative Care zurückgreifen, wenn Komplexität und Instabilität der Erkrankung der Patientin und des Patienten dies erforderlich machen (vgl. Indikationskriterien BAG/GDK, 2011).

Spezialisierte Palliative Care: Unterstützende Angebote

Unter unterstützenden spezialisierten Angeboten werden die Palliativkonsiliardienste und die mobilen Palliativdienste verstanden. Diese Dienste unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung in Palliative Care und sind sowohl beratend als auch anleitend tätig. Die Palliativkonsiliarteams und die mobilen Palliative Care Teams sind spezialisierte, interprofessionell arbeitende Teams, die sich in erster Linie an die Betreuenden (Fachpersonen und Angehörige) wenden und erst in zweiter Linie an die Patientinnen und Patienten. Die Palliativkonsiliarteams sind im Spital tätig, während die mobilen Palliative Care Teams eher im häuslichen Rahmen und in den Betagten- und Pflegeheimen arbeiten.

Spezialisierte Palliative Care: Betreuende Angebote

Für Menschen mit komplexen Krankheiten und aufwändiger Betreuung braucht es spezialisierte betreuende Angebote. In diesen Dienstleistungsangeboten werden die Palliativpatientinnen und -patienten direkt von Palliativspezialistinnen und -spezialisten verschiedener Professionen betreut. Zu den spezialisierten Angeboten gehören Palliativstationen in Akutspitälern, stationäre Hospize, Tages- oder Nachthospize und Palliativ-Ambulatorien (BAG, 2009).

Laut Untersuchungen der European Association for Palliative Care (EAPC) sind für eine adäquate Versorgung der Bevölkerung mit Palliative Care Leistungen, 80 - 100 Betten in spezialisierten Palliative Care Einrichtungen pro 1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner notwendig (Radbruch et al., 2010). Bei einer weiteren Alterung der Bevölkerung und/oder einer weiteren Zunahme der Lebensdauer unter unheilbarer Krankheit muss mit einem höheren Bedarf an spezialisierten Palliativbetten gerechnet werden. Bei den mobilen Palliativdiensten rechnet die WHO jährlich mit rund 1'000 Patienten pro 1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner.

Allgemeine Unterstützung: Definition Freiwilligenarbeit

Die formelle Freiwilligenarbeit ist eine tragende Säule der Palliative Care. Als formelle, institutionalisierte oder organisierte Freiwilligenarbeit werden unbezahlte, ehrenamtliche und freiwillige Tätigkeiten in Vereinen und Organisationen definiert. Formelle Freiwilligenarbeit findet somit ausserhalb der Kernfamilie statt. Sie bietet Patientinnen und Patienten sowie ihren Bezugspersonen eine Begleitung während der Krankheitszeit, der letzten Lebensphase und darüber hinaus. Formelle Freiwilligenarbeit trägt dazu bei, dass kranke Menschen am Ort ihrer Wahl betreut werden und entlastet die Bezugspersonen. Sie fördert den Zusammenhalt der Generationen und ist ein Beispiel für gelebte Solidarität in der Gesellschaft. (BAG, 2014)

3 Versorgungsstrukturen Kanton St.Gallen

Der Kanton St.Gallen zeichnet sich durch ein gutes bestehendes Angebot der palliativen Versorgung für die Bevölkerung aus. Es finden sich auch im Kanton St.Gallen Lücken, die es zu schliessen resp. Angebote, die es zu verbessern gilt. Die Gliederung des vorliegenden Konzeptes wird anhand der vom BAG (2012) formulierten Handlungsfelder⁵ Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Forschung und Umsetzung der Strategie vorgenommen.

Dementsprechend fallen die Akutspitäler in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsdepartementes, die spitalexternen Organisationen (Spitex) in die geteilte Zuständigkeit des Gesundheitsdepartements und der Gemeinden und die Betagten- und Pflegeheime in den geteilten Zuständigkeitsbereich des Departements des Inneren und der Gemeinden.

Die Finanzierungssysteme unterscheiden sich klar. Je nachdem ob die Leistungen über das KVG⁶ (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) abgerechnet werden kann, wie das bei einem Spitalangebot der Fall ist oder ob die Leistung im Rahmen eines Betagten- oder Pflegeheims oder der Spitex angeboten wird, diese dann über die Pflegefinanzierung⁷ abgerechnet werden muss.

3.1 Grundversorgung

3.1.1 Akutbereich stationär (Spitäler und Kliniken)

Die Möglichkeiten der Palliativbetreuung in den Spitälern sind, sowohl von den personellen als auch von den strukturellen Ressourcen, sehr unterschiedlich.

Fachleute der Palliative Care und Angehörige beanstanden in einer schweizerischen Umfrage (Swiss Palliative Care Survey, 2008) folgendes:

- Keinen oder zu späten Zugang zu Palliative Care für Patientinnen und Patienten.
- Sehr unterschiedliche Informationspolitik, um Patientinnen und Patienten auf die verschiedenen Angebote der Palliative Care aufmerksam zu machen.
- Kein Palliative Care Konzept und Palliative Care Team mit klar definiertem Auftrag in allen Akutinstitutionen.
- Nicht alle Spitäler verfügen über einen interprofessionellen, spezialisierten Palliativkonsiliardienst. Und das, obwohl 83% der Befragten erwähnen, dass Palliative Care nur im interprofessionellen Team stattfinden sollte.

Die fehlenden Standards zu Behandlungsabläufen in der palliativmedizinischen Betreuung führen dazu, dass ein gewisser Personenkreis keinen oder zu späten Zugang zu Palliative

⁵ Eine Erhebung des Fördergremiums Palliative Care (BAG) zeigte trotz zahlreicher Aktivitäten im Bereich Palliative Care, einen besonderen Handlungsbedarf in den sechs Bereichen „Versorgung“, „Finanzierung“, „Sensibilisierung“, „Aus-, Weiter- und Fortbildung“, „Forschung“ und „Umsetzung der Strategie“. Weitere Erläuterungen unter:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13776/index.html?lang=de>

⁶ Einsehbar unter: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>

⁷ Einsehbar unter:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04104/06669/index.html?lang=de>

Care erhalten und die Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und –patienten unzureichend ist.

Diese Umstände können einen negativen Behandlungsverlauf für die Betroffenen zur Folge haben. Ein Grund dafür sei, dass nicht in allen Spitälern und Betagten- und Pflegeheimen ein Konzept der „Chain of Care“⁸ ab Diagnosestellung besteht oder es nicht gelebt wird – ein Mangel der auch von den Angehörigen und Betroffenen wahrgenommen wird.

Dies stützt die Wichtigkeit eines Palliativkonsiliardienst, der das Personal in der Behandlung von palliativen Patientinnen und Patienten berät und instruiert, die medizinischen und pflegerischen Massnahmen begleitet und das Schnittstellen-Management koordiniert. Der fehlende Zugang zu einem Palliativkonsiliardienst führt zu einem ungenügenden Schnittstellenmanagement während dem Wechsel von Behandlungsteams (Verlegung auf andere Abteilung, in andere Institution, nach Hause) und die nachbehandelnden Fachpersonen werden zu wenig einbezogen. Um diesem Umstand gerecht werden zu können, ist es von grosser Bedeutung, den Grundversorgern die Kompetenzen des Schnittstellenmanagements, unter Einbezug der möglichen Ressource eines mobilen palliativen Konsiliardienstes, beizubringen.

⁸ Behandlungswertkette bzw. Care Value Chain ist ein Konzept der Gesundheitsökonomie und ist eng orientiert am Konzept der Wertschöpfungskette der Wirtschaftswissenschaft. Im Gegensatz zum traditionell aufgebauten Gesundheitswesen mit einzelnen, zum Teil isoliert arbeitenden Gesundheitsdienstleistern definiert das Konzept der Care Value Chain (CVC) eine weitgehende Vernetzung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten. (http://de.wikipedia.org/wiki/Care_Value_Chain, 03.08.2011)

Die Umfrage im Kanton St.Gallen (2014) zeigt folgende Ergebnisse:

Insgesamt haben sieben Spitäler und Kliniken der kantonalen Spitalliste den Fragebogen beantwortet, was einer Gesamterhebung entspricht.

Die palliative Betreuung wird in allen Spitälern und Kliniken als gut bis sehr gut eingeschätzt.

Die folgende Abbildung zeigt die personelle Situation bezuglich der palliativen Betreuung. Somit wird in 25% der Fälle die personelle Situation als weniger gut bis mangelhaft eingeschätzt.

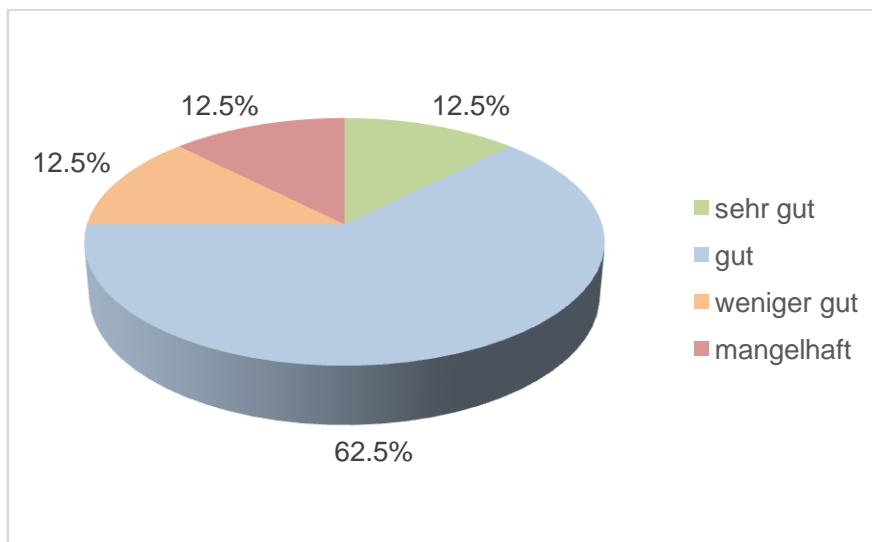


Abbildung 2: Personelle Situation in der Palliativen Betreuung (Spitäler)

Was die Fachlichkeit und Expertise der Spitäler und Kliniken bezuglich Palliative Care betrifft, so wird dieser Aspekt zu 75% als gut bis sehr gut und zu 25% als weniger gut eingeschätzt.

Bei der Frage nach Weiterbildungen und Spezialisierungen zeigt sich deutlich, dass die Gruppe der Pflegefachpersonen die meisten Fortbildungen bezuglich Palliative Care vorweisen kann. Als kritisch kann die Situation der spezialisierten (Level B2) und der hochspezialisierten Versorgung (Level C) beurteilt werden, da die Fachlichkeit bezuglich Palliative Care zu 75% als sehr gut und gut eingeschätzt wird (siehe oben) aber das Personal diese Fachlichkeit nicht vorweisen kann. Bei sechs der teilnehmenden Spitäler und Kliniken besuchen die Mitarbeitenden regelmässig Fortbildungen zu Themen der Palliative Care.

In zwei Spitälern ist Palliative Care im Leitbild ausgewiesen bzw. verankert. Sechs Spitäler und Kliniken verfugen uber ein Palliative Care Konzept und Behandlungsstandards/Anleitungen für palliative Situationen.

Die Koordination der Versorgung und Entscheidungsfindung bezüglich Palliative Care in den Einrichtungen wird unterschiedlich und zu fast einem Drittel als weniger gut beurteilt.

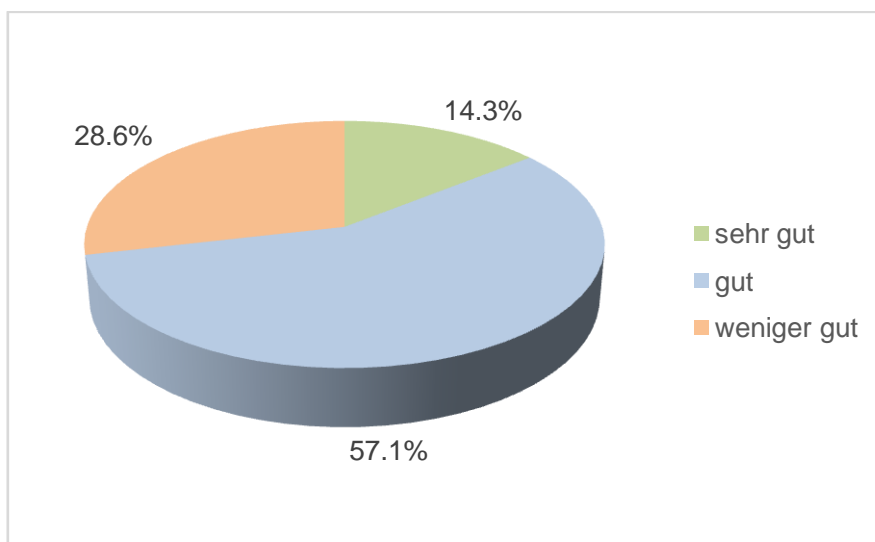


Abbildung 3: Koordination der Versorgung und Entscheidungsfindung

Alle Einrichtungen geben an, dass sie generell vernetzt in interprofessionellen und interdisziplinären Teams arbeiten.

Generell wird allerdings die Zusammenarbeit bzw. der Informationsfluss zwischen den involvierten Akteuren bezüglich Palliative Care zu 100% als gut beurteilt. In Bezug auf die unterschiedlichen Leistungsbereiche im Gesundheitswesen ergibt sich aus Sicht der Spitäler und Kliniken folgendes Bild:

Zusammenarbeit/ Informationsfluss	Sehr gut (%)	Gut (%)	Weniger gut (%)
Langzeitpflege	---	57.1	42.9
Hausarztmedizin	14.3.	85.7	---
Spitex	14.3	85.7	---
Freiwillige	14.3	85.7	---

Abbildung 4: Zusammenarbeit und Informationsfluss zwischen den Gesundheitsakteuren

Auffallend ist, dass die Zusammenarbeit und der Informationsfluss ausser bei der Langzeitpflege insgesamt als sehr gut und gut beurteilt wird, während die Langzeitpflege weniger gut mit 42.9% abschneidet.

In sechs der befragten Spitäler und Kliniken steht ein Palliativmediziner in Akutsituationen zur Verfügung.

Die Patientinnen und Patienten erhalten nach Ansicht der Einrichtungen bei Bedarf lediglich zu

- 28.6% eine sehr homogene, zu
- 42.8% eher eine homogene und zu
- 28.6% eine eher bis sehr heterogene palliative Betreuung.

Das heisst, dass eine palliative Versorgung nicht gleichförmig den erkrankten Personen angeboten wird und es Versorgungsunterschiede gibt.

Im Umgang mit dem Symptommanagement in palliativen Situationen fühlen sich die Mitarbeitenden nach Ansicht der Befragten sehr sicher und eher sicher, allerdings schätzen die Befragten die Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle zu fast 30% als weniger gut ein. Generell werden zu 71.4% regelmässig standardisierte Symptomkontrollen durchgeführt und in 28.6% der Fälle geschieht dies eher unregelmässig.

Nach Ansicht der Befragten werden die Bedürfnisse der Angehörigen von Patientinnen und Patienten bezüglich Palliative Care häufig bis immer berücksichtigt. Ein Spital ist nach qualité palliative zertifiziert und ein weiteres Spital gibt entsprechende Zertifizierungsbestrebungen an. Ein weiteres Spital sieht hierfür eine Notwendigkeit.

Der Zugang zu spezialisierter Palliative Care wird von sechs Spitälern und Kliniken als gut bis sehr gut beurteilt und von einem Spital als weniger gut bewertet.

Aus den Ergebnissen der kantonalen Umfrage und den Bestrebungen der nationalen Strategie Palliative Care, ergibt sich für den Kanton St.Gallen das folgende Entwicklungspotential für den stationären Akutbereich.

Entwicklungspotential Akutbereich Spitäler stationär:

Damit in allen st.gallischen Spitälern und Kliniken auf der st.gallischen Spitalliste mit dem Standort im Kanton St.Gallen eine angemessene Grundversorgung in der Palliative Care gewährleistet werden kann⁹, mit dem Ziel, dass jeder Mensch, der sich in einer Palliativsituation befindet in jedem Spital adäquat und homogen beurteilt, betreut, behandelt und begleitet werden kann und die Möglichkeiten der palliativen Grundversorgung ausgeschöpft werden können, sind die Spitäler und Kliniken aufgefordert, folgende Aspekte kritisch zu prüfen und die Bedingungen zu erfullen¹⁰:

- Vorhandensein eines Palliativkonzeptes.
- Beschäftigung eines namentlich bekannten, interprofessionellen Palliative Care Team und/oder Zugang zu einem spezialisierten palliativen Konsiliardienst im Kanton.
- Behandlungsstandards der Palliativversorgung kennen und anwenden.
- Förderung der Weiterbildung von Mitarbeitenden zu B1-, B2- und C-Level.
- Massnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit mit der Langzeitpflege.
- Planung Qualitätssicherung durch qualité palliative.

⁹ Die Spitäler und Kliniken verfügen über ihren Leistungsauftrag mit dem Kanton St.Gallen über einen Grundversorgungsauftrag, der die palliative Betreuung und Behandlung einbezieht.

¹⁰ Die Empfehlungen (Palliativkonzept, Standards etc.) richten sich nach den Qualitätsstandards von "palliative.ch" und sind unter: <http://www.palliative.ch/standards/qualitaet/?L=0> abrufbar.

3.1.2 Langzeitbereich

In Betagten- und Pflegeheimen zeigt sich schweizweit ein heterogenes Bild bezüglich Palliative Care. Schweizweit zeigt sich, dass 25% der Betagten- und Pflegeheime in ihren Leitbildern Palliative Care als eine ihrer Kernaufgaben aufgeführt haben. 39% der Betagten- und Pflegeheime geben an, über ein Konzept Palliative Care zu verfügen. 61% der Betagten- und Pflegeheime verfügen nicht über ein Palliativ Care Konzept (Swiss Palliative Care Survey, 2008).

Weitere Herausforderungen zeigen sich in sehr unterschiedlichen Handlungsbereichen:

- Bewohnerinnen und Bewohner in der Versorgungsstruktur der Heime werden oft weiterhin durch ihre jeweiligen Hausärztinnen und Hausärzte versorgt. Dieser Umstand, darf hinsichtlich der freien Arztwahl, die ein Erfordernis im neuen Erwachsenenschutzgesetz (Art. 386 Abs. 3 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, SR 210) ist, keinen Nachteil hinsichtlich des Zugangs zu palliativer Versorgung bedeuten.
- Eine vereinheitlichte Arbeitsweise bei palliativen Patientinnen und Patienten wird erschwert, weil dem Pflegefachpersonal in ärztlichen Belangen eine einheitliche Ansprechperson fehlt.
(Swiss Palliative Care Survey, 2008).

Die daraus resultierende erschwerte Koordination bei der Versorgung und Entscheidungsfindung führt zu ungenügenden oder fehlenden Behandlungsstandards im Bereich Palliative Care. Der Zugang zu spezialisierter Palliative Care ist erschwert, weil die beratenden mobilen Palliativdienste (z.B. Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz) nur in Ausnahmefällen herbeigezogen werden. Die Krankenkassen übernehmen die zusätzlichen Kosten für diese Leistung nicht.

Die Umfrage im Kanton St.Gallen (2014) zeigt folgende Ergebnisse:

Von den 117 befragten Langzeitinstitutionen (Stand August 2014; kt. Pflegeheimliste) haben insgesamt 65 Einrichtungen den Fragebogen beantwortet, was einer Rücklaufquote von 55% entspricht. Dies kann als repräsentative Datengrundlage bewertet werden.

Die teilnehmenden Institutionen stellen nach eigenen Angaben rund 3209 Plätze zur Verfügung, welche von acht bis 131 Betten variieren.

In 48.1% der befragten Institutionen ist Palliative Care im Leitbild der Einrichtung ausgewiesen bzw. verankert. Insgesamt haben 33.3% der befragten Institutionen ein eigenes Konzept bzgl. Palliative Care und 58.3% arbeiten derzeit an einem Konzept.

In 66% der befragten Einrichtungen stehen Behandlungsstandards/Anleitungen für palliative Situationen zur Verfügung. 48.1% der Mitarbeitenden erhalten regelmässige Fortbildungen zu Palliative Care.

Die befragten Institutionen schätzen generell die palliative Betreuung in ihren Einrichtungen zu

- 70.1% als sehr gut bis gut ein,
- während 10.5% palliative Versorgung als weniger gut und mangelhaft beurteilen und
- 19.4 % konnten die Frage nicht beantworten.

Die folgende Abbildung zeigt, dass die personelle Situation in den Einrichtungen zu einem Viertel als weniger gut bis schlecht bewertet wird. Weiterhin wird auch die Fachlichkeit und Expertise der Mitarbeitenden zu 30.9% als weniger gut und mangelhaft eingeschätzt.

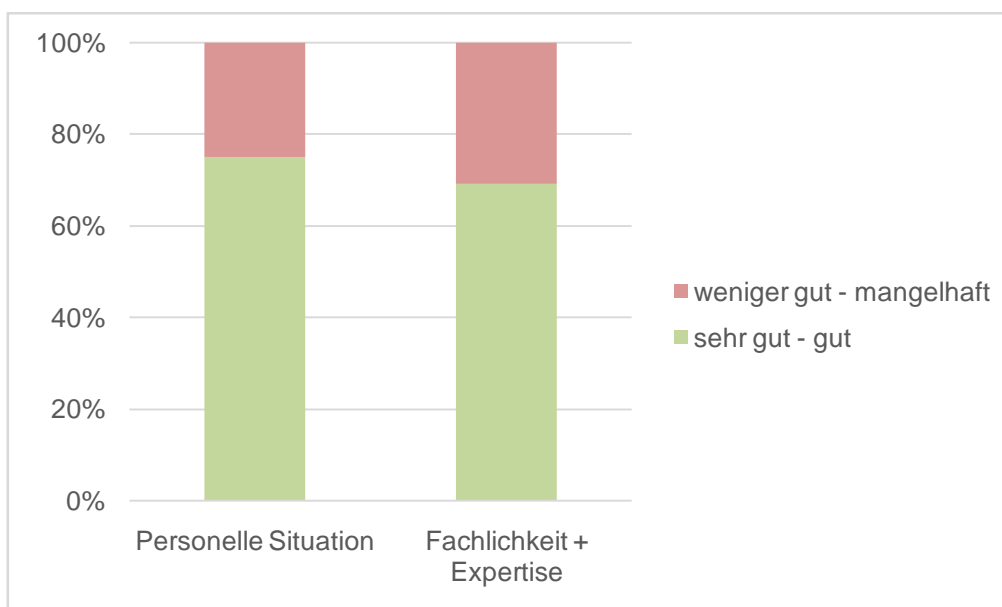


Abbildung 5: Personelle Situation und Fachlichkeit/Expertise der Mitarbeitenden

Die Koordination der Versorgung und Entscheidungsfindungen bzgl. Palliative Care werden von den Einrichtungen zu 77.3% als sehr gut und gut und zu 22.7% als weniger gut und mangelhaft eingeschätzt.

Zu 86.8% kommt es selten und eher selten vor, dass in palliativen Situationen keine zuständige Ärztin oder Arzt verfügbar bzw. erreichbar ist. Eine gleichförmige d.h. sehr homogene und eher homogene palliative Versorgung ist in 66% gewährleistet.

Nach Ansicht der Befragten fühlen sich 66% der Mitarbeitenden sicher bezüglich des Symptommanagements in palliativen Situationen. Die Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle bei Bewohnerinnen und Bewohnern in palliativen Situationen wird von den teilnehmenden Einrichtungen zu 64.1% als sehr gut bis gut bezeichnet

Die Bedürfnisse der Angehörigen in palliativen Situationen der Bewohnerinnen und Bewohner wird zu 58.5% immer und zu 39.6% häufig berücksichtigt. Generell wird die Betreuungsqualität in Bezug auf die Lebensqualität der Betroffenen zu 96.2% als sehr gut und gut beurteilt.

Keine der befragten Einrichtung ist zum Befragungszeitpunkt gemäss qualité palliative zertifiziert, allerdings streben 5.8% der Einrichtungen eine solche Zertifizierung an. Insgesamt erachten 22.9% der befragten Einrichtungen eine Zertifizierung gemäss qualité palliative als notwendig.

Aus den Ergebnissen der kantonalen Umfrage und den Bestrebungen der nationalen Strategie Palliative Care, ergibt sich für den Kanton St.Gallen das folgende Entwicklungspotential für den Langzeitbereich.

Entwicklungspotential Langzeitbereich (Betagten- und Pflegeheime):

Damit in Betagten- und Pflegeheimen eine angemessene Grundversorgung in der Palliative Care gewährleistet wird, sollten die folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Jede Institution verfügt über ein Palliativkonzept und/oder nimmt im Leitbild Stellung zur palliativen Betreuung.
- Zugang zu einem spezialisierten palliativen Konsiliardienst im Kanton.
- Die Institutionen weisen Behandlungsstandards für die Palliativversorgung aus.
- Förderung der Weiterbildung von Mitarbeitenden zu B1-, B2- und C-Level.
- Betagten- und Pflegeheime prüfen den Bedarf einer Zertifizierung gemäss Qualität palliative. Entscheiden sie sich für diese Zertifizierung, gelten sie dann als Referenzzentren für die Zuweisungen aus den Akutabteilungen für Palliativpatientinnen und -patienten, die spezialisierte Palliative Care benötigen (insbesondere auch jüngere Menschen).
- Die Mitarbeitenden werden zu den Grundlagen des Symptommanagements geschult.

3.1.3 Ambulanter Bereich: Spitex

Obwohl die geographische Lage des Kantons das Angebot teilweise erschwert, verfügt der Kanton St.Gallen weitgehend über ein gut ausgebautes Versorgungssystem im ambulanten Bereich. Die Spitexdienste sind sinnvoll über den gesamten Kanton verteilt. Die Mitarbeitenden der Spitexdienste pflegen und begleiten Menschen oft über einen längeren Zeitraum, dies in enger Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und gegebenenfalls Entlastungsdiensten. Bei Patientinnen und Patienten in einer Palliativsituation nehmen die Angehörigen und die Entlastungsdienste eine wesentliche Rolle in der Versorgung ein.

Die Umfrage im Kanton St.Gallen (2014) zeigt folgende Ergebnisse:

Von den 61 Spitex-Diensten haben insgesamt 30 Einrichtungen geantwortet, was einer Rücklaufquote von 49% entspricht. In den befragten Einrichtungen werden insgesamt 2248 Patientinnen und Patienten betreut (Minimum 2; Maximum 300), von denen insgesamt 304 Menschen (Minimum 1; Maximum 50) einen ausgewiesenen spezialisierten Palliativen Bedarf aufweisen. Die Einrichtungen gaben auch an, dass zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt 299 Personen als Menschen am Lebensende eingeschätzt werden können.

Palliative Care wird von 56% der befragten Institutionen im Leitbild ausgewiesen. Ein Palliative Care Konzept liegt zu 29.2% in den Einrichtungen vor und derzeit arbeiten 27.8% der befragten Spitexorganisationen an einem Palliative Care Konzept. Zu 42.3% werden Behandlungsstandards für palliative Situationen eingesetzt.

Die generelle Einschätzung der palliativen Betreuung in der ambulanten Einrichtung wird von den Befragten zu

- 14.3% als sehr gut, zu
- 67.9% als gut, von
- 14.3% als weniger gut eingeschätzt und
- 3.5% konnten die Frage nicht beantworten.

Die personelle Verfügbarkeit und die Fachlichkeit und Expertise in der palliativen Betreuung wird mehrheitlich als sehr gut bis gut eingeschätzt.

Ein regelmässiger Fortbildungsbesuch von Mitarbeitenden zu Themen rund um Palliative Care wird in 75% der befragten Institutionen durchgeführt.

Zu 22.2% gibt es in den Einrichtungen ein Palliative Care Team oder eine Person mit klar definiertem Auftrag, die sich um diese Patientengruppe kümmert. Die Einrichtungen, die kein spezialisiertes Team oder eine Fachperson aufweisen, arbeiten zu 83.3% mit mobilen Diensten wie z.B. dem Brückendienst zusammen. Lediglich 12.5% der befragten Institutionen weisen keine Zusammenarbeit mit einem solchen Angebot auf und 4.2% gaben keine Antwort.

Die Koordination der Versorgung und Entscheidungsfindung bezüglich Palliative Care wird in den Einrichtungen zu

- 7.7% als sehr gut, zu
- 80.8% als gut, zu
- 7.6% als weniger gut und mangelhaft eingeschätzt und
- 3.9% konnten die Frage nicht beantworten.

Dass in Palliative Care Situation keine zuständige Ärztin oder Arzt verfügbar bzw. erreichbar ist kommt in 38.4% der Fälle häufig bis weniger häufig vor. Eher selten und ganz selten steht zu 61.6% keine zuständige Ärztin oder Arzt zur Verfügung.

Die Homogenität bzw. Gleichförmigkeit der palliativen Versorgung wird zu

- 7.7% als sehr homogen, zu
- 46.2% eher homogen, zu
- 19.2% als eher bis sehr heterogen eingeschätzt und
- 26.9% gaben keine Antwort

d.h., dass nicht alle Betroffenen eine gleichförmige palliative Versorgung erhalten und es scheint in diesem Zusammenhang grössere Unterschiede zu geben.

Die Mitarbeitenden fühlen sich bezüglich des Symptommanagements in Palliative Care Situation zu 64.4% sehr sicher und sicher, wohingegen 26.9% diesen Aspekt eher als unsicher bewerten. Die Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle wird mit 69.2% als sehr gut und gut eingeschätzt und mit 26.9% als weniger gut und mangelhaft. Die übrigen Befragten sehen sich nicht in der Lage, diese Frage zu beantworten.

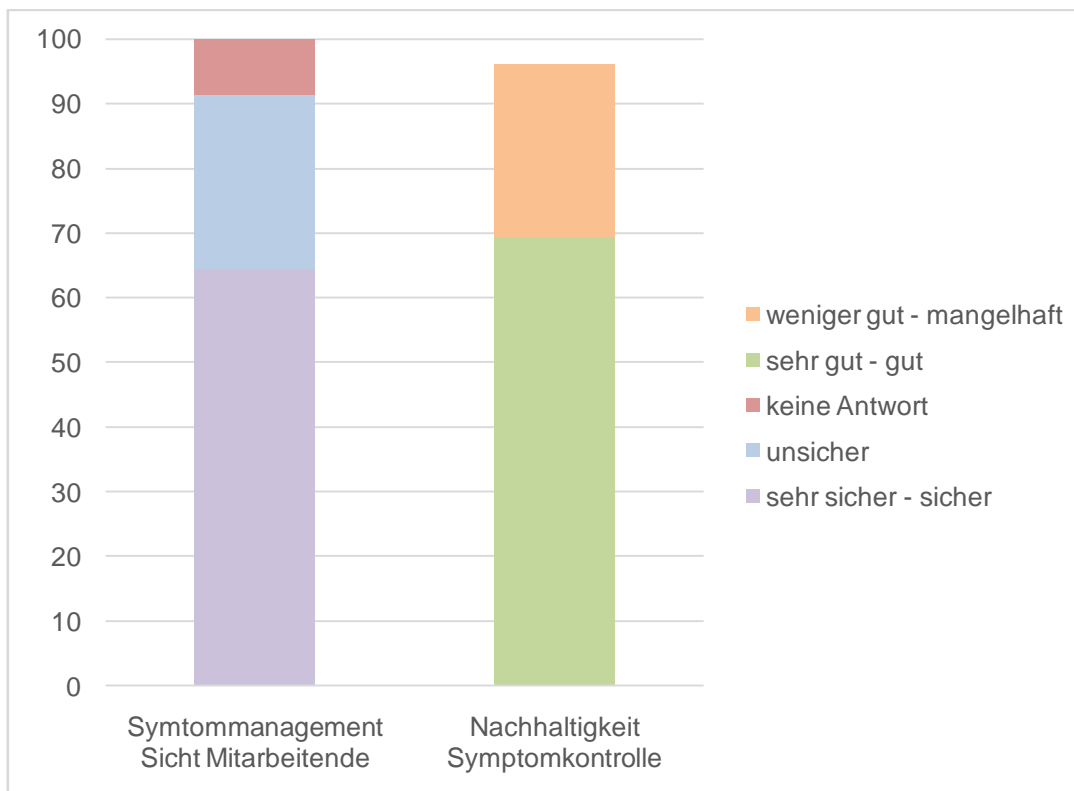


Abbildung 6: Symptommanagement und Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle

Die Bedürfnisse der Angehörigen von palliativen Patientinnen und Patienten werden nach Aussage der Befragten zu

- 57.7% immer und zu
- 42.3% häufig berücksichtigt.

In keiner Einrichtung werden die Angehörigen nur manchmal oder selten berücksichtigt.

Der Zugang zu spezialisierter Palliative Care (z.B. Brückendienst; Krebsliga Ostschweiz etc.) wird von 53.8% als sehr gut, von 34.6% als gut und lediglich von 7.6% als weniger gut und mangelhaft beurteilt. 4% machten keine Angaben.

Zu 24% ist den befragten Institutionen bekannt, ob die Hausärztinnen und -ärzte, die ihre Patientinnen und Patienten betreuen, Expertise bzgl. Palliative Care aufweisen und 76% ist dies nicht bekannt. Der Anteil an Hausärztinnen und -ärzten mit palliativer Expertise wird von den Befragten auf 10% aller Hausärztinnen und -ärzte mit denen sie Kontakt haben geschätzt. Dennoch wird das palliative Wissen der Hausärztinnen und -ärzte von

den Befragten mit 42.3% als sehr gut sowie gut beurteilt, wohingegen 53.9% dieses Wissen als weniger gut und mangelhaft einschätzen (3.8% keine Angaben).

Der Zugang zu Freiwilligendiensten (z.B. zur Entlastung von Angehörigen und Betroffenen in häuslichen Palliative Care Situationen) wird von den Befragten zu 76.9% als sehr gut und gut eingeschätzt. Als weniger gut schätzten 15.4% der Befragten diesen Aspekt ein und 7.7% können hierauf keine Antwort geben.

Insgesamt sind 86.4% der Befragten der Ansicht, dass das Schnittstellenmanagement während eines Wechsel von palliativen Situationen in andere Versorgungssetting sehr gut und gut zu beurteilen ist, wohingegen 9% dieses als weniger gut und mangelhaft beurteilen (4.6% keine Antwort).

Das Schnittstellenmanagement bezüglich der Hausärztinnen und -ärzte wird von 58.4% der Teilnehmenden als sehr gut und gut bezeichnet, wohingegen 37.5% der Befragten das Management dieser Schnittstelle als weniger gut bewerten. Zu 75% bezeichnen die Befragten das Schnittstellenmanagement bezüglich der Spitäler als sehr gut und gut und 20.8% finden dies als weniger gut. Das Schnittstellenmanagement zu den Freiwilligendiensten schneidet insgesamt mit 82.6% am besten ab, nur 4.3% finden diese als weniger gut. Die restlichen machten keine Angaben zu dieser Fragestellung.

Von den befragten Spitexdiensten ist derzeit eine Einrichtung gemäss Qualität Palliative Care zertifiziert und eine weitere Einrichtung strebt diese Zertifizierung an. Insgesamt war eine Zertifizierung bisher noch kein Thema oder stellt aufgrund der Grösse der Einrichtung sowie anderer vorrangiger Herausforderungen kein Aspekt dar.

Aus den Ergebnissen der kantonalen Umfrage und den Bestrebungen der nationalen Strategie Palliative Care, ergibt sich für den Kanton St.Gallen das folgende Entwicklungspotential für den Spitexbereich.

Entwicklungspotential Spitexorganisationen:

Damit in allen Spitexorganisationen des Kantons St.Gallen eine angemessene Grundversorgung in der Palliative Care gewährleistet wird, müssen diese folgende Bedingungen erfüllen:

- Jede Spitexorganisation verfügt über ein Palliativkonzept und/oder nimmt im Leitbild Stellung zur palliativen Betreuung.
- Die Mitarbeitenden sollten insbesondere Fortbildungen im Bereich des Symptommanagements absolvieren, um das Assessment und die Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle sichern zu können.
- Jede Spitexorganisation verfügt über Pflegefachpersonen mit einer Grundausbildung in Palliative Care (Grundkurs, Level B1) im Team, so dass Fachpersonen den Bereich Palliative Care abdecken und in ihrem Team eine Multiplikatorenrolle einnehmen können oder stellt den Zugang zu einem spezialisierten palliativen Konsiliardienst im Kanton sicher.
- Die Spitexorganisationen vermitteln Freiwillige in häusliche Palliative Situationen.
- Die Zusammenarbeit und das Schnittstellenmanagement zur Hausarztmedizin werden optimiert.

3.1.4 Ambulanter Bereich: Hausarztmedizin

Hausärztinnen und Hausärzte können zusammen mit der Spitex eine tragende Rolle der palliativen ambulanten Grundversorgung einnehmen. Sie haben wegen der oft langjährigen Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten sehr gute Kenntnisse über deren Biographie, das jeweilige Umfeld und die Krankheitsverläufe. Die Zusammenarbeit mit den Spitexdiensten ist naheliegend, hingegen variiert das Ausmass der Qualität und Quantität dieser Zusammenarbeit beträchtlich. Von zentraler Bedeutung ist auch, dass die meisten Hausärztinnen und Hausärzte Hausbesuche anbieten und 24-Stunden-Dienste leisten. Sie arbeiten ausserdem stark vernetzt in interprofessionellen und interdisziplinären Teams, indem sie unter anderen regelmässig spezialisierte Spitexdienste, ärztliche Spezialistinnen und Spezialisten sowie Sozialdienste in die Behandlung einbeziehen. Aus den aufgeführten Gründen, sind sie prädestiniert, die Koordination der komplexen Betreuung von chronisch kranken, unheilbar kranken und sterbenden Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu übernehmen.

Die Umfrage im Kanton St.Gallen (2014) zeigt folgende Ergebnisse:

Von den 550 Hausärztinnen und Hausärzte im Kanton St.Gallen, haben insgesamt 120 Medizinerinnen und Mediziner an der Befragung teilgenommen, was einer Rücklaufquote von knapp 22% entspricht. Diese kann als gute Grundlage betrachtet jedoch nicht als repräsentativ bewertet werden. Für das Konzept Palliative Care bieten die Ergebnisse jedoch einen guten Ausgangspunkt, um einen Eindruck über den Ist-Zustand der Hausarztmedizin in Zusammenhang mit Palliative Care zu erhalten.

Die Hausärztinnen und Hausärzte schätzen das Angebot ihrer Praxis für Palliativpatientinnen und -patienten mehrheitlich gut ein.

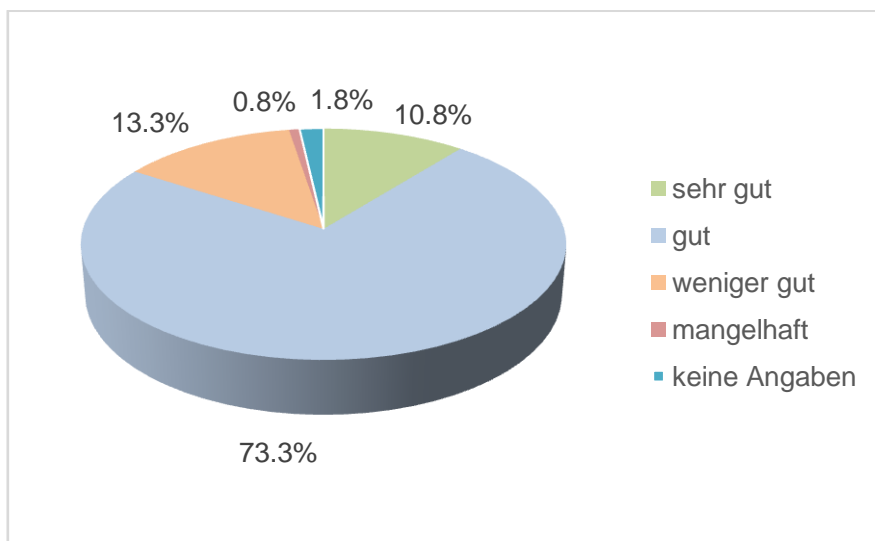


Abbildung 7: Palliativangebot aus der Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte

Die Anzahl an Palliative Care Situationen variiert von Minimum einer Patientin, einem Patienten bis zu Maximum 300 Patientinnen und Patienten pro Hausärztin oder Hausarzt im Jahr. Durchschnittlich betreuen die antwortenden Hausärztinnen und Hausärzte pro Jahr ca. 24 Patientinnen und Patienten in Palliative Care Situationen. Die folgende Abbildung zeigt ein eher heterogenes Bild, welchen Anteil palliative Situationen nach Einschätzung der antwortenden Hausärztinnen und Hausärzte, palliative Situationen, bzw. palliative Patientinnen und Patienten pro Jahr in ihrem Arbeitsalltag einnehmen. Diese Unterschiedlichkeit lässt die Vermutung zu, dass palliative Betreuungssituationen unterschiedlich definiert und empfunden werden.

Hausärzte/Innen in %	Von den Hausärzte/Innen angegebener Anteil palliativer Situationen im Arbeitsalltag (%)
59%	0% - 5%
35%	5% - 25%
1.7%	25% - 50%
4.3%	Über 50%

Abbildung 8: Palliative Situationen im Alltag der Hausärztinnen und Hausärzte

Zu 20.5% geben die Hausärztinnen und Hausärzte an, dass sie einen Basiskurs in Palliative Care besucht haben und 17.9% geben an, dass sie zwar keinen Kurs aber anderweitig Erfahrung gesammelt haben. Insgesamt sehen 35.1% der Hausärztinnen und Hausärzte für sich die Notwendigkeit eine Grundausbildung (ca. 40 Stunden) in Palliative Care zu absolvieren und 64.9% sind der Ansicht, dass dies nicht notwendig ist, da:

- es eine Inflation an Kursen gäbe,
- es zu aufwendig sei für die verbleibenden Arbeitsjahre,
- eine hohe Berufserfahrungen nach über 40 Jahren vorhanden sei,
- Palliative Care zum Basiswissen der Ärztinnen und Ärzte dazu gehört und
- ein gutes Netzwerk an Spezialistinnen und Spezialisten vorhanden sei.

Von den Hausärztinnen und Hausärzte sind 38.3% nicht bereit eine Weiterbildung in Palliative Care zu besuchen. Die restlichen 61.7% wären bereit zwischen 1 Stunde und 160 Stunden zu investieren. Im Durchschnitt wären die Befragten bereit eine zwölfstündige Ausbildung zu besuchen. Die Frage, ob die Hausärztinnen und Hausärzte bereit wären einen Basiskurs von ca. 40 Stunden in Palliative Care zu besuchen wurde mit 32.1% bejaht.

Die Frage, ob die Hausärztinnen und Hausärzte die Fallführung von palliativen Patientinnen und Patienten selber durchführen möchten, bejahen 75.7% der Teilnehmenden.

Die Möglichkeit eines externen Case Managements von palliativen Patientinnen und Patienten ist für die Befragten zu

- 8.8% sehr wichtig, zu
- 43.1% wichtig, zu
- 34.3% weniger wichtig und zu
- 13.8% nicht wichtig.

Laut den Hausärztinnen und Hausärzte führen 53.9% standardisierte Symptomkontrollen durch.

Alle Hausärztinnen und Hausärzte sehen es als ihre Aufgabe, die Angehörigen in palliativen Situationen zu betreuen. Die Angehörigenbetreuung nimmt in palliativen Situationen durchschnittlich 31.97% der Arbeitszeit in Anspruch.

66.7% der befragten Hausärztinnen und Hausärzte geben an, dass sie sich in palliativen Situationen überfordert fühlen. Gründe hierfür sind, wenn keine Angehörigen als Ansprechpersonen zur Verfügung stehen und die Fachdisziplinen ihre Aufgaben nicht richtig durchführen. Tod und Sterben würde alle Medizinerinnen und Mediziner an ihre ethischen Grenzen führen.

Die Zusammenarbeit und Informationsweitergabe in Bezug auf die Versorgung palliativer Patienten wird generell zu

- 8.9% als sehr gut, zu
- 66.3% als gut, zu
- 15.8% als weniger gut, zu
- 5% als mangelhaft eingeschätzt und
- 4% konnten die Frage nicht beantworten.

Zu 80% geben die Hausärztinnen und Hausärzte an, dass sie vernetzt in interprofessionellen und interdisziplinären Teams arbeiten bzw. andere Gruppen in die Behandlung mit einbeziehen.

Insgesamt geben 62% der befragten Hausärztinnen und Hausärzte an, dass sie spezifisches Informationsmaterial zu Palliative Care kennen. Generell wird die Qualität dieses Informationsmaterial als gut beurteilt. Obwohl die Informationsmaterialien überwiegend als gut eingeschätzt werden, teilen lediglich 16.2% der Hausärztinnen und Hausärzte solche Unterlagen an Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in palliativen Situationen aus.

Ein besorgniserregendes Bild zeigt sich, nach Ansicht der Befragten in der Vergütung von palliativen Betreuungsleistungen. Nach Ansicht der Befragten werden die Hausarztleistungen für palliative Versorgungsbedürfnisse durch die Krankenkassen zu

- 1% sehr gut, zu
- 24% als gut, zu
- 43.4% als weniger gut, zu
- 22.2% als mangelhaft vergütet und
- 9.4% machten keine Angaben.

Der überwiegende Teil der Befragten, insgesamt 65.6%, sind der Ansicht, dass die Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf palliative Situationen weniger gut und mangelhaft vergütet werden. Folgende Aspekte werden benannt auf die Frage, wo es Finanzierungslücken gibt (Auszug):

- Delegierte organisatorische Leistungen der Medizinischen Praxisassistentin (MPA) werden nicht vergütet.
- Der Besuch als Dienstleistung ist im Vergleich zum Aufwand/Arbeit in der Praxis schlechter entlohnt.
- Die aufgewendete Zeit muss oft mit anderen Positionen verrechnet werden. Eine Position für palliative Versorgung wäre hilfreich.
- Der Zeitaufwand bei Gesprächen sollte besser entschädigt werden.

Insgesamt wird in den Freitextantworten deutlich, dass alles was mit Familieninterventionen und -betreuung zu tun hat, kaum abgegolten wird und hier ein Veränderungsbedarf besteht.

Aus den Ergebnissen der kantonalen Umfrage und den Bestrebungen der nationalen Strategie Palliative Care, ergibt sich für den Kanton St.Gallen das folgende Entwicklungspotential für die Hausarztmedizin.

Entwicklungspotential Hausärztinnen und Hausärzte:

- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Schnittstellenmanagement).
- Hausärztinnen und Hausärzte streben eine Grundausbildung (40 Stunden) in Palliative Care an.

3.2 Spezialisierte Angebote

3.2.1 Akutbereich stationär

Im Kanton St.Gallen bieten zwei Spitäler, verteilt auf drei Standorte spezialisierte Palliative Care im stationären Akutbereich (Spitalliste) an. Das Kantonsspital St.Gallen mit den Standorten St.Gallen und Flawil verfügt über Palliativabteilungen mit je elf Betten. Der Spitalstandort Walenstadt verfügt über fünf Palliativ-Betten, wobei die Palliativstation Walenstadt nicht in allen Belangen die Qualitätsanforderungen einer spezialisierten Palliative Care Einheit anbieten kann. Insgesamt ergibt sich ein Total von 27 Betten für spezialisierte Palliative Care im Kanton St.Gallen.

Entwicklungspotential spezialisierte Palliative Care im Akutbereich stationär:

Regelmässige Evaluation, ob das stationäre Angebot an spezialisierter Palliative Care ausreichend ist und die wohnortnahe Behandlung den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.

3.2.2 Kinder und Jugendliche – Pädiatrische Palliative Care (PPC)

In der Ostschweiz (Kantone SG, TG, AR, AI sowie das FL) bietet das Ostschweizer Kinderspital spezialisierte Palliative Care für Kinder und Jugendliche an. Als erstes und bisher einziges Kinderspital in der Schweiz ist im Ostschweizer Kinderspital der SanaCERT-Qualitätsstandard 25 (Palliative Betreuung) als Qualitätsstandard Pädiatrische Palliative Care zertifiziert und auditiert.

Mit dem Zentrum für Pädiatrische Palliative Care steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung, das spitalintern wie spitalextern, ambulant und stationär die umfassende Betreuung von palliativen und chronisch-kranken Kindern und Jugendlichen übernimmt und die primär betreuenden Personen und Institutionen in allen Belangen der Pädiatrischen Palliative Care unterstützt und beratend zur Seite steht.

Dies umfasst nicht nur die Behandlung von Symptomen und begleitenden Schwierigkeiten, welche die Lebensqualität beeinträchtigen, sondern auch die Unterstützung im Prozess der Entscheidungsfindung bei ethisch schwierigen und anspruchsvollen Fragestellungen.

Die palliative Versorgung berücksichtigt Körper, Seele und Geist des betroffenen Kindes oder des Jugendlichen gleichermaßen und gewährleistet die Unterstützung der gesamten betroffenen Familie, auch und besonders der Geschwister.

Das Angebot richtet sich dementsprechend an:

- Kinder und Jugendliche mit angeborenen oder erworbenen Krankheiten mit eingeschränkter Lebenserwartung,
- betroffene Eltern und Familien sowie andere wichtige Bezugspersonen und
- Fachpersonen, Freiwillige sowie spitalinterne und -externe Betreuungsteams.

Eine eigentliche, in sich geschlossene Palliativstation mit stationären Akutbetten ist aus folgenden Gründen nicht sinnvoll und deshalb nicht anzustreben:

zentrale Aufgabe ist die möglichst wirkungsvolle Behandlung von Krankheitsbeschwerden und die Wiederherstellung oder zumindest Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens

und damit auch die Gewährleistung einer möglichst normalen altersentsprechenden physischen und psychischen Entwicklung.

Die palliative Betreuung beginnt bereits mit dem Diagnosegespräch, bei dem die Eltern und Patientinnen und Patienten altersentsprechend angepasst über die lebenslimitierende Krankheit aufgeklärt werden. Sie wird über den gesamten weiteren Krankheitsverlauf, oft über viele Jahre, fortgesetzt und schliesst die Trauerphase nach dem Tod des Kindes mit ein.

Die physischen, geistigen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich individuell wie auch krankheits- und altersabhängig grundlegend. Eine isolierte Behandlung auf einer Palliativstation würde der Komplexität der PPC nicht gerecht.

Stationäre Aufenthalte erfolgen im Ostschweizer Kinderspital auf derjenigen Station, auf welcher die Patientin oder der Patient bekannt und vertraut ist.

Notwendig sind Möglichkeiten der ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung. Das Angebot wäre grundsätzlich auf allen Betreuungsstufen vorhanden, die Leistungen können aber nicht im erforderlichen Ausmass erbracht werden, weil sie von den Kostenträgern limitiert und dementsprechend nicht adäquat finanziert werden. Unbedingt notwendig wäre auch das Angebot eines mobilen pädiatrischen Palliativdienstes (Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen), koordiniert vom Zentrum für Pädiatrische Palliative Care des Ostschweizer Kinderspitals.

Entwicklungspotential Kinder und Jugendliche in spezialisierter Palliative Care:

Bereitstellung von finanziellen Ressourcen zur bedarfsgerechten Umsetzung einer adäquaten stationären und ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen im Kanton St.Gallen.

3.2.3 Mobiler Palliativdienst (Palliativer Brückendienst)

Mobile Palliativdienste sind spezialisierte, interprofessionell arbeitende Palliative Care-Teams, die sich in erster Linie an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause, in Betagten- und Pflegeheimen und allenfalls in Spitälern, die nicht über eigene Spezialistinnen und Spezialisten in Palliative Care verfügen, wenden. Sie arbeiten hauptsächlich spitalextern. Es bedingt ein Team, das hauptamtlich im Bereich Palliative Care arbeitet. Die EAPC (Europäische Gesellschaft für Palliative Care) empfiehlt einen Mobilen Palliativdienst, bestehend aus Spezialistinnen und Spezialisten mit vertiefter Expertise in Palliative Care, pro 100'000 Einwohnerinnen/Einwohner.

Der Palliative Brückendienst besteht im Kanton St.Gallen seit über 12 Jahren und ist ein „Mobiler (spitalexterner) Palliativdienst“ gemäss Definition der „Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz“ mit folgenden Zielen:

- die Expertise von spezialisierter Palliative Care in die Grundversorgung (allgemeine Palliative Care) einzubringen und
- die verschiedenen relevanten Netzwerkpartnerinnen und -partner für die Patientinnen und Patienten Palliativnetzes zu verbinden.

Dies beinhaltet folgende Teilaspekte:

- den Palliativpatientinnen und -patienten zu ermöglichen in ihrer gewohnten Umgebung (zu Hause) zu bleiben,
- bei einer notwendigen Aufnahme in ein Spital oder andere Institution die Zielsetzung des Aufenthaltes klar zu definieren,
- den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu erleichtern (Brückenfunktion),
- eine frühzeitige Entlassung aus dem Spital zu ermöglichen,
- eine lückenlose Weiterbetreuung zu Hause sicherzustellen.

Der Palliative Brückendienst versteht sich als unterstützendes, beratendes Angebot in Ergänzung zur Grundversorgung durch die Spitex und Hausarztmedizin in komplexen palliativen Betreuungssituationen zu Hause. Das Dienstleistungsangebot ist flächendeckend für die Kantone AR, AI und SG (mit Ausnahme Region See-Gaster) verfügbar. Die Pflegefachpersonen des Palliativen Brückendienstes arbeiten selbständig und eigenverantwortlich. Sie verfügen alle über eine Weiterbildung und Berufserfahrung in Onkologie- und spezialisierter Palliativpflege. Die Mitarbeitenden haben gleichzeitig eine Zweitstellung im pflegerischen Bereich. Das Kernteam wird medizinisch unterstützt durch den ärztlichen Hintergrunddienst des Palliativzentrums am Kantonsspital St.Gallen.

Leistungsangebot und Zielgruppen

Grundsätzlich gehören Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen Diagnose zur Zielgruppe des Palliativen Brückendienstes. Es können aber auch nicht onkologische Patienten und Patienten in einer komplexen palliativen Betreuungssituation die Dienstleistung in Anspruch nehmen.

Für Betroffene und Angehörige:

- Fachliche Beratung und Betreuung in spezialisierter Palliative Care
- Symptomkontrolle
- Linderung komplexer und belastender Symptome
- Beratung in spezialisierter Behandlungspflege
- Vorausschauende Erstellung von Notfallplänen
- Unterstützung bei Entscheidungsfindungsprozessen
- Begleitung und Unterstützung im Sterbeprozess (End of Life)
- Trauerbegleitung für Angehörige über den Tod des Betroffenen hinaus
- 24-Stunden Bereitschaftsdienst an 7 Tagen pro Woche

Für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen:

- Organisation und Moderation „Runder Tisch“ im ambulanten oder stationären Setting (Betagten- und Pflegeheime, Spitäler, Spitex)
- Beratung und Information in der Geschäftsstelle oder vor Ort in ambulanten oder stationären Settings

Für Fachpersonen:

- Edukation in spezialisierter Behandlungspflege (Porth-A-Cath, Schmerzpumpe, Notfallsituationen, etc.)

Finanzierung:

Der Betrieb des Palliative Brückendienst wird mit ca. 80 % über Spendeneinnahmen der Krebsliga Ostschweiz finanziert. Einzig die Leistungsstunden vor Ort bei Patientinnen und Patienten können über das KVG und die Gemeinden (Restfinanzierung im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung) abgerechnet werden. Da der Palliative Brückendienst flächendeckend tätig ist, entstehen sehr hohe, nicht verrechenbare Leistungen. Die Krebsliga Ostschweiz verfügt bis heute über keinen Leistungsauftrag¹¹ des Kantons St.Gallen.

Entwicklungspotential Mobiler Palliativdienst (Brückendienst) spezialisierte Angebote in Palliative Care:

- Leistungsauftrag des Kantons an den palliativen Brückendienst der Krebsliga, um das flächendeckende palliative Angebot bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen.
- Flächendeckende Versorgung durch einen Mobilen Palliativdienst im Kanton für: Langzeiteinrichtungen (Betagten- und Pflegeheimen); Akutspitäler und Kliniken (konsiliarisch), die über kein eigenes spezialisiertes Palliative Care Team (Palliativkonsiliar-dienst oder Palliativstation) verfügen und Patientinnen und Patienten ohne onkologisches Grundleiden.

¹¹ Da im Wording der st.gallischen Spitalplanung von „Leistungsaufträgen“ gesprochen wird, wird dieser Begriff auch folgend innerhalb des Konzeptes verwendet. Der Leistungsauftrag ist ein Instrument zur mittelfristigen Steuerung von Unternehmungen, welche im Auftrag der öffentlichen Hand Leistungen erbringen. Der Begriff kann synonym mit „Leistungsvereinbarungen“ genutzt werden.

3.2.4 Hospiz

Das stationäre Hospiz ist ein spezialisiertes stationäres Palliative Care Angebot für Patientinnen und Patienten, die keine stationäre Akutversorgung mehr benötigen, deren Krankheitssituation aber zu komplex ist, damit sie zu Hause oder in einem Pflegeheim behandelt und betreut werden können.

Obwohl gemäss europäischen Vergleichszahlen (Empfehlungen EU-Council) für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung 80 – 100 Palliativ- und Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner vorhanden sein sollten, wurde dieses Angebot bisher im Kanton St.Gallen nicht realisiert. Laut WHO benötigt die st.gallische Bevölkerung 45-55 Palliativbetten in spezialisierten Palliativabteilungen (Palliativstationen oder Hospizen).

Der Kanton St.Gallen verfügt aktuell über keine stationären Hospizinstitutionen. Hier besteht eine Angebotslücke. Neben den 27 Palliativbetten an den Spitalstandorten St.Gallen, Flawil und Walenstadt, zeigt sich ein Bedarf an Hospizbetten für palliative Patientinnen und Patienten, die in den aktuellen Versorgungsstrukturen keinen geeigneten Betreuungsplatz in der letzten Lebensphase finden.

Eine Gruppierung von Palliativspezialistinnen und -spezialisten befasst sich derzeit mit dem Aufbau eines Hospizes in der Stadt St.Gallen. Dies wäre eine Ergänzung zu den Palliativstationen in den Akutspitälern und würde eine vorhandene Angebotslücke schliessen.

Besondere Herausforderungen bei dem Aufbau eines stationären Hospizangebots zeigen sich im Rahmen der Finanzierung. Die bestehenden Möglichkeiten sowohl der Spitalfinanzierung (DRG) als auch der Pflegefinanzierung sind für die Finanzierung dieses spezialisierten hochkomplexen Betreuungsangebotes nicht ausreichend, weil über die Tarife keine Kostendeckung erreicht werden kann.

In ihrer Antwort vom 5. Mai auf die Interpellation 51.15.16 „Sterbehospiz“ nahm die Regierung ebenfalls zu verschiedenen Fragen zum Sterbehospiz Stellung. Sie beantwortete Fragen zum Bedarf für ein Hospiz im Kanton St.Gallen und zur mittel- und langfristigen Finanzierung einer solchen Einrichtung.

Entwicklungspotential Hospizangebote:

- Unterstützung des Aufbaus und der Etablierung eines bedarfsgerechten Hospizangebots.
- Mögliche Finanzierungsvarianten für Hospizpatientinnen und –patienten sollen geprüft und erarbeitet werden.

3.3 Freiwillige und Ehrenamtliche

Die Situation bezüglich Freiwilligenarbeit kann im Kanton St.Gallen als gut angesehen werden. Es existieren mehrere Institutionen, die Freiwillige auf einem „guten“ Niveau ausbilden und begleiten, sowie deren Engagement koordinieren. Die wichtigsten Institutionen davon sind der Verein *palliative ostschweiz*, das Schweizerische Rote Kreuz (SRK), die Hospiz-Organisationen, Benevol sowie die katholische und evangelische Kirchgemeinde. Besonders die Kirchengemeinden stellen hier in der seelsorgerischen und spirituellen Betreuung von palliativen Patientinnen und Patienten eine wichtige Ressource dar. Exemplarisch wird an dieser Stelle auch auf das Konzept der evangelisch-reformierten Kirche des Kantons St.Gallen „Seelsorge in Palliative Care“ hingewiesen¹².

Die Umfrage im Kanton St.Gallen (2014) zeigt folgende Ergebnisse:

An der Befragung zur Freiwilligenarbeit/Ehrenamt in der Palliative Care im Kanton St.Gallen haben sich insgesamt 39 Personen/Organisationen beteiligt.

Die antwortenden Freiwilligenarbeit/-organisation sind den folgenden Institutionen angegliedert oder zugehörig (Mehrfachnennungen möglich):

- 51.3%: Verein *palliative ostschweiz*
- 23.1%: Hospiz-Organisation
- 23.1%: Katholische Gemeinde
- 17.9%: Evangelische Gemeinde
- 12.8%: Benevol
- 10.3%: Schweizerisches Rotes Kreuz
- 7.7% : sind keiner Freiwilligenarbeit/-organisation zugehörig

Weitere Zugehörigkeiten der antwortenden Einrichtungen sind die Organisationen „Im Dienste eines Menschen“ (IDEM), Krebsliga Kanton St.Gallen, *palliative ch*, Arbeitszweig eines Diakonievereins, Spitex-Dienste und Verein stationäres Hospiz. Deutlich wird, dass die antwortenden Einrichtungen umfassende Netzwerke ausweisen können und regional gut verankert sind.

Insgesamt werden von den antwortenden Freiwilligendiensten 1860 Ehrenamtliche engagiert von denen 25% gezielt bei Menschen am Lebensende oder in der Palliative Care eingesetzt werden.

Die Freiwilligen werden in den folgenden Settings eingesetzt (Mehrfachantworten möglich):

- 87.5% bei den betroffenen Menschen Zuhause
- 84.2% in Zusammenarbeit mit der Spitex
- 72.2% in Spitälern
- 70% in Pflegeheimen
- 38.5% auf Palliativstationen
- 36.4% in Behindertenheimen

¹² Weitere Informationen unter: www.ref-sg.ch oder info@ref-sg.ch

Durchschnittlich sind die Freiwilligen rund 3 Monate (Minimum 1; Maximum 12) bei den Betroffenen am Lebensende eingesetzt. Die Freiwilligen sind dabei durchschnittlich ca. 19 Stunden pro Woche engagiert.

Insgesamt sind in 66.7% der Einrichtungen nach Angaben der Befragten die Freiwilligen bezüglich Palliative Care und in der Begleitung von Menschen am Lebensende spezifisch weitergebildet. Durchschnittlich haben die Freiwilligen dabei 45 Stunden (Minimum 16; Maximum 280) an einer Weiterbildung teilgenommen. Weiterhin nehmen die Freiwilligen zu 95.2% regelmässig an Weiterbildungen und Supervisionen teil.

Generell schätzen die Freiwilligendienste ihren Bekanntheitsgrad zu

- 10% als sehr gut, zu
- 65% als gut und zu
- 25% als eher befriedigend und schlecht ein.

Generell wird die Auslastung des Freiwilligendienst durchschnittlich von den Befragten zu 46.9% (Minimum 10%; Maximum 90%) angegeben.

Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Freiwilligen setzen zu 68.2% Standards für den Einsatz im Bereich Palliative Care ein. Hierbei handelt es sich um Standards von Be-nevol, Caritas, Pro Senectute und Empfehlungen vom BAG. Eigene Konzepte bzgl. der Begleitung von Freiwilligen in der Palliative Care verwenden 57.1% der befragten Freiwilligendienste und 12.5% planen ein Konzept einzuführen.

3.3.1 ***palliative ostschweiz***

Die Freiwilligengruppen – meist Hospizgruppen genannt – haben sich in einer Interessengruppe Freiwilligenarbeit unter dem Patronat des Vereins *palliative ostschweiz* zusammengeschlossen und führen dort einen regelmässigen Austausch. Es existieren Standards für die Freiwilligenarbeit im Palliative Care Bereich, die publiziert sind (Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care, Caritas, 2010).

Der Verein *palliative ostschweiz* bietet mit der IG Freiwillige Palliative Care eine Plattform für den gegenseitigen Austausch und eine koordinierte Weiterbildung der Einsatzleiterinnen und Einsatzleiter der Freiwilligengruppierungen in Palliative Care (meist Hospizgruppen genannt). Die Leitung der IG erfolgt durch ein Vorstandsmitglied von *palliative ostschweiz* auf freiwilliger Basis und unentgeltlich. Es gibt bisher keine Verbindlichkeit, dass die Freiwilligengruppierungen in Palliative Care gemäss Standards arbeiten müssen. Bei Freiwilligenarbeit ist die Reglementierung heikel, damit das grosse Engagement nicht durch ein bürokratisches Vorgehen demotivierend wirkt. Trotzdem muss Transparenz und gewisse minimale Qualitätskriterien in der Freiwilligenarbeit im Bereich Palliative Care eingehalten werden können.

Entwicklungspotential Freiwillige und Ehrenamtliche:

- Freiwilligengruppen (Hospizgruppen) flächendeckend im ganzen Kanton fördern und einsetzen. Sie sollen gemäss den Standards für Freiwilligenarbeit in der Palliative Care arbeiten.
- Eine zentrale Stelle (z.B. IG Freiwillige Palliative Care von *palliative ostschweiz*) koordiniert die Freiwilligengruppen und deren Auslastung im Bereich Palliative Care. Sie überwacht deren Tätigkeit und die Einhaltung minimaler Qualitätskriterien.

3.4 Schnittstellen und Vernetzung

3.4.1 Hotline *palliative ostschweiz*

Die Hotline *palliative ostschweiz* ist eine zentrale Auskunftsstelle für Palliative Care. Patientinnen und Patienten, Angehörige, Professionelle aus dem Gesundheitswesen, Freiwillige, Fachpersonen, die mit Palliativsituationen in Kontakt kommen und weitere Interessierte können sich hier unentgeltlich an 24 Stunden pro Tag an 365 Tagen pro Jahr über jegliche Belange rund um Palliative Care informieren. Die Anfragen können allgemeiner Art oder patientenbezogen sein. Auskunft kann gegeben werden bezüglich Symptomkontrolle von Patientinnen und Patienten, Unterstützung, Organisation der Betreuung zuhause, Palliativ-Angeboten in der Ostschweiz, strukturelle Fragen (Aufbau eines Konzeptes) bis hin zu möglichen Referentinnen und Referaten für Aus-, Fort und Weiterbildungen.

Die Hotline wird von Spezialistinnen und Spezialisten für Palliative Care am Palliativzentrum des Kantonsspital St.Gallen betrieben, diese ist eng vernetzt mit der Geschäftsstelle des Vereins *palliative ostschweiz*, dem palliativen Brückendienst und dem Palliativzentrum (mit dem Palliativkonsiliardienst und den Palliativstationen). Das Palliativzentrum am Kantonsspital St.Gallen hat damit eine wesentliche Funktion als Auskunfts- und Koordinationsstelle für Professionelle (Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen der Spitex, Professionelle von Betagten- und Pflegeheimen, Seelsorgern, Sozialen Diensten etc.), Institutionen und Betroffene (Angehörige, Patientinnen und Patienten). Das Angebot wird derzeit vollumfänglich vom Fördervereins Pro Palliative Betreuung finanziert.

Entwicklungspotential Hotline:

Der Kanton regelt die Sicherstellung der Finanzierung der Hotline *palliative ostschweiz* über einen Leistungsauftrag.

3.4.2 Koordination

Der Verein *palliative ostschweiz* übernimmt einen Teil der Koordinationsaufgaben im Kanton St.Gallen. *palliative ostschweiz* ist eine regionale Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung *palliative ch*, sie leistet diese Koordinationsaufgaben ohne einen offiziellen Auftrag und ohne finanzielle Entschädigung. *palliative ostschweiz* lanciert den Aufbau von lokalen, gemeindenahen Netzwerken, die die Koordination der verschiedenen Dienste/ Dienstleistungen in den Gemeinden übernehmen. Diese sogenannten Foren koordinieren die Zusammenarbeit von den Grundversorgern in Palliative Care (u.a. Spitex, Hausarztmedizin, Pflegeheime, Freiwilligendienste, Seelsorge) mit den spezialisierten Palliativdiensten (v.a. dem Palliativen Brückendienst, den Palliativstationen und dem Palliativzentrum).

Für folgende Patientengruppen existieren krankheits- oder situationsspezifische Informationsangebote auf privater Basis:

Die Krebsliga als zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen, ist die einzige Organisation, die breiten Kreisen der Bevölkerung bekannt ist. Zudem koordiniert und finanziert die Krebsliga Ostschweiz den Palliativen Brückendienst.

Die Stadt St.Gallen konnte 2013 eine Beratungsstelle zur Realisierung der gemeindenahen Palliative Care realisieren. Ziel dieser Beratungsstelle ist, eine Ansprechstelle zu definieren, die den verschiedenen Akteuren fachspezifische Beratung und Support bietet, Schulungen vermittelt und die Vernetzungsarbeit aufgleist und pflegt.

Die Infostelle Drehkreuz als eine Dienstleistung des Schweizerischen Roten Kreuzes, betreibt eine Informationsanlaufstelle für pflegende Angehörige. Das Drehkreuz nimmt Fragen von pflegenden Angehörigen entgegen und informiert sie über beratende, unterstützende und entlastende Angebotsstellen.

Das Muskelzentrum / ALS Clinic am Kantonsspital St.Gallen ist ein interprofessionell und interdisziplinär arbeitendes Zentrum mit hoher Palliative Care Kompetenz für muskelkranke Menschen. Es betreibt ein Ambulatorium, müssen die Patientinnen und Patienten hospitalisiert werden, so werden sie auf die Pneumologie am Kantonsspital St.Gallen oder auf eine der Palliativstationen aufgenommen.

Der Zugang zu spezialisierten Leistungen im Bereich Palliative Care ist für viele Betroffene erschwert und bleibt erfahrungsgemäss häufig erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen vorbehalten. Die Palliative Care Angebote sind in der Gesellschaft wenig bekannt. Das Informationsniveau der betroffenen Patientinnen und Patienten ist sehr unterschiedlich und stark von der behandelnden Ärztin und dem behandelnden Arzt abhängig.

4 Weitere Aspekte Palliative Care

4.1 Gesetzliche Grundlage

Bei den gesetzlichen Grundlagen wird zwischen expliziten und impliziten Grundlagen unterschieden. Explizit heisst, dass der Begriff „Palliative Care“ (oder „Palliativpflege“, „Palliativmedizin“) im entsprechenden Artikel genannt ist. Implizit meint, dass der Begriff nicht genannt wird, jedoch unter einem anderen Begriff subsummiert werden kann. Laut der Befragung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im April 2013¹³, verfügen sechzehn Kantone über eine explizite rechtliche Grundlage zur Förderung von Palliative Care auf Gesetzes- und/oder Verordnungsebene. Vier Kantone verfügen über eine rechtliche Grundlage, in der Palliative Care nicht explizit benannt wird. So werden beispielsweise im Berner Gesundheitsgesetz „besondere Behandlungsmodelle und vernetzte Versorgung“ (Art. 4c) erwähnt und im Kanton Solothurn ist das „Recht auf ein menschenwürdiges Sterben“ im kantonalen Gesundheitsgesetz festgelegt.

Sechs Kantone verfügen über keine gesetzlichen Grundlagen, dies sind Appenzell-Innerrhoden, Baselland, Graubünden, Nidwalden, Obwalden und St.Gallen.

Der Kanton Thurgau benennt Palliative Care im Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz)¹⁴ wie folgt:

- Unheilbar kranke und sterbende Menschen haben Anrecht auf angemessene Behandlung und Betreuung mittels medizinischer, pflegerischer und begleitender Palliativmassnahmen, wenn eine kurative Behandlung als aussichtslos erscheint.
- Den Angehörigen und den Bezugspersonen wird eine würdevolle Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen von der verstorbenen Person ermöglicht.

(Gesetz über das Gesundheitswesen vom 5. Juni 1985 (Stand 1. Januar 2013); Art. 33i)

Der Kanton St.Gallen verfügt also über keine explizite gesetzliche Grundlage zur Durchführung von Palliative Care. Dieser Umstand erschwert die flächendeckende Umsetzung und für die Finanzierung einzelner Angebote fehlt damit die gesetzliche Grundlage.

Entwicklungspotential gesetzliche Grundlage im Kanton St.Gallen:

- Die Palliation (Linderung) gleichwertig neben der Kuration (Heilung), Rehabilitation (Wiedereingliederung) und Prävention (Vorbeugung) im Gesundheitsgesetz des Kantons St.Gallen verankern.
- Eine gesetzliche Grundlage im Gesundheitsgesetz des Kantons St.Gallen regelt die Bereiche der Versorgung, Finanzierung, Bildungsanforderungen (Fort- und Weiterbildungen) im Bereich der Palliative Care und legt die verantwortlichen Zuständigkeiten fest.

¹³ Stand der Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013; Ergebnisbericht von 2. Juni 2013; Abrufbar unter: http://www.gdk-cds.ch/uploads/media/BT-final_Stand_PC_Kantone_2013.06.24_d.pdf

¹⁴ Abrufbar unter: <http://tg.clex.ch/frontend/versions/598>

4.2 Qualitätssicherung

Der Begriff „Palliative Care“ wird in unterschiedlichster Weise verwendet, Entsprechend divergierend fällt das Verständnis aus, welche Leistungen und Angebote unter Palliative Care fallen sollen. Ein erster Ansatz zur Vereinheitlichung der Qualitätskriterien stellten die von „*palliative ch*“ erarbeiteten und vom BAG veröffentlichten „Versorgungsstrukturen für Spezialisierte Palliative Care Schweiz“ (2012) sowie die Indikationskriterien für die spezialisierte Palliativversorgung (BAG, GDK, 2011) dar. Darin wurden für die verschiedenen Anbieter der Grund- und spezialisierten Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Mindestanforderungen definiert, die es zu erfüllen gilt. Diese Mindestanforderungen haben bisher erst den Charakter von Empfehlungen.

Parallel zum schweizweiten Bemühen einheitlicher Qualitätskriterien in der stationären Versorgung wurde am 16. März 2010 ein „Verein zur Qualitätssicherung in der Palliative Care“ gegründet. Zu den Gründungsmitglieder zählen unter anderen „*palliative ch*“, „Curaviva“, „Spitex Schweiz“ und „Krebsliga Schweiz“. Der Zweck des Vereins ist gemäss Statuten einerseits ein schweizerisches Label für die Anerkennung der Qualität in der Palliative Care zu schaffen und zu verleihen, andererseits die Leistungsqualität stationärer und ambulanter, mobiler Einrichtungen und Dienste für Palliative Care durch kompetente Auditorinnen und Auditoren vor Ort überprüfen zu lassen.¹⁵

Das Palliativzentrum Kantonsspital St.Gallen wurde im Juni 2011 auditiert und erzielte ein glänzendes Resultat.

Entwicklungspotential Qualitätssicherung:

Alle Institutionen, die spezialisierte Palliative Care anbieten, sollten sich gemäss nationaler Empfehlungen zertifizieren lassen.¹⁶

¹⁵ Grundlagen dieser Qualitätskriterien sind unter <http://www.palliative.ch/?id=127> abrufbar.

¹⁶ Die Empfehlungen (Zertifizierung, Auditierung) richten sich nach den Qualitätsstandards von "palliative ch" und sind unter: <http://www.palliative.ch/standards/qualitaet/?L=0> abrufbar.

4.3 Teilbereich Bildung und Forschung

4.3.1 Bildung

Im Kanton St.Gallen besteht ein vielfältiges Fort- und Weiterbildungsangebot in Palliative Care. An dieser Stelle werden nur jene Kurse aufgeführt, die gemäss Swiss Educ (Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung, Abteilung Aus-Fort- und Weiterbildung, Palliative CH, 2008) in die Niveaus A bis C (Vergleiche SwissEduc-Ausbildungsniveaus, *palliative ch*, 2008) einteilbar sind. Ebenfalls erwähnt werden die Ausbildungsangebote für Freiwillige.

Neben dem Kantonsspital St.Gallen, das eine Vielzahl an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten anbietet, können Pflegefachpersonen an der Fachhochschule St.Gallen ein Masterstudium (MAS) in Palliative Care absolvieren.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) und der Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) bieten Weiterbildungskurse für Professionelle, Caritas solche für Freiwillige an. Caritas und Curaviva haben ein Konzept für institutionsinterne Weiterbildungen für Betagten- und Pflegeheime konzipiert.

Die Aufzählung der Bildungsangebote ist nicht vollständig. Es wäre wünschenswert, eine Koordinationsstelle für die Bildungs- und Weiterbildungsangebote in Palliative Care anzubieten. Eine entsprechende Initiative wurde bereits in Form des „Teachersday“ durch *palliative ostschweiz*, welche aktuell als IG Bildung von *palliative ostschweiz* weitergeführt wird. Die IG Bildung arbeitet an Palliative Care-Kompetenzen für die verschiedenen Aus- und Fortbildungslehrgänge respektive für die Bedürfnisse der Grundversorgung und der spezialisierten Palliativversorgung zu formulieren, dies ausgehend vom Dokument „Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care Level“ von SwissEduc (*palliative ch*, publiziert unter www.palliative.ch).

Eine Zertifizierung der Bildungsangebote wird bisher noch nicht angeboten; die Deklaration der Ausbildungs-Levels beruht auf Selbstdeklaration und hält sich meist an die Empfehlungen von *palliative ch* (Arbeitsgruppe SwissEduc). Ein nationales Bildungskonzept wurde 2012 ausgearbeitet (BAG, BBT, 2012).

Der Verein *palliative ostschweiz*, beziehungsweise die Interessengruppe Bildung unter *palliative ostschweiz* (Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Pflege, Medizin, Begleitung und Betreuung, *palliative ch*) hat die Ausformulierung der Kompetenzen für die verschiedenen Aus- und Weiterbildungsniveaus (Level A1, A2, B1, B2, C) bearbeitet. Den erarbeiteten Curricula liegt jeweils die Struktur des Modells „SENS“ zugrunde. Dieses Modell dient der Strukturierung des Vorgehens in der Palliative Care. Es beschreibt folgende Themenbereiche:

1. Symptomkontrolle (S)
2. Entscheidungsfindung/End of Life (E)
3. Netzwerk (N) und
4. Support (S).

Dank der Vergleichbarkeit dieser Kompetenzniveaus auf allen Bildungsstufen soll eine einheitlichere Definition der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote ermöglicht werden.

In erster Linie aber soll das vorliegende Curriculum konkrete Anhaltspunkte geben, welche fachlichen Kompetenzen erforderlich sind, um den Betroffenen eine professionelle und patientenorientierte palliative Medizin, Pflege und Begleitung gewährleisten zu können. (*palliative ostschweiz*, 2015)¹⁷

Da Kompetenzen der Palliative Care aus verschiedenen Professionen (Medizin, Pflege, Public Health, Sozialarbeit, Seelsorge etc.) vermittelt werden müssen, ist es nicht möglich, den Bereich Palliative Care einer einzigen Profession zuzuordnen. Wo es notwendig ist und besser zum Ziel führt, sollten deshalb interdisziplinäre und multiprofessionelle Lerneinheiten empfohlen werden.

Was die palliative Grundversorgung betrifft, bestehen laut Palliativfachpersonen bei den Ärztinnen und Ärzten und den Pflegefachpersonen oftmals Wissenslücken. Es fehlt eine systematische Integration von Palliative Care Inhalten in medizinischen und pflegerischen Fortbildungsangeboten.

Palliativmedizinische Inhalte waren bis anhin nur spärlich in der medizinischen Grundausbildung vorhanden – die Formulierung und Integration von Palliativkompetenzen in das Medizinstudium erfolgte 2011.

In Langzeiteinrichtungen ist die fachliche Kompetenz in Palliative Care im Sinne der formalen Weiterbildung (Grundkurs in Palliative Care) und die Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzten mit einer Grundausbildung in Palliative Care oft nicht gegeben. Konkrete Zahlen konnten in der kantonalen Umfrage leider nicht ausgewertet werden. Die Komplexität und Langfristigkeit von Erkrankungen hat zur Konsequenz, dass die betroffenen Menschen, trotz bestmöglicher Unterstützung nicht mehr zu Hause gepflegt werden können und ein Übertritt in ein Betagten- oder Pflegeheim oft die unausweichliche Lösung darstellt. Der Ausbildungsstand der Pflegenden in den Institutionen ist unterschiedlich und genügt nur bedingt den Anforderungen der zunehmend komplexen Behandlungs- und Pflegesituationen.

Entwicklungspotential Bildung:

- Der Kanton erteilt einer neutralen Stelle (z.B. *palliative ostschweiz*) den Auftrag, beispielsweise über einen Leistungsauftrag, die Aufgabe eine Arbeitsgruppe zur Koordination der Bildungsangebote im Bereich Palliative Care zu betreiben.
- Bildungsanbieter im Bereich Palliative Care orientieren sich in der curricularen Gestaltung am Kompetenzkatalog von *palliative ostschweiz*.

Durch Fort- und Weiterbildungen der Fachpersonen in Palliative Care soll die professionelle Sensibilisierung gefördert werden, mit dem Ziel, dass Behandlungssituation von Patientinnen und Patienten schneller erkannt werden und bei Bedarf die Möglichkeiten einer palliativen Behandlung aufgezeigt und entsprechende Angebote vermitteln werden.

¹⁷ Weiter Informationen zum Kompetenzkatalog und Bezug können unter info@palliative-ostschweiz.ch bezogen werden.

4.3.2 Forschung

Die Forschungslandschaft Palliative Care in der Schweiz zeichnet sich durch eine geringe Anzahl Forschender und kleine Forschungsteams mit inhaltlich sehr unterschiedlichen Schwerpunkten aus. Im Vergleich dazu wird auf internationaler Ebene intensiver Forschung zu Palliative Care betrieben. In einigen Ländern (z.B. Australien, England, Kanada, Norwegen, Niederlande) existieren Forschungszentren und teilweise umfassende nationale Forschungsstrategien zu Palliative Care. Die internationalen Erkenntnisse lassen sich jedoch nur bedingt auf die Schweiz übertragen.

Die Forschung im Bereich Palliative Care muss zu einem besseren Situationswissen im Bereich der Palliative Care in der Schweiz beitragen, wie z.B. zu den Bedürfnissen von Betroffenen und Angehörigen oder der Wirksamkeit von regionalen Versorgungsstrukturen und -modellen. Dabei sind sowohl medizinische wie auch sozial- und geisteswissenschaftliche Ansätze von Bedeutung.

Durch eine spezifische Schwerpunktsetzung könnte sich die Schweiz auch auf internationaler Ebene profilieren (BAG, 2009).

Der Kanton St.Gallen hat mit dem Palliativzentrum, der palliativ-medizinischen Onkologie, der CTU am Kantonsspital St.Gallen, der Fachhochschule, der Universität St.Gallen und vielen anderen an der Forschung interessierten Personen und Institutionen ideale Voraussetzungen um Forschung zu betreiben. Im Rahmen des Entlastungspaketes im Kanton St.Gallen wurden alle bisherigen Forschungsgelder gestrichen, was einen Ausbau der Forschungsmöglichkeiten massgeblich erschwert.

Entwicklungspotential Forschung:

- Der Kanton St.Gallen setzt sich für den Forschungsstandort Ostschweiz in Bezug auf Grundlagen- und anwendungsorientierte Forschung in Palliative Care ein.
- Der Kanton begrüsst die Durchführung von Projekten im Bereich Palliative Care und fördert gemäss finanzieller Möglichkeiten den Forschungsstandort Ostschweiz mit dem Fokus Palliative Care.

4.4 Sensibilisierung

Die Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2012 formuliert als ein wichtiges Ziel den besseren Bekanntheitsgrad von Palliative Care und deren Zielsetzungen in der Bevölkerung.

Gemäss Expertenaussagen sind der Begriff und die Angebote von Palliative Care in der Schweiz unzureichend bekannt.

Je nach Institutionen stehen wenige schriftliche Informationen zum Palliative Care-Angebot für Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Konsequenz davon ist, dass die betroffenen Personen und ihre Angehörigen keine oder wenig Kenntnisse über die Angebote haben.

Fachpersonen im Gesundheitswesen kennen den Begriff Palliative Care. Hingegen wissen sie eher wenig über die Ziele und die Ansätze von Palliative Care.

Der Kanton St.Gallen hat aufgrund seiner langen Tradition mit Palliative Care eine gute Präsenz in den lokalen Medien. Neben den Medien werden Informationen über Palliative Care auch durch die Fachgesellschaft *palliative ch*, die regionale Sektion *palliative ostschweiz*, die Palliativstationen, den Palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz, die Krebsliga Ostschweiz, die Krebsliga Schweiz, die Landeskirchen und viele mehr verbreitet.

palliative ostschweiz verfügt mit der Wanderausstellung Palliative Care über ein geeignetes Instrument, um die Bevölkerung über Palliative Care zu informieren. Die Ausstellung wurde seit Ende 2010 bereits in 20 Ostschweizer Gemeinden gezeigt. *palliative ostschweiz* stellt die Ausstellung kostenlos zur Verfügung.

Weiterhin organisiert *palliative ostschweiz* regelmässig eine Fachtagung zu Themen rund um Palliative Care.

Fachpersonen und Interessierte werden via Newsletter von *palliative ostschweiz* regelmässig über Aktualitäten und Aktivitäten zu Palliative Care informiert.

Entwicklungspotential Sensibilisierung:

- Aufrechterhaltung und Ausbau der Sensibilisierung der Bevölkerung und der Professionellen, bis Palliative Care als Selbstverständlichkeit im Gesundheits- und Sozialwesen verankert ist.
- Die Broschüre „Unheilbar krank – was jetzt?“ ist für die Bevölkerung zugänglich (Verteilung via Spitäler, Hausarztpraxen, *palliative ostschweiz*, Krebsliga Ostschweiz etc.).
- Öffentliche Informationsveranstaltungen durch Fachpersonen, Organisationen, etc., (beispielsweise über *palliative ostschweiz*) sollen helfen, die Sensibilisierung der Bevölkerung zur Thematik voranzutreiben und die Zusammenarbeit von lokalen Netzwerken und Foren zu intensivieren.

5 Finanzierung

Eine der Ursachen für den zögerlichen Ausbau von Versorgungsstrukturen im Bereich Palliative Care liegt in den gegenwärtigen Abgeltungssystemen und Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen. Der Begriff Palliative Care kommt im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und in den dazugehörigen Verordnungen wie z.B. der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) nicht vor. Deswegen sind keine spezifischen Leistungs- oder Finanzierungsregelungen vorhanden. Nur solange sich die Palliative-Care-Leistungen in den KVG-Pflichtleistungen bewegen, werden sie von den obligatorischen Krankenpflegeversicherungen vergütet. Gegenwärtig übernehmen im ambulanten Bereich oft auch andere Finanzierungsträger die Finanzierung dieser Palliative Care Leistungen. Wenn es sich dabei um die Patientinnen und Patienten selbst, bzw. deren Angehörige handelt, hängt die Inanspruchnahme der Leistungen von ihrer jeweiligen finanziellen Situation ab.

5.1 Spitäler

5.1.1 Spitalfinanzierung

Seit Januar 2012 werden die akutstationären Spitalleistungen mit Fallpauschalen (DRG) abgegolten. Dazu wurde eine für die ganze Schweiz einheitliche Tarifstruktur (SwissDRG) entwickelt. Initial wurden Palliative Care Leistungen in diesem System auf Grund fehlender Kosten- und Leistungsdaten ungenügend abgebildet. Palliative Care ist nicht ein diagnosebezogener, sondern ein problemorientierter Behandlungsansatz. Der Behandlungsaufwand lässt sich nicht unmittelbar aus der Hauptdiagnose ableiten. Oft verbleiben Menschen, die eine palliative Behandlung benötigen, auch länger im Spital als es die DRG-bezogene Aufenthaltsdauer vorsieht. Schliesslich weisen Palliativpatientinnen und -patienten einen höheren durchschnittlichen Pflege- und Betreuungsaufwand auf.

Auch bei der Finanzierung muss zwischen Leistungen der allgemeinen Palliative Care und der spezialisierten Palliative Care unterschieden werden. Erstere werden von allen Spitälern angeboten, welche über einen Leistungsauftrag mit "Basispaket (BP)" gemäss Spitalleistungsgruppenkonzept (SPLG) verfügen. Letztere werden ausschliesslich von Spitälern mit einem Leistungsauftrag für "Palliative Care Kompetenzzentrum (PAL)" in eigenständigen Palliativmedizin-Abteilungen erbracht.

Nach Vorliegen der ersten Erfahrungen mit dem für Palliative Care- Leistungen ungenügenden Finanzierungssystem SwissDRG wurden in den letzten beiden Jahren die Grundlagen für eine adäquate Abgeltung der stationären Palliativmedizin geschaffen. Mit Einführung der Version 4.0 von SwissDRG per 1. Januar 2015 bestehen für Leistungserbringer der allgemeinen Palliative Care insgesamt sechs Zusatzentgelte. Diese pauschalen Entgelte können von den Spitälern zusätzlich zur regulären DRG-Abgeltung abgerechnet werden. Behandlungen in eigenständigen Palliativ-Care-Abteilungen können seit dem 1. Januar 2015 mit spezifischen Behandlungscodes in der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) erfasst werden. Sobald die diesbezüglichen Leistungs- und Kostendaten vorliegen, sollen spezifische DRG's für Aufenthalte in Palliativmedizin-Abteilungen

entwickelt werden. Dies dürfte nicht vor dem Jahr 2017/2018 der Fall sein (Version 6.0 oder Version 7.0).

Mit den oben erwähnten Abgeltungsinstrumenten innerhalb von SwissDRG wurden ausreichende Grundlagen für die kostendeckende Erbringung von spitalstationären Leistungen der (spezialisierten) Palliativmedizin geschaffen. Ein weitergehender Handlungsbedarf besteht derzeit nicht.

5.1.2 Aktuelle Situation im Kanton St.Gallen

Im Kanton St.Gallen verfügen derzeit sieben Spitäler über einen Leistungsauftrag für das Basispaket (BP). Damit verbunden ist die Pflicht zur Sicherstellung einer Palliativ-Care-Basisversorgung. Zusätzlich bestehen an den Spitalstandorten Kantonsspital St.Gallen, Flawil, Walenstadt und Ostschweizer Kinderspital spezialisierte Palliative-Care-Angebote. Grundsätzlich bestehen keine Probleme bezüglich Kostengutsprachen der Krankenversicherungen, auch dann nicht, wenn Patientinnen und Patienten ausschliesslich grundversichert sind. Patientinnen und Patienten, die an eine Palliativabteilung überwiesen werden, zeigen oft eine komplexe Symptomatik auf, die ohnehin zu einer Spitaleinweisung geführt hätte. Durch ihr spezifisches Fachwissen im Bereich Palliative Care stellen die Palliativabteilungen in Spitälern eine adäquate und effiziente Behandlung sicher, die oft zu einer Stabilisierung der betroffenen Personen führt und in der Folge weniger Kosten verursacht.

5.1.3 Ergebnisse der Befragung der Spitäler

Nach Ansicht der befragten Spitäler werden Leistungen für palliative Versorgungsbedürfnisse durch die Krankenkassen zu

- 57.1% weniger gut und zu
- 42.9% nur mangelhaft vergütet.

Finanzierungslücken werden insbesondere in folgenden Bereichen benannt (Auszug):

- Die Patientinnen und Patienten werden von den Pflegefachpersonen je nach Situation 1:1 betreut, der Pflegeaufwand ist überdurchschnittlich, was nicht entschädigt wird. Die Patientinnen und Patienten liegen häufig, unabhängig vom Versicherungsstatus in 1-Bett-Zimmern.
- Enormer Zeitaufwand für Aufklärungs- und Begleitungsgespräche mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen.
- Aufwändige Organisation der Nachsorge.

5.2 Langzeitpflege und Spitex

5.2.1 Pflegefinanzierung

Im ambulanten Bereich wird seit dem 1. Januar 2011 in der Grundpflege nicht mehr zwischen einfachen und stabilen Situationen bzw. instabilen und komplexen Situationen tariflich unterschiedet. Neu werden die drei Leistungskategorien; Abklärung und Beratung, Behandlungspflege und Grundpflege finanziert. Die Bedarfsklärung erfolgt auf die Empfehlung des Spitex Verbands St.Gallen mit RAI Home Care. Dieses Instrument ermöglicht

eine differenzierte Darstellung der benötigten Leistungen der Patientinnen und Patienten und weist diese fundiert gegenüber den Krankenkassen und der Patientinnen und Patienten aus.

Offene Fragen zur Finanzierung finden sich bei Koordinationsleistungen. Dieses sind beispielsweise die Teilnahme an einem Runden Tisch, Fahrwege z.B. für den mobilen Palliativdienst (Zuständigkeit eines Teams für den ganzen Kanton), Hausbesuche durch die Hausärztinnen und Hausärzte, Erstellung oder Unterstützung in der Erstellung von Patientendokumenten.

Die st.gallischen Pflegeheime sind grundsätzlich in der Lage, Palliative Care-Leistungen zu erbringen. In komplexeren medizinischen oder pflegerischen Situationen kann jedoch eine Beratung bzw. Anleitung des Pflegefachpersonales durch einen mobilen Palliativdienst sinnvoll sein. Die Leistungen mobiler Palliativdienste können jedoch im stationären Bereich nicht nach KVG abgerechnet werden. Hier wird auf nationaler Ebene eine Lösung gesucht.

Eine weitere Problematik bei der Finanzierung in der Langzeitpflege liegt darin begründet, dass gewisse Leistungen der Palliative Care nicht zu den KVG-pflichtigen Leistungen gehören. Dies nicht zu Letzt, weil Palliative Care in Art. 7 KLV nicht explizit benannt ist.

Laut Halbzeitbericht des Projekts Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 (2011) bereitet das BAG Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung vor. Dabei soll in den Massnahmen der Abklärung und Beratung explizit die koordinierende und antizipative Tätigkeit, beschränkt auf komplexe und instabile Pflegesituationen, aufgenommen werden. Die Verordnungsänderung würde nicht nur für Palliative Care, sondern für alle Menschen mit chronischen Erkrankungen gelten.

5.2.2 Aktuelle Situation

Gemäss Erfahrungen der Spitex wird ein grosser Teil der pflegerischen Leistungen und Beratungen von den Krankenkassen anerkannt und akzeptiert. Oft ist aber in einer Sterbephase die Anzahl der Pflegestunden nicht leicht abzuschätzen und kann relativ rasch eine Anzahl betragen, die das Prinzip der Wirtschaftlichkeit für eine Krankenkasse tangiert (vor allem bei Pflege in der Nacht, oder wenn häufige Besuche notwendig sind). Die Krankenkassen prüfen, ob die KLV-pflichtigen Kosten zu Hause einen gewissen Faktor überschreiten, verglichen mit dem Aufenthalt in einem Pflegeheim. Weiter prüft sie, ob die Patientin bzw. der Patient in einem Pflegeheim eine Einbusse bei Pflege und Betreuung hätte oder ob sie bzw. er im Heim auf Aktivitäten verzichten müsste die sie bzw. er nur zu Hause erledigen kann. Ist beides nicht der Fall vergütet die Krankenkasse lediglich einen bestimmten Maximalbetrag für die Pflege zu Hause. Das Problem ist, dass die Krankenkassen nicht über gemeinsame Richtlinien betreffend dieser Wirtschaftlichkeit verfügen und die Betroffenen und ihre Angehörigen haben im Gegenzug meistens das Bedürfnis zu Hause bleiben zu können, auch wenn dieser Wunsch „nicht wirtschaftlich“ ist. Personen mit finanziellen Möglichkeiten lassen sich in der Regel weniger von finanziellen Aspekten abhalten, zu Hause zu sterben.

5.2.3 Ergebnisse der Befragung der Spitex

Die Vergütung palliativer Versorgungsbedürfnisse wird von den befragten Einrichtungen zu 16% als sehr gut und zu 48% als gut beurteilt, während 28% diese als weniger gut und mangelhaft bezeichnen. Finanzierungslücken oder -probleme werden insbesondere in folgenden Bereich beschrieben:

- Palliative Langzeitbetreuungen und –bedürfnisse,
- Nachtangebote z.B. Pikett-Dienste,
- Betreuungsleistungen,
- Zeitüberschreitungen und
- lange instabile häusliche Phasen.

5.2.4 Ergebnisse der Befragung der Langzeitinstitutionen

Die Vergütung palliativer Versorgungsbedürfnisse wird von den befragten Institutionen zu 19.2% als sehr gut und gut bezeichnet. Zu 63.5% wird die Vergütung als weniger gut und mangelhaft bezeichnet. Der Zugang zu Angeboten der spezialisierten Palliative Care (z.B. palliativer Brückendienst; Krebsliga Ostschweiz etc.), wird von den Befragten Institutionen zu 71.2% als sehr gut und gut bezeichnet.

5.3 Finanzierungslücken: Spitäler, Langzeitbereich und Spitex

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass alle Behandlungen, die nicht unmittelbar an oder für die erkrankte Person ausgeführt werden, nicht oder ungenügend über die Krankenversicherungen finanziert werden. Ein häufig genanntes Problem bei Palliative Care ist der unbefriedigende Übergang der Patientinnen und Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich oder umgekehrt. Es kommt zu Unterbrüchen in der Behandlungskette, Informationen werden nicht oder nur teilweise weitergegeben und Leistungen nicht koordiniert. Viele Personen werden bei schwerer Krankheit nur noch von Fachspezialistinnen und Fachspezialisten behandelt und sehen ihre Hausärztin und ihren Hausarzt nicht mehr. Dies erschwert die Koordinationsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte. In der unzureichenden Finanzierung von Vernetzungs- und Koordinationsleistungen sehen viele Fachpersonen den Hauptgrund dieser Sachlage.

Ebenfalls sind Leistungen im Zusammenhang mit der Betreuung und Anleitung der Angehörigen ungenügend finanziert. Die Angehörigen leisten in Palliativsituationen einen zentralen Beitrag damit die Patientin oder der Patient überhaupt zu Hause bleiben kann. Können die Angehörigen aus Überforderung und/oder Erschöpfung diesen Beitrag nicht mehr leisten, muss die Patientin und der Patient gegen seinen Willen und den der Angehörigen verlegt werden – oft in eine deutlich teurere stationäre Einrichtung. Um diese Überforderungs- und Erschöpfungssituationen zu vermeiden stellt die Angehörigenschulung und -begleitung ein zentrales Mittel dar, dies wird aber als solche nicht von den Krankenkassen finanziert.

Zu erwähnen ist, dass es bei Personen, die über keine Zusatzversicherung verfügen, Lücken bei der Finanzierung von Hilfsmitteln gibt. Insbesondere geht es hierbei um die Miete von Pflegebetten, die notwendig sind, um die Pflege der Patientinnen und Patienten zu Hause zu gewährleisten und die pflegenden Angehörigen zu entlasten.

Bei jüngeren Personen (z.B. vor dem Pensionsalter) zeigen sich Finanzierungslücken, da jüngere Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen häufig keine IV-Rente haben, noch nicht im AHV-Alter sind und keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben. Diese Finanzierungslücke zeigt sich insbesondere bei der Planung eines stationären Hospizangebots.

Patientinnen und Patienten der spezialisierten Palliative Care, werden ausschliesslich über die üblichen DRG- Fallpauschalen verrechnet, da es im DRG- Fallpauschalenkatalog keine explizite Palliative- DRG gibt. Es wird deshalb im Normalfall der normale medizinische Aufwand unter der akutsomatischen Hauptdiagnose codiert und verrechnet. Zusatzleistungen und pflegerische Mehraufwendungen werden somit nicht vergütet. Der Mehraufwand geht Zulasten der Spitäler. Im CHOP- Katalog gibt es definierte Palliativmedizinische Komplexbehandlungen und Palliativmedizinische Assessments. Diese Codes führen jedoch nicht zur Auslösung einer DRG oder zur Änderung der Fallschwere einer anderen DRG. Die Bedingungen sind so hoch angesetzt, dass Grundversorgungsspitäler diese derzeit nicht erfüllen können. Ein Modell der Entschädigung für Palliative-Komplexpauschalen bei spezialisierter Palliative Care ist derzeit nicht umgesetzt. Hier benötigt es Lösungen auf nationaler Ebene.

6 Priorisierte Empfehlungen für den Kanton St.Gallen

Das vorliegende Konzept soll sicherstellen, dass Palliativversorgung in allen Regionen des Kantons St.Gallen bedarfsgerecht angeboten und allen schwerkranken und sterbenden Menschen des Kantons St.Gallen eine ihrer Situation angepasste Palliativversorgung zur Verfügung steht – sei es in der Grundversorgung in Palliative Care oder in spezialisierter Palliativversorgung – mit dem Ziel der Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Um den formulierten Zielsetzungen gerecht werden zu können und im Bewusstsein, dass nicht alle Themenbereiche gleichzeitig realisiert und finanziert werden können, schlägt die Regierung die folgenden Themenbereiche vor, deren Umsetzung kurz- bis mittelfristig erfolgen sollte.

Umsetzungsprioritäten:

1. Realisierung einer gesetzlichen Grundlage im Kanton St.Gallen¹⁸
2. Leistungsaufträge des Kantons St.Gallen¹⁹
3. Klärung der Finanzierungsmöglichkeiten für ein stationäres Hospizangebot.²⁰

6.1 Finanzierungsbedarf

6.1.1 Schaffung einer gesetzlichen Grundlage

Im Rahmen eines Nachtrags zum st.gallischen Gesundheitsgesetztes soll eine gesetzliche Grundlage im Bereich Palliative Care geschaffen werden. Die Palliation (Linderung) muss gleichwertig neben der Kuration (Heilung), Rehabilitation (Wiedereingliederung) und Prävention (Vorbeugung) im Gesundheitsgesetz des Kantons St.Gallen verankert werden. Eine gesetzliche Grundlage im Gesundheitsgesetz des Kantons St.Gallen regelt die Bereiche der Versorgung, Finanzierung, Bildungsanforderungen (Fort- und Weiterbildungen) im Bereich der Palliative Care und legt die verantwortlichen Zuständigkeiten fest. Gemäss heutigen Erkenntnissen und Einschätzungen soll dem Kantonsrat diese Vorlage im Jahr 2017 vorgelegt werden können.

6.1.2 Leistungsaufträge des Kantons St.Gallen

Ohne eine explizite gesetzliche Grundlage, werden kantonale Finanzierungen erschwert. Da die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, nicht vor dem Jahr 2017 realisiert werden kann, werden die folgenden Leistungsaufträge empfohlen, da diese kurzfristig die Versorgungssituation der palliativen Betreuung optimieren und sichern können.

6.1.2.a Leistungsauftrag Palliativer Brückendienst

Um allen stationären und ambulanten Einrichtungen (Akutspitäler, Pflegeheim, Spitex u.a.) des Kantons St.Gallen, die über keinen eigenen Konsiliardienst und/oder ausrei-

¹⁸ Siehe auch Kapitel 4.1

¹⁹ Siehe auch Kapitel 3.2.3 und Kapitel 3.4.1

²⁰ Siehe auch Kapitel 3.2.4

chende fachliche Kompetenzen im Bereich Palliative Care verfügen, den mobilen Palliativdienst als spezialisierte Palliative Care Dienstleistung im Sinne der Beratung und Unterstützung zur Verfügung zu stellen, muss dieser entsprechend finanziert werden. Die Befragung im Kanton St.Gallen (2014) zeigt eindeutig, dass der palliative Brückendienst über einen grossen Bekanntheitsgrad und breite Akzeptanz verfügt, deshalb wird diese Massnahme priorisiert. Bisher wird der palliative Brückendienst ausschliesslich durch Spendengelder und die Krebsliga finanziert. Das jährliche Defizit beträgt rund 250'000.- Franken²¹.

6.1.2.b Leistungsauftrag *palliative ostschweiz*

palliative ostschweiz übernimmt schon heute zahlreiche Aufgaben in der Koordination und Förderung von palliativen Leistungen. Seit zehn Jahren betreibt der Verein *palliative ostschweiz* eine Geschäftsstelle für sämtliche Bereiche der Palliative Care in den fünf Ostschweizer Kantonen SG, TG, AI, AR und GL. Waren es zu Beginn vor allem Aufbauarbeiten zur Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit, so besteht die Hauptarbeit heute hauptsächlich in der Koordination und Organisation einer flächendeckenden Versorgung der Ostschweiz mit den wohnortnahen Dienstleistungen rund um Palliative Care (sogenannte Foren).

Unter *palliative ostschweiz* wird bereits die „Palliative-Hotline Ostschweiz 24 Std“ am Palliativzentrum des KSSG betrieben. Der Hotline kommt in der Versorgung eine wesentliche Bedeutung für Fachpersonal, vor allem aber auch für direkt und indirekt Betroffene zu. Ein wesentliches Tätigkeitsgebiet von *palliative ostschweiz* ist die Begleitung der Ausarbeitung kantonaler Konzepte und Lehrgänge, die heute Grundlage für die teilweise obligatorische Fort- und Weiterbildung in Palliative Care von verschiedenen Berufsgruppen geworden sind. Die Beratung der Kantone und Gemeinden auf dem Gebiet der Versorgung mit Palliative Care ist ein weiteres Arbeitsgebiet.

Die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Palliative Care ist nach wie vor ein wichtiges Tätigkeitsfeld von *palliative ostschweiz*. Dies zeigt sich unter anderem in den Aktivitäten von *palliative ostschweiz* zum Welt Hospiz- und Palliative Care Tag. Die seit vier Jahren gezeigte Wanderausstellung wurde von *palliative ostschweiz* konzipiert und realisiert. Sie stösst weiterhin an verschiedenen Orten der Ostschweiz auf grosses Interesse.

Für den Kanton St.Gallen hätte ein Leistungsauftrag jährliche Kosten von ca. 35'000.- Franken²² zur Folge.

6.1.3 Klärung der Finanzierungsmöglichkeiten eines stationären Hospiz

Für die bestehenden Finanzierungslücken zum Betrieb eines stationären Hospizangebots werden Finanzierungsmöglichkeiten geprüft, d.h der Finanzierungsbedarf wird ermittelt und in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren Finanzierungslösungen gesucht.

²¹ Nach Angaben der Krebsliga Ostschweiz

²² Nach Angaben von *palliative ostschweiz* (Stand März 2015)

6.2 Fazit

Palliative Betreuung ist im Kanton St.Gallen seit Jahren ein wichtiges Thema. Die vielen bisherigen Angebote, sind das Ergebnis von sehr engagierten Beteiligten, die sowohl ihr fachliches Wissen zur Verfügung stellen, aber auch unermüdlich nach Finanzierungsmöglichkeiten gesucht haben. Das vorliegende Konzept wertschätzt die bisher geleistete Arbeit und soll eine Grundlage für die Verwirklichung des formulierten Entwicklungspotentials für den Kanton St.Gallen bieten. Um eine hochstehende Qualität in der palliativen Betreuung von Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen sicherzustellen und ausbauen zu können, ist die Zusammenarbeit und Finanzierung mit den entsprechenden Departementen des Kantons unabdingbar.

Zur Erreichung des formulierten Entwicklungspotentials sollten sowohl bereits bestehende interprofessionelle Arbeitsgruppen genutzt werden aber auch neue Projektgruppen ins Leben gerufen werden. Dies ermöglicht den Beteiligten aus allen betroffenen Bereichen handlungsorientierte Umsetzungsmassnahmen und weitere Finanzierungsmöglichkeiten auszuarbeiten.

Glossar

Basiskurs für Ärztinnen und Ärzte: (www.palliativ-sg.ch, www.palliative.ch)

Entspricht der Grundausbildung für Ärzte (Level A2 gemäss SwissEduc).

Sie umfasst 40 Stundenausbildungszeit (28 Stunden Kontaktstudium, 12 Stunden Selbststudium).

Hospiz-Organisationen

Hospiz-Organisationen sind Organisationen, die einen Service von qualifizierten, freiwilligen Helferinnen und Helfern für schwerkranke und sterbende Menschen und ihren Angehörigen zu Hause und in Institutionen anbieten. Begleitung und Unterstützung sind die Schwerpunkte dieses Angebotes.

Palliative Care Team (Grundversorgung):

- Ist immer multiprofessionell zusammengesetzt und besteht aus mindestens einer Pflegefachperson und einer ärztlichen Fachperson, die beide mindestens eine Grundausbildung in Palliative Care gemäss SwissEduc (Level A 2) haben
- Hat ein Palliative Care Konzept
- Trifft sich regelmässig (Rapporte und Kommunikationswege sind geregelt)
- Kennt die aktuellen Standards (nationale und allenfalls regionale) und Instrumente in Palliative Care und wendet sie an
- Hat, erarbeitet Empfehlungen, Leitlinien für die wichtigsten Vorgehensweisen in Palliativsituationen (z.B. Schmerz, Atemnot, Umgang mit Patientenverfügungen)
- Unterzieht sich regelmässig einer Selbst- oder Fremdevaluation gemäss Vorgaben von „palliative ch“
- Hat die Möglichkeit der Supervision
- Hat personelle und strukturelle Rahmenbedingungen zur Durchführung von interprofessionellen Fallbesprechungen

Palliative Care Konzept:

- Hält fest, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet wird, auf deren Würde und Integrität geachtet wird und Angehörige in die Betreuung einbezogen werden
 - Beinhaltet die Sterbebegleitung
 - Umfasst die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit (nach innen) von Pflegefachpersonen, Freiwilligen und Ärztinnen und Ärzten und anderen Fachpersonen innerhalb des Palliative Care Teams
 - Beschreibt Menschenbild, Grundgedanken, Haltung von Palliative Care
 - Legt den Umgang mit schwierigen Situationen / Entscheidungsfindung fest
 - Beschreibt die
 - Regelt die Fort- und Weiterbildung innerhalb des Teams
 - Regelt die Einführung ins Palliative Care Konzept von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
 - wird jährlich überprüft
- (Beispiele können bei *palliative ostschweiz* eingesehen werden)

Qualitätskriterien: (www.palliative.ch)

„Palliative Care Qualitätskriterien in Betagten- und Pflegesituationen“ Evaluationsinstrument zur Standortbestimmung publiziert von Curaviva.ch und Caritas Schweiz

„Qualitätskriterien“ für die Vergabe des Labels „für Qualitätsentwicklung in der Palliativen Medizin, Pflege und Begleitung“ publiziert von der Arbeitsgruppe Qualität von „palliative.ch“.

Runder Tisch

Zielorientierte, patientenzentrierte, interprofessionelle und interdisziplinäre Besprechung des behandelnden Teams (allenfalls der behandelnden Teams, bei Nahtstellensituation) mit den Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen. Ziel kann dabei sein, die Behandlungs- und Betreuungsziele zu besprechen, Informationsgespräche etc.

Runde Tische können in jedem Versorgungskontext durchgeführt werden.

Standards für Freiwillige (Hospizdienste, Hospizgruppen):

Die AG Hospiz hat Standards für die Freiwilligenarbeit in der Ostschweiz erarbeitet, dies im Konsens aller Anbieter. Diese Standards sind als verbindlich zu betrachten.

SwissEduc – Ausbildungsniveaus und Anerkennungsverfahren: (www.palliative.ch)

Beschreibung und Definitionen der Ausbildungsniveaus und Anerkennungsverfahren bezüglich Palliative Care Ausbildungen in der Schweiz.

Hier werden fortlaufend Kurse und ihre Bewertungen publiziert

Für Kurse in der Region Ostschweiz, siehe auch www.palliative-ostschweiz.ch.

Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz: (www.palliative.ch)

Beschreibung und Definitionen der Versorgungs- Strukturen Palliative Care Schweiz, publiziert von „palliative.ch“.

Literaturverzeichnis

Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., McIlwane, J., Hillary, K. & Gonzalez, J. Brumley, R. (2007). Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. *Journal of the American Geriatric Society*, 55, 993-1000.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK). (2010). Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) (2010). Nationale Leitlinien Palliative Care.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) (2011). Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) (2012). Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2014). Formelle Freiwilligenarbeit in der Palliative Care.

Bundesamt für Statistik. (2007). Todesursachengruppen 2010. Gefunden unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> (15.04.2013)

Carias Schweiz. (2010). Begleitung in der letzten Lebensphase – Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care.

Thoosen B., Groot M., Engels Y., Prins J., Verhagen S., Galesloot C., Van Weel C. & Vissers K. (2005). Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial. *BMC*, 1 (3), 37-56.

European Parliament Policy Department Economic and Scientific Policy. (2008). Palliative Care in the European Union. Gefunden unter : [http://www.google.ch/search?q=European+Parliament+Policy+Department+Economic+and+Scientific+Policy.+%282008%29.+Palliative+Care+in+the+European+Union&rlz=117GGLS_deCH409#rlz=117GGLS_deCH409&q=European+Parliament+Policy+Department+Economic+and+Scientific+Policy.+\(2008\).+Palliative+Care+in+the+European+Union&spell=1&sa=X&ei=Za9rUYUkhZDsBsHKgMAL&ved=0CC4QvwUoAA&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.45175338,d.ZGU&fp=272a4544a7035852&biw=1597&bih=921](http://www.google.ch/search?q=European+Parliament+Policy+Department+Economic+and+Scientific+Policy.+%282008%29.+Palliative+Care+in+the+European+Union&rlz=117GGLS_deCH409#rlz=117GGLS_deCH409&q=European+Parliament+Policy+Department+Economic+and+Scientific+Policy.+(2008).+Palliative+Care+in+the+European+Union&spell=1&sa=X&ei=Za9rUYUkhZDsBsHKgMAL&ved=0CC4QvwUoAA&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.45175338,d.ZGU&fp=272a4544a7035852&biw=1597&bih=921) (14.04.2013)

Eychmüller, S., Domeisen, F., Forster, M., Schneider, N. (2007). Lokale Netzwerke der Palliative Care und Integration von Freiwilligen. Palliativzentrum St.Gallen.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich. (2004). Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz? *Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie*, 6.

palliative.ch. (2008). SwissEduc-Ausbildungsniveaus und Anerkennungsverfahren. Verantwortlich für den Inhalt, Arbeitsgruppe SwissEduc.

Radbruch, L. & Payne, S. (2011). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *Journal of Palliative Care*, 17 (1), 22-32.

Sachs, G. A. (2003). Research at the Interface of Palliative Care and Geriatrics. *Journal of Palliative Medicine*, 19, 5-6.

Schweizerische Akademie der Medizinwissenschaften (SAMW). (2012) Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Gefunden unter <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html> (15.04.2013)

Eychmüller, S., Müller, M. & Schmid, M. (2008). Swiss Palliative Care Survey Resultate Detailanalyse Kanton St.Gallen.