

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Dr. Matthias Wächter

Senior Wissenschaftlicher Mitarbeiter

T direkt +41 41 228 99 32

matthias.waechter@hslu.ch

Angela Bommer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

T direkt +41 41 228 99 20

angela.bommer@hslu.ch

Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik
und Prävention

Sarah Rabhi-Sidler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

T direkt +41 41 367 48 82

sarah.rabhi-sidler@hslu.ch

Vertiefte Bedarfsabklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern

Schlussbericht

Im Auftrag des Vereins Palliativ Luzern und des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kanton
Luzern

Dr. Matthias Wächter, Co-Leiter Forschungsprogramm Öffentliches Gesundheitsmanagement, IBR,
HSLU – Wirtschaft

Angela Bommer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, IBR, HSLU – Wirtschaft

Sarah Rabhi-Sidler, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, ISP, HSLU – Soziale Arbeit

Luzern, 09.12.2015

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 2/112

Inhalt

Management Summary.....	5
1. Einführung.....	9
1.1. Ausgangslage.....	9
1.2. Palliative Care und mobile Palliative-Care-Dienste.....	9
1.2.1. Spezialisierte Palliative Care in Abgrenzung zur Grundversorgung.....	9
1.2.2. Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) (spitalexterne Versorgung).....	11
1.3. Auftrag und Ziele der vertieften Bedarfsabklärung zu mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern.....	12
1.4. Dank.....	12
2. Methodisches Vorgehen.....	13
2.1. Erhebung des IST-Zustands der Versorgung.....	13
2.2. Organisation und Finanzierung mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen.....	15
2.3. Vorschläge für die Ausgestaltung eines flächendeckenden Angebots an mobiler Palliative-Care im Kanton Luzern.....	15
3. Resultate der Erhebung der IST-Situation «Palliative Care im Kanton Luzern».....	17
3.1. Kennzahlen zur demografischen Entwicklung.....	17
3.2. Stand der Versorgung in Bezug auf die einzelnen Leistungserbringergruppen.....	20
3.2.1. Spitäler.....	20
3.2.2. Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag.....	27
3.2.3. Alters- und Pflegeheime.....	29
3.2.4. Hausärztinnen und Hausärzte.....	30
3.2.5. Brückendienst Stadt Luzern.....	31
3.2.6. Spitexorganisationen mit öffentlichem Leistungsauftrag im Kanton Luzern.....	35
3.2.7. Private Spitexorganisationen und selbständige Pflegefachpersonen.....	41
3.2.8. Angebote der sozialen, psychologischen, spirituellen oder seelsorgerischen Unterstützung.....	41
3.2.9. Freiwillige.....	42
3.3. Resultate der Erhebung der Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer.....	44
3.3.1. Netzwerke als zentrale Einheit der Versorgungsstrukturen.....	44
3.3.2. Die Planungsregion Luzern (Stadt Luzern, Agglomerationsgemeinden, Seegemeinden) ...	45
3.3.3. Die Planungsregionen Seetal, Sursee, Willisau und Entlebuch.....	46
3.4. Lücken und Verbesserungspotenziale in den heutigen Angeboten und Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter ambulanter Palliative Care.....	47

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 3/112

3.5. Zusammenfassung der Resultate der Erhebung der Ist-Situation	52
4. Lösungsansätze für die Ausgestaltung eines Angebots an mobiler Palliative-Care im ganzen Kanton	57
4.1. Die Ausgestaltung mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen	57
4.2. Finanzierung von Leistungen mobiler Palliative-Care-Dienste – IST-Situation in der Schweiz	60
4.3. Ausgestaltung eines flächendeckenden Angebots an Mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern	70
4.3.1. Wichtige Dimensionen für die Etablierung eines flächendeckenden Angebots im Kanton Luzern aus Sicht der Studie	70
4.3.2. Ausgestaltungsvarianten eines kantonal flächendeckenden Angebots.....	74
4.4. Finanzierungsmodelle und Kostenschätzungen	78
4.5. Zusammenfassung.....	84
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	88
5.1. Handlungsbedarf zur Umsetzung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung durch mobile Palliative-Care-Dienste im Kanton Luzern	88
5.2. Grenzen der Studie / Weiterer Forschungsbedarf	90
6. Bibliografie	92
Anhang A: Abkürzungsverzeichnis	94
Anhang B: Ergänzende Tabellen	95
Anhang C: Interviewleitfäden	98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Todesfälle nach Altersgruppe und Jahr - Entwicklung und Prognose.....	18
Abbildung 2: Todesfälle 2013 und Schätzung Palliativpatientinnen/-patienten nach Planungsregionen	19
Abbildung 3: Auszug aus der Spitalliste des Kantons Luzern.....	20
Abbildung 4: Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität gemäss Leistungsgruppenkonzept GDK.....	21
Abbildung 5: Aufenthaltsdauer bei Sterbefällen im Spital 2013	23
Abbildung 6: Einzugsgebiete bei Sterbefällen im Spital 2013	25
Abbildung 7: Eintrittsorte von im Spital Verstorbenen mit Wohnortkanton Luzern im Jahr 2013 ..	26
Abbildung 8: Aufenthaltsdauer auf der Palliativabteilung Eichhof (alle Klientinnen und Klienten mit Austrittsgrund «verstorben», ohne interne Verlegungen)	27
Abbildung 9: Aufenthaltsdauer der in den Jahren 2011 bis 2013 in einem Alters- oder Pflegeheim Verstorbenen (ohne Palliativabteilung Eichhof).....	29

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 4/112

Abbildung 10: Freiwilligengruppen zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender im Kanton Luzern	43
Abbildung 11: Die Verteilung der Einrichtungen der spezialisierten Palliative Care sowie der Spitäler und Spitexorganisationen der Grundversorgung	45
Abbildung 12: Strukturierte Landkarte der MPCD in der Schweiz	59
Abbildung 13: Die zwei Säulen der Zusatzfinanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die verschiedenen Planungsregionen	13
Tabelle 2: Interviewpartnerinnen und -partner (Anzahl Interviews)	14
Tabelle 3: Entwicklung der Verteilung der Sterbeorte zwischen 2011 und 2013	17
Tabelle 4: Eintritte und Austritte in die Palliativabteilung des Eichhofs 2012 und 2013	28
Tabelle 5: Räumliche Gliederung der Notfallpraxen und Hintergrunddienste	31
Tabelle 6: Die heutige Abdeckung durch den Brückendienst der Spitex Stadt Luzern	32
Tabelle 7: Inanspruchnahme des Bruckendiensts (BD) der Spitex Stadt Luzern (verrechnete Stunden)	33
Tabelle 8: Heterogenität in der Grösse der Spitexorganisationen	35
Tabelle 9: Abschätzung der Patientinnen-/Patientenzahlen in Palliativsituationen nach Spitexregionen	36
Tabelle 10: Stärken und Schwächen der Variante Zentrale Organisation	75
Tabelle 11: Stärken und Schwächen der Variante Angliederung an die Spitäler	76
Tabelle 12: Stärken und Schwächen der Variante Dezentrale Organisation der MPCD angegliedert an drei regionale Netzwerke	77
Tabelle 13: Leistungsrahmen nach Versorgungsbereichen	80
Tabelle 14: Grundstruktur des Deckungsbeitrags des Finanzierungsmodells	81
Tabelle 15: Aufwandsschätzung des Sockelbeitrags des Finanzierungsmodells (Variante 3)	82
Tabelle 16: Schätzung der Anzahl Patientinnen in der Palliative Care gemäss nationaler Strategie	95
Tabelle 17: Übersicht über die verschiedenen Versorgungsregionen	96
Tabelle 18: Übersicht über die Altersstruktur der Verstorbenen (2011 - 2013)	97
Tabelle 19: Vollkosten der gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Luzern nach Leistungsart (2014)	97

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 5/112

Management Summary

Ausgangslage

Im Kanton Luzern ist der Anspruch von unheilbar kranken und sterbenden Menschen auf eine angemessene bzw. angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege seit 2006 im Gesundheitsgesetz und seit 2012 im Spitalgesetz verankert. Der Aufbau entsprechender Versorgungsstrukturen ist in den verschiedenen Regionen des Kantons unterschiedlich weit vorangeschritten.

Einen wichtigen Knoten im Versorgungsnetzwerk der Palliative Care stellen mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) dar. Sie bilden ein spezialisiertes, interprofessionelles Team, welches die Betreuenden der Grundversorgung auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung in der Behandlung und Begleitung von unheilbar kranken oder sterbenden Menschen und ihnen nahestehenden Bezugspersonen berät und unterstützt. Die Abgrenzung zwischen spezialisierter Versorgung und Palliative Care Grundversorgung erfolgt dabei anhand von Indikationskriterien, die sich am Grad der Komplexität und Instabilität einer palliativen Situation orientieren.

Durch mobile Palliative-Care-Dienste werden Leistungen der spezialisierten Palliative Care auch zu Hause oder im gewohnten Wohnumfeld verfügbar. Die MPCD fördern und unterstützen darüber hinaus auch die Kompetenzen der Grundversorger und stärken die Koordination unter den Leistungserbringern. Im Kanton Luzern ist ein solches Angebot erst in der Stadt Luzern und in weiteren, vertraglich angeschlossenen Agglomerationsgemeinden für gesamthaft rund 40 Prozent der Wohnbevölkerung des Kantons verfügbar. Die Finanzierung ist mittelfristig noch nicht gesichert.

Zielsetzung der Studie und methodisches Vorgehen

Ziel der Studie war die Erhebung des regional differenzierten Bedarfs und des aktuell existierenden Versorgungsangebots an Palliative Care im Kanton Luzern. Auf dieser Grundlage wurden Varianten eines regional differenzierten, zugleich aber flächendeckenden Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten im ganzen Kanton erarbeitet und durch eine Kostenschätzung ergänzt.

Es wurden 58 leitfadengestützte qualitative Interviews mit den zentralen Leistungserbringergruppen aus verschiedenen Regionen des Kantons geführt sowie umfassende statistische Auswertungen verschiedener Datenquellen vorgenommen. Zusätzlich wurden die Erkenntnisse einer nationalen Studie der Hochschule Luzern über die Organisation und Finanzierung mobiler Palliativdienste in anderen Kantonen ausgewertet, um Vorschläge für die Etablierung eines flächendeckenden Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten für den Kanton Luzern zu entwickeln.

Todesfälle, Sterbeorte und Patientinnen-/Patientenpfade

Jährlich sterben im Kanton Luzern zwischen 2'800 und 2'900 Personen. Über 80 Prozent der Sterbefälle ereignen sich in einem Spital oder Pflegeheim, so dass der in Befragungen mehrheitlich geäußerte Wunsch, zu Hause oder im vertrauten Wohnumfeld zu sterben, sich oft nicht erfüllt. Hier liegt eine wichtige Herausforderung, sowohl für die ambulante spezialisierte Palliative Care als auch für die Grundversorgung.

Eine Schätzung auf der Grundlage von Angaben aus der nationalen Strategie Palliative Care ergibt für den Kanton Luzern, dass gegenwärtig im Jahr rund 1'500 Personen Palliative Care im Rahmen der Grundversorgung benötigen, 380 Personen im Rahmen der spezialisierten Versorgung. Eine regionale Analyse zeigt grosse Unterschiede in der Verteilung der Sterbefälle auf die einzelnen Regionen (sowohl nach den fünf Planungsregionen Alter/Langzeitpflege als auch nach den 29 Spi-

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 6/112

texregionen) und damit in den Anforderungen an ein den Fallzahlen entsprechendes bedarfsgerechtes Angebot. Der demografische Wandel wird bis 2035 zu einem Anstieg um rund 30 Prozent auf jährlich 3'840 Todesfälle und damit zu einer steigenden Nachfrage nach Palliative Care führen.

Die Auswertung der Interviews und die statistische Analyse der Patientinnen- und Patientenpfade ergeben, dass die palliative Behandlung und Begleitung in vielen Fällen durch einen Wechsel zwischen Versorgungsbereichen mit zum Teil kurzfristigen Übertritten und einer kurzen Aufenthaltsdauer gekennzeichnet ist. Eine angemessene Versorgung basiert daher auf einer guten Vernetzung unter den Leistungserbringern. Dazu gehören eine versorgungsbereichsübergreifende, auch Notfallszenarien einschliessende Planung, eine gute Dokumentation und vollständige Informationsübermittlung sowie eine Übersicht über verfügbare Kapazitäten und Kompetenzen. Eine rechtzeitige Einbindung der Palliative Care ergänzend zu oder in Ablösung von kurativen Ansätzen setzt ein einheitliches Verständnis von den Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care unter den Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsbereiche voraus.

Die Analyse zeigt darüber hinaus die Bedeutung der spezialisierten Palliative Care in sozialmedizinischen Institutionen. Diese bieten eine wichtige Alternative zum Spital in komplexen Fällen, die einen stationären Aufenthalt erfordern, aber keine Spitalinfrastruktur. Dies gilt im Kanton Luzern einerseits für die Pflegeheime in der Grundversorgung, die ihre Bewohnerinnen und Bewohner auch in komplexen Palliativsituationen praktisch nie in ein Spital überweisen, sondern weiterhin selbst betreuen, so dass ergänzendes Fachwissen und externe Fachpersonen mobil vor Ort zum Einsatz kommen müssen. Die Bedeutung zeigt sich andererseits auch in den Klientinnen- und Klientenstrukturen der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof, die in der Region Stadt Luzern und Agglomerationsgemeinden für komplexe Fälle eine wichtige Anschlusslösung für kurzfristige Eintritte von zu Hause oder aus dem Spital mit häufig kurzer Aufenthaltsdauer darstellen. Aus anderen Regionen des Kantons erfolgen praktische keine Zuweisungen an die Palliativabteilung des Eichhofs und es gibt bislang keine weiteren sozialmedizinischen Institutionen mit einem Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative-Care im Kanton.

IST-Situation der Versorgungsstrukturen, Angebotslücken und Verbesserungspotenziale

Im Bereich der stationären Versorgung im Spital verfügt der Kanton Luzern mit einem Leistungsauftrag als Palliative Care Kompetenzzentrum (nach dem Leistungsgruppenkonzept des Kantons Zürich gemäss Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)) an die Spitäler Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Kantonsspital Nidwalden und das Schweizer Paraplegikerzentrum über eine hohe Versorgungsdichte. Der Leistungsauftrag ist mit keinen zusätzlichen Abgeltungen durch die öffentliche Hand ausserhalb der SwissDRG Fallpauschalen verbunden.

Die anderen Institutionen mit einem Angebot an spezialisierter Palliative Care, die Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof und der Brückendienst der Spitex Stadt Luzern, werden vor allem von der Wohnbevölkerung der Stadt Luzern und Agglomeration in Anspruch genommen.

Damit steht ein Angebot einer versorgungsübergreifenden spezialisierten Palliative Care Versorgung und einer institutionalisierten Zusammenarbeit mit der Grundversorgung aktuell im Wesentlichen erst in der Stadt Luzern und in vertraglich dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern angeschlossenen Gemeinden der Agglomeration zur Verfügung. Die Finanzierung dieses Angebots ist jedoch mittelfristig noch nicht gesichert.

In den anderen Regionen des Kantons liegt die Verantwortung der spitalexternen Versorgung mit Palliative Care in den Händen der lokalen Hausärztinnen und Hausärzte, Spitexorganisationen und Pflegeheime. Die Tragfähigkeit hängt damit stark von personengebundenen fachlichen Kompetenzen und dem Engagement der Grundversorger ab. Angesichts markanter Grössenunterschiede treten

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 7/112

in vielen Spitexregionen komplexe und pflegerisch anspruchsvolle Situationen unregelmässig und in grösseren Zeitabständen auf, so dass der Aufbau einer «klinischen» Erfahrungsbasis und die Aktualisierung eines entsprechenden Fachwissens bei den kleineren Organisationen intern nur schwierig abzudecken ist. Unabhängig von der Grösse der Organisationen finden sich darüber hinaus sehr unterschiedliche Ausrichtungen und Voraussetzungen in Bezug auf Palliative Care, so dass die Versorgung stark an den Wohnort der Patientinnen und Patienten gebunden ist.

Die Auswertung ergab für den Kanton Luzern aufgrund der festgestellten Angebotslücken folgende Schwerpunkte bei den Verbesserungspotenzialen:

- ein einheitliches Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care unter den Akteuren und Leistungserbringern im Kanton (und Angleichung regional unterschiedlicher Voraussetzungen und Kompetenzen in der Palliative Care Grundversorgung)
- ein regional differenziertes, aber kanton koordiniertes Angebot an mobilen Palliative-Care-Diensten (ergänzend zum Angebot des Brückendienstes für die Stadt Luzern und weitere Vertragsgemeinden in der Agglomeration) mit folgender Ausrichtung:
 - grundsätzlich konsiliarischer Schwerpunkt, fallbezogen mit der Möglichkeit der direkten Beteiligung an Pflegeleistungen vor Ort (Flexibilität)
 - Zugang für Spitexorganisationen mit und ohne Leistungsauftrag, freischaffende Pflegefachpersonen, Hausärztinnen und -ärzte, Pflegeheime und weitere sozialmedizinische Institutionen
 - Unterstützung von Organisationen in der Prozessentwicklung und der interinstitutionellen Koordination
 - Angebot an organisations-/institutionennaher Weiterbildung oder Supervision
- eine Nachtdeckung in Palliativsituationen mit der kontinuierlichen Verfügbarkeit einer Ansprechperson mit einem medizinischen oder pflegerischen Hintergrund in Palliative Care, ergänzt durch Einsätze in Notfällen oder kritischen Situationen vor Ort
- Kapazitäten für kurzfristige Eintritte in Pflegeheime in komplexen Situationen
- Zugang zu einer gemeinsamen Dokumentation
- regionale Stärkung der psycho(-onko)logischen Beratung / seelsorgerischen Begleitung
- systematische Koordination der Freiwilligenarbeit und die Aus- und Weiterbildung der Koordinatorinnen, Koordinatoren und Freiwilligen
- eine gesicherte Finanzierung der spezialisierten Palliative Care und Nachtdeckung

Etablierung eines flächendeckenden Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton

Aufbauend auf der Analyse der Angebotsstrukturen und der vertieften Bedarfsabklärung wurden drei Umsetzungsvarianten für die Etablierung eines flächendeckenden Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern ausgearbeitet:

1. Zentrale Organisation (eigenständige Organisation oder Angliederung an Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Spitex Stadt Luzern oder Verein Palliativ Luzern)
2. Mobile Palliative-Care-Dienste angegliedert an die drei Standorte des Kantonsspitals Luzern und gegebenenfalls an die Klinik St. Anna
3. Dezentrale Organisation der mobilen Palliative-Care-Dienste angegliedert an drei regionale Netzwerke mit einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung

Aufgrund der Bedeutung einer starken und gut vernetzten Grundversorgung und einer angesichts kurzfristiger Übertritte und oft kurzer Aufenthaltszeiten notwendigen guten Abstimmung zwischen den Leistungserbringern empfehlen die Autorinnen und der Autor der Studie, die Umsetzungsvariante 3 «Dezentrale Organisation der MPCD angegliedert an drei regionale Netzwerke mit einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung» vertieft zu prüfen. Diese Variante sieht die Bildung regionaler Teams eingebunden in die regionalen Netzwerke der Grundversorger vor. Je nach Regi-

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 8/112

on lässt sie eine unterschiedliche Aufgabenteilung zwischen Leistungserbringern für die Sicherstellung der zentralen Leistungsmerkmale eines MPCD zu. Spitäler, regionale Spitexorganisationen mit entsprechend ausgebildeten Fachpersonen und niedergelassene Ärzte erbringen unter einer regionalen Leitung und Koordination als Team die Leistungen in der spezialisierten Palliative Care im Aufgabenspektrum des MPCD.

Diese Variante bietet die grössten Chancen eines Einbezugs und einer Stärkung der Grundversorgung und eines rechtzeitigen und niederschweligen Zugangs zu Leistungen der Palliative Care. Umgekehrt erschliesst sie der spezialisierten Versorgung in komplexen und instabilen Situation die Ressourcen der regionalen Unterstützungsnetzwerke.

Finanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste

Die Finanzierung der Aufgaben mobiler Palliative-Care-Dienste ist im Rahmen der heutigen Regelfinanzierung nicht sichergestellt. Deshalb gehen die zusätzlichen Kosten der ambulanten spezialisierten Palliative Care, wenn sie nicht über einen expliziten Leistungsauftrag abgegolten werden, häufig zu Lasten des Kostenträgers der Restfinanzierung Langzeitpflege, auch wenn die Kostenträger anderer Versorgungsbereiche, vor allem der Spitäler und der ambulanten ärztlichen Versorgung, entlastet werden. Zum Teil werden Finanzierungslücken durch Spendengelder geschlossen.

Die Studie schlägt ein Finanzierungsmodell vor, welches die Verrechenbarkeit von Pflegeleistungen nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung ausschöpft und die zusätzlichen Kosten eines mobilen Palliative-Care-Dienstes durch eine Zusatzfinanzierung in Form von einem Deckungsbeitrag und einem Sockelbeitrag abdeckt. Der Deckungs- und Sockelbeitrag ergänzen die Restfinanzierung der Pflege durch die Wohnortgemeinden in Höhe der im Modell mit 120 Franken angesetzten Kosten einer Stunde Behandlungspflege in der Grundversorgung.

Die Kosten des Deckungsbeitrags für die höheren variablen Kosten pro verrechnete Stunde ambulanten spezialisierte Pflege (u.a. höhere Qualifikationen und höherer Skill-Grade Mix, längere Wegzeiten, grösserer Anteil nicht verrechenbarer indirekter Leistungen für Klientinnen und Klienten) belaufen sich in der Summe je nach geleisteter Stundenzahl für den ganzen Kanton auf zwischen 265'000 Franken und 315'000 Franken. Die Kosten des Sockelbeitrags für die Kosten aus übergeordneten Leitungs- und Koordinationsfunktionen und für weitere nicht verrechenbare Leistungen eines MPCD (Beratung von Angehörigen, telefonische Kurzberatungen, telefonische Nachtdeckung und Pikettendienste, Prozess- und Qualitätsmanagement, Freiwilligenkoordination) belaufen sich je nach Umsetzungsmodell auf zwischen 280'000 und 340'000 Franken.

Die Zusatzfinanzierung von Deckungs- und Sockelbeitrag sollte aus Sicht der Studie ausserhalb der den Wohnortgemeinden obliegenden Restfinanzierung der Pflege erfolgen. Damit sollen Fehlanreize für eine verzögerte Inanspruchnahme von notwendigen Leistungen der spezialisierten Pflege vermieden werden und die Beiträge, die die Gemeinden unabhängig an eine gute, vernetzte Palliative Care Grundversorgung und weitere gemeindenahere Unterstützungsleistungen leisten müssen, nicht konkurrenziert werden.

Monitoring der Leistungen und Beitrag zur Weiterentwicklung der Tarifsysteme

In der Studie wird auf die Bedeutung einer einheitlicheren und differenzierten Erfassung von Kosten- und Leistungsdaten als Grundlage für die Weiterentwicklung der Tarifsysteme hingewiesen. Ebenfalls von grosser Bedeutung ist die Datenqualität in Bezug auf die Klientinnen- und Klientenstrukturen und Patientenpfade, die direkt aus den Primärdaten der Leistungserbringer abgeleitet werden sollten. Die Leistungserbringer des Kantons Luzern könnten hier bei einer entsprechenden, abgestimmten Konzeption der Leistungserfassung und Kostenrechnung von Beginn an einen wichtigen Beitrag an den interkantonalen Austausch und die nationale Entwicklung leisten.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 9/112

1. Einführung

1.1. Ausgangslage

In der Schweiz ist der Anspruch von unheilbar kranken und sterbenden Menschen auf eine angemessene bzw. angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege in vielen Kantonen bereits in den Gesundheitsgesetzen oder auf Verordnungsebene verankert. Diese Grundlage wurde im Jahr 2006 auch im Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern (SRL 800, § 25 Patientenrechte und -pflichten, Abs. 2) geschaffen und ins Spitalgesetz übernommen (SRL 800a, § 32 Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten, Abs. 3).¹

Seither wurden und werden im Kanton Luzern der Auf- und Ausbau entsprechender Versorgungsstrukturen und die Erarbeitung wichtiger Grundlagen zur Finanzierung, Qualitätssicherung, Bildung, Sensibilisierung und Freiwilligenarbeit kontinuierlich vorangetrieben. Diese Aktivitäten stützen sich auf die nationalen Strategien «Palliative Care (2010-2012)» sowie «Palliative Care (2013-2015)». Sie werden von der Initiative des Vereins Palliativ Luzern und weiterer Akteure der Gesundheitsversorgung und Sozialen Arbeit getragen.

Eine besondere Herausforderung stellen dabei die ambulante Versorgung mit Palliative Care und der Zugang zur spezialisierten Palliative Care im gewohnten Wohnumfeld dar. Eine Auswertung der Sterbeorte anhand der medizinischen Statistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen für die Jahre 2006 bis 2011 durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) zeigt,² dass der überwiegende Wunsch von Menschen, zu Hause oder in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu sterben,³ sich oft nicht erfüllt. Der Anteil der im Spital oder in einem Pflegeheim verstorbenen Personen lag im Jahr 2011 in den meisten Kantonen bei ungefähr 80 Prozent. Dies galt auch für den Kanton Luzern mit einem Spitalanteil von 32.4 Prozent und Pflegeheimanteil von 47.3 Prozent. Dies bedeutet, dass weniger als ein Fünftel der Bevölkerung ausserhalb einer stationären Einrichtung verstirbt.

Der Anteil der in einem Spital oder einem Pflegeheim Verstorbenen hat in der Schweiz zwischen 2006 und 2011 von 75.3 auf 80.6 Prozent zugenommen. Dieser Trend zeigt sich auch im Kanton Luzern mit einem Anstieg von 73.6 auf 79.7 Prozent.

1.2. Palliative Care und mobile Palliative-Care-Dienste

1.2.1. Spezialisierte Palliative Care in Abgrenzung zur Grundversorgung

Palliative Care in der Grundversorgung wie auch in der spezialisierten Versorgung bezeichnet einen integrierten Versorgungsansatz, dessen zentrale Merkmale in den Definitionen der nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 und 2013-2015 (nachfolgend wieder gegeben) oder der Schweizeri-

¹ In den Kantonen Luzern, Schwyz und Uri wurde die Formulierung «angepasste Betreuung» gewählt, im Kanton Zug die Beschreibung «ganzheitliche Betreuung».

² Obsan (2013), BAG_Lieu_Deces_Def.xlsx, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), publiziert unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/index.html?lang=de>. Bei der Interpretation einzelner Kantone ist zu beachten, dass in der heutigen Auswertungsform der Einfluss von interkantonalen Wanderungsbilanzen von Bewohnern und Bewohnerinnen, die ihre Papiere nicht in der Standortgemeinde des Pflegeheims hinterlegt haben, nicht berücksichtigt wird.

³ GfK Switzerland AG (2009): Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care, im Auftrag des BAG.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 10/112

schen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in sehr ähnlichen Formulierungen festgehalten sind:⁴

- Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Heilung (Kuration) der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt.
- Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden in angemessener Weise unterstützt.
- Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.

Prägende Merkmale von Palliative Care sind eine vorausschauende Anpassung und Ablösung der kurativen Ziele und – angesichts der notwendigen Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod sowie Leiden und mögliche Komplikationen – eine «Klärung» oder ein geteiltes Verständnis der angestrebten Lebensqualität. Kennzeichnend für Palliative Care ist unter anderem auch das Fachwissen im Schmerz- und Symptomanagement, in der Gesprächsführung, im Konfliktmanagement und in der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Kenntnis wichtiger, oft regional geprägter Unterstützungsnetzwerke.

Die Definition von Palliative Care enthält zugleich Merkmale wie den Einbezug der Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung oder den Einschluss der psychologischen, sozialen und spirituellen Dimension in die Behandlung, welche zu den allgemeinen Richtlinien guten medizinischen und pflegerischen Handelns gehören. Die spezifische Lebenssituation der Patientinnen und Patienten führen jedoch dazu, dass in der Palliative Care viel deutlicher zu Tage tritt, dass die zentralen Ziele der Behandlung, Pflege und Begleitung nur erreicht werden, wenn die voranstehend aufgeführten Qualitäten neben den medizinisch-pflegerischen im gleichen Masse zum Zuge kommen.

Im Zentrum der Studie steht die Frage nach dem Zugang zur spezialisierten Palliative Care im gewohnten Wohnumfeld und die Ausgestaltung eines Angebots an spezialisierter ambulanter Palliative Care für den ganzen Kanton. Die Definition und Abgrenzung der spezialisierten Palliative Care im Verhältnis zur Palliative-Care-Grundversorgung folgt dabei den Indikationskriterien, die im Rahmen der nationalen Strategie erarbeitet wurden.⁵

Ausschlaggebend für den Einbezug der spezialisierten Palliative Care sind den Indikationskriterien zufolge nicht einzelne Krankheitsbilder und -diagnosen, sondern in einer ersten Orientierung die beiden Dimensionen Komplexität und Instabilität der Ausgangssituation. Die Abgrenzung erfolgt problem- und ressourcenorientiert.

Zentrale Indikationskriterien für den Einbezug ergeben sich damit einerseits aus dem Grad der Komplexität und Multidimensionalität der Probleme und Belastungen. Daran geknüpft ist der Bedarf an koordinierter Behandlung und Betreuung durch verschiedene Professionen. Andererseits leiten sich die Indikationskriterien aus der Instabilität der Ausgangssituation und der Dynamik der

⁴ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010), S. 8; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013), S. 6.

⁵ Siehe Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2011), Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care.

Entwicklung ab. Diese äussert sich unter anderem im Bedarf an vorausschauender Planung oder in der erkennbaren Überschreitung der Belastungsgrenze nahestehender Bezugspersonen.

Komplexität und Instabilität äussern sich in verschiedenen Dimensionen, unter anderem im Schmerz- und Symptommanagement, im körperlichen Allgemeinzustand des Patienten resp. der Patientin, in der psychischen oder seelischen Situation, einer schwierigen Entscheidungsfindung oder eingeschränkter Urteilsfähigkeit, der Belastung der Angehörigen und der Tragfähigkeit des sozialen Umfelds.

Eine gute Palliativversorgung setzt Fähigkeiten zur vernetzten Versorgung und eine Grundausbildung in Palliative Care in der Grundversorgung voraus. Vor diesem Hintergrund ist der Grad der Komplexität und Instabilität, ab dem Spezialisten beigezogen werden sollten, immer auch ein Stück weit von den Kompetenzen und Fähigkeiten der Grundversorgung abhängig. Gleichzeitig müssen Indikationskriterien so klar formuliert und operationell umgesetzt werden, dass die Grundversorger die Grenzen ihrer Möglichkeiten einschätzen können und rechtzeitig die Indikationen erkennen, die den Einbezug der Spezialisten erforderlich machen. Häufig erfolgt die Operationalisierung an den konkreten Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringergruppen.

Eine weitere Abgrenzung zwischen der spezialisierten Versorgung und der Grundversorgung ergibt sich in der Praxis oft aus den Anforderungen bei einer Zertifizierung der spezialisierten Leistungserbringer bzw. aus der Erfüllung von Qualitätskriterien gemäss Leistungsvertrag.⁶

1.2.2. Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) (spitalexterne Versorgung)

Mobilien Palliative-Care-Diensten (MPCD) kommt eine zentrale Aufgabe bei der Sicherstellung eines Zugangs zu spezialisierter Palliative Care im vertrauten Wohnumfeld zu, sei es in einer privaten Wohnung, in einem Alters- oder Pflegeheim, einem Wohnheim oder beim Betreuten Wohnen. Als Ausgangsdefinition dient die Beschreibung im Dokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» des Bundesamts für Gesundheit (BAG), palliative.ch und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK):⁷

«Der mobile Palliativdienst ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team, das sich in erster Linie an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim wendet. Er ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Das Team des mobilen Palliativdienstes unterstützt ausserdem die Übergänge zwischen Spital und häuslicher Versorgung und stellt somit den Drehpunkt jedes regionalen oder lokalen Palliativnetzes dar. Die Verantwortung für die Behandlung bleibt in der Regel bei den Betreuenden der Grundversorgung, es sei denn, es wird anders vereinbart. Auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung und in festgelegten Situationen kann der mobile Palliativdienst auch direkt an der Behandlung und Begleitung einer Patientin, eines Patienten beteiligt sein.»

«Die primäre Zielgruppe sind professionelle Betreuende und betreuende Dienste vor Ort. Sekundäre Zielgruppe sind Patientinnen, Patienten und deren nahestehenden Bezugspersonen.»

Die Organisations- und Finanzierungsformen eines MPCD variieren in der Schweiz zwischen den Kantonen und innerhalb der Kantone sehr stark.⁸

⁶ Siehe dazu beispielsweise die Zertifizierungsanforderungen des Schweizerischen Vereins für Qualität in Palliative Care - qualité palliative, <http://www.palliative.ch/?id=127>.

⁷ Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 15.

⁸ Wächter, M. und Bommer, A. (2014). Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Siehe auch Kapitel 4.1.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 12/112

1.3. Auftrag und Ziele der vertieften Bedarfsabklärung zu mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern

Im Zentrum der Studie steht die Erhebung des aktuell existierenden Versorgungsangebots an Palliative Care im Kanton Luzern, verbunden mit dem Ziel, den regional differenzierten Bedarf an mobilen Palliative-Care-Diensten abzuklären. Diese Erhebung berücksichtigt den aktuellen Entwicklungsstand des Angebots und die geplanten Massnahmen der regionalen Spitexorganisationen und Pflegeheime im Bereich Palliative Care. Ein besonderes Augenmerk gilt auch der hausärztlichen Grundversorgung und dem Unterstützungsbedarf der Hausärztinnen und Hausärzte.

Auf dieser Grundlage werden verschiedene Varianten eines regional differenzierten, zugleich aber flächendeckenden Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern erarbeitet. Diese Varianten werden durch Kostenschätzungen ergänzt.

Die Studie erfolgt im Auftrag des Vereins Palliativ Luzern und des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Luzern. Sie wurde im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit der beiden Departemente Wirtschaft und Soziale Arbeit der Hochschule Luzern durchgeführt. Die Durchführung lag bei Angela Bommer und Dr. Matthias Wächter, Mitarbeitende des Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) und Sarah Rabhi-Sidler, Mitarbeiterin des Instituts Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention (ISP), die Projektleitung bei Dr. Matthias Wächter.

Die Steuergruppe wurde aus dem Vorstand des Vereins Palliativ Luzern, vertreten durch Lisbeth Bieri, Patricia Kalbermatten, Hanspeter Vogler unter der Leitung von Prof. Dr. Rudolf Joss gebildet. Der Vorstand des Vereins Palliativ Luzern wurde an den Vorstandssitzungen regelmässig über den Stand des Projektes informiert.

1.4. Dank

Die Autorinnen und Autoren der Studie bedanken sich bei allen Interviewpartnerinnen und -partnern für die Bereitschaft, im Rahmen ausführlicher Interviews und ergänzender Angaben einen substantiellen Beitrag an die Studie zu leisten. Ein besonderer Dank gilt auch LUSTAT Statistik Luzern, namentlich Edith Lang, Angela Kaufmann und Agnes Zwimpfer für die Aufarbeitung und das zur Verfügung stellen umfassender Datensätze für eine vertiefte Analyse der Ausgangssituation im Kanton Luzern. Ohne ihr grosses Engagement und ihre aufmerksame Kommentierung der Auswertungen wären die vorliegenden Analysen nicht möglich gewesen.

Den Mitgliedern der Steuergruppe, Lisbeth Bieri, Prof. Dr. Rudolf Joss, Patrizia Kalbermatten-Casarotti und Hanspeter Vogler danken wir für ihre umsichtige Begleitung der Studie und ihre wertvollen Hinweise und Rückmeldungen. Der Vorstand des Vereins Palliativ Luzern unterstützte die Studie in allen Stadien durch konstruktiv-kritische Rückmeldungen und die Vermittlung wertvoller Kontakte und Gesprächspartnerinnen und -partner.

2. Methodisches Vorgehen

Die Studie stützt sich auf einen Methodenmix aus qualitativen Interviews, statistischen Analysen sowie einer Dokumenten- und Literaturanalyse.

2.1. Erhebung des IST-Zustands der Versorgung

Zur Erhebung des IST-Zustandes der heutigen Versorgung im Bereich Palliativ Care wurden einerseits knapp 60 leitfadengestützte qualitative Interviews geführt sowie umfassende statistische Auswertungen verschiedener Datenquellen vorgenommen.

Im Zentrum steht die Frage, in wie weit im Kanton Luzern regionale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen, der Bevölkerungsdichte und den Haushaltsstrukturen regional differenzierte Lösungsansätze erfordern. Aus diesem Grund wurde bei der Auswahl der Interviewpartner/-innen Wert auf eine ausgewogene regionale Verteilung und bei der Auswertung der statistischen Daten auf eine hohe regionale Auflösung gelegt.

Die Gemeinden arbeiten im Bereich Alter und Langzeitpflege in fünf Planungsregionen Luzern, Seetal, Sursee, Willisau und Entlebuch von stark unterschiedlicher Grösse zusammen. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über diese Regionen. Im Rahmen der Studie wurde überprüft, inwieweit diese Planungsregionen einen sinnvollen Bezugsrahmen für die Organisation und Koordination eines flächendeckenden Angebots an ambulanter spezialisierter Palliative Care bieten.

Tabelle 1: Übersicht über die verschiedenen Planungsregionen

Planungsregionen	Zugeordnete Gemeinden	Wohnbevölkerung (2013)	Spitex-org. (2014)	Alters- u. Pflegeheime (2013)	Betten Langzeitpflege (2013)
1 - Luzern	Luzern, Ebikon, Buchrain, Adligenswil, Root, Inwil, Udligenswil, Dierikon, Meierskappel, Gisikon, Honau, Emmen, Kriens, Horw, Malters, Schwarzenberg, Meggen, Weggis, Vitznau, Greppen	209'772	8	34	2'698
2 - Seetal	Hochdorf, Eschenbach, Ballwil, Hohenrain, Römerswil, Hitzkirch, Aesch, Schongau, Ermensee, Altwis, Rothenburg	34'864	3	7	464
3 - Sursee	Sursee, Ruswil, Neuenkirch, Beromünster, Triengen, Sempach, Oberkirch, Nottwil, Buttisholz, Grosswangen, Rickenbach, Schenkou, Geuensee, Rain, Büron, Knutwil, Hildisrieden, Eich, Mauensee, Schlierbach	71'728	10	13	667
4 - Willisau	Willisau, Reiden, Dagmersellen, Schötz, Menznau, Ettiswil, Nebikon, Pfaffnau, Zell, Wauwil, Hergiswil, Altishofen, Wikon, Luthern, Egolzwil, Gettnau, Altbüron, Grossdietwil, Ufhusen, Fischbach, Roggliswil, Alberswil, Ebersecken	51'009	7	11	696
5 - Entlebuch	Escholzmatt-Marbach, Wolhusen, Schüpfheim, Entlebuch, Werthenstein, Flühli, Hasle, Doppleschwand, Romoos	22'976	1	4	351
Total	83	390'349	29	69	4'876

Quelle: BFS – BEVNAT, Regierungsrat Kanton Luzern – Pflegeheimliste 2013.

83 Gemeinden sind im Kanton Luzern für die Sicherstellung eines angemessenen ambulanten und stationären Pflegeangebots und die Restfinanzierung der Langzeitpflege verantwortlich. Die Gemeinden wiederum haben Aufträge an 29 Spitexorganisationen (Stand 2014/2015) erteilt und tragen auch die Restfinanzierung der stationären Pflege in 69 Heimen (gemäss Pflegeheimliste 2013).

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 14/112

Aufgrund der Bedeutung der regionalen Spitexorganisationen für die ambulante Palliative Care werden Daten in einzelnen Tabellen nach den 29 Regionen, die die Spitexorganisationen abdecken, zusammengestellt. In dieser differenzierten Darstellung spiegelt sich die hohe Heterogenität in der Bevölkerungsdichte, in der Nachfrage und den Angebotsstrukturen.

Leitfadengestützte qualitative Interviews

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen- und -partner (siehe Übersicht in Tabelle 2) erfolgte in Absprache mit der Steuergruppe. Insgesamt wurden 57 Interviews mit Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege des Kantons Luzern sowie ein Interview mit LAK Curaviva, dem Verband der Alters- und Pflegeheime und sozialen Institutionen im Kanton Luzern geführt.

Tabelle 2: Interviewpartnerinnen und -partner (Anzahl Interviews)

<p>Spitäler (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Luzerner Kantonsspital Luzern (Palliativstation), Luzerner Kantonsspital Sursee, Luzerner Kantonsspital Wolhusen, Luzerner Psychiatrie Klinik St. Urban, Hirslanden Klinik St. Anna, Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil – operative Ebene: Leitende Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Sozialdienst (nur Palliativabteilung LUKS Luzern und Spital Sursee), Seelsorge (nur Palliativabteilung LUKS Luzern) <p>Hausärztinnen und -ärzte (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vertreter/-innen aus allen fünf Planungsregionen Alter <p>Palliativabteilung Betagtenzentrum Eichhof Luzern (1)</p>	<p>LAK Curaviva (1)</p> <p>Alters- und Pflegeheime (12)</p> <ul style="list-style-type: none"> – aus allen fünf Planungsregionen Alter – unterschiedliche Grösse und Ausrichtung – 2 bis 3 Vertreter/-innen pro Organisationen und Interview (Geschäftsleitung und Pflegende) <p>Spitexorganisationen des Kanton Luzern mit Leistungsauftrag; inklusive Brückendienst der Spitex Stadt Luzern (28)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Alle Spitexorganisationen des Kanton Luzern mit öffentlichem Leistungsauftrag (29 Organisationen (Stand 2014), 28 Interviews aufgrund einer gemeinsamen Geschäftsleitung von zwei Organisationen) – 2 bis 3 Vertreterinnen pro Organisationen und Interview (Geschäftsleitung und Pflegende)
--	--

Fünf Interviews bezogen sich auf bereits bestehende Angebote der spezialisierten Palliative Care im Kanton Luzern: die Palliativabteilung des Luzerner Kantonsspitals, die Klinik St. Anna, das Paraplegikerzentrum Nottwil (eingeschränkter Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care für die Patientinnen-/Patientengruppe bei Querschnittlähmungen und querschnittähnlichen Symptomatiken (inkl. solcher neuromuskulärer Krankheiten)), die Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof und der Brückendienst der Spitex Stadt Luzern.

In der Gruppe der Spitäler wurden zusätzlich Interviews mit den beiden weiteren Standorten des Kantonsspitals (Sursee und Wolhusen) und der stationären Klinik der Luzerner Psychiatrie St. Urban geführt.

Aufgrund der regionalen Verankerung der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag, ihrer grossen Heterogenität, ihrer wichtigen Rolle in den regionalen Netzwerken der Palliative Care Grundversorgung und an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurden alle Spitexorganisationen des Kantons mit Leistungsauftrag (mit Ausnahme der Kinderspitex Zentralschweiz) interviewt. Neben der Geschäftsleitung waren immer auch Pflegende von der Basis in das jeweilige Interview einbezogen.

Bei den Pflegeheimen erfolgte die Anfrage aufgrund der angestrebten regionalen Verteilung und Streuung in der Grösse. Alle 12 Anfragen wurden positiv beantwortet.

25 Hausärztinnen und -ärzte aus den verschiedenen Planungsregionen Alter wurden kontaktiert mit dem Ziel, zwei Interviews pro Versorgungsregion zu führen. Insgesamt wurden 10 Interviews mit Hausärztinnen und -ärzten geführt. Die Mehrheit der Absagen erfolgte aufgrund zeitlicher Überlastung, zwei wurden mit fehlendem Interesse begründet. Die Stichprobe dürfte aufgrund der Absagen

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 15/112

einen Bias in Richtung im Bereich Palliative Care stark engagierter Hausärztinnen und -ärzte haben.

Die Interviews mit den Spitexorganisationen wurden transkribiert und die wichtigsten Aussagen in ein strukturiertes, vergleichendes Auswertungsraster übertragen. Die Interviews mit den Hausärztinnen und -ärzten, Pflegeheimen und Spitälern wurden protokolliert und anschliessend entlang des strukturierten Leitfadens ausgewertet.

Statistische Auswertungen

Für die Darstellung regional wichtiger Planungsgrössen wie Bevölkerungsdichte, Demografie, Todesfälle oder gewisser Angebotsstrukturen und Finanzierungsströme wurde auf öffentliche Statistiken und Berichte des Bundesamts für Statistik und von LUSTAT Statistik Luzern zurückgegriffen. Gleichzeitig erforderten die Analyse von Patientinnen-/Patientenpfaden und eine höhere regionale Auflösung der Versorgungsstrukturen Sonderauswertungen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser, der Spitex Statistik und der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED). LUSTAT Statistik Luzern hat hier mit der Bereitstellung der Daten und der Zusammenarbeit bei der Analyse wertvolle Unterstützung geleistet.

2.2. Organisation und Finanzierung mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen

Als Referenz für die geplante Entwicklung im Kanton Luzern wurden Organisations- und Finanzierungsformen mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen untersucht und dargestellt. Die Hochschule Luzern führte von September bis Dezember 2013 im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit Unterstützung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Fachgesellschaft palliative.ch eine strukturierte Bestandaufnahme aller in der spitalexternen Versorgung tätigen mobilen Palliative-Care-Dienste in der Schweiz durch.⁹

Damit stand der Hochschule Luzern für die Erarbeitung verschiedener Varianten eines regional differenzierten Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern ein vertieftes Verständnis der Organisationsformen und Finanzierungsgrundlagen in anderen Kantonen zur Verfügung.

2.3. Vorschläge für die Ausgestaltung eines flächendeckenden Angebots an mobiler Palliative-Care im Kanton Luzern

Auf der Grundlage der vertieften Bedarfsabklärung, der Grundlagendokumente und Berichte der nationalen Strategie Palliative Care und der im Kanton Luzern bereits vorliegenden Konzepte wurden Vorschläge für die Etablierung eines flächendeckenden Angebots an mobiler Palliative Care für den Kanton erarbeitet.

Im Rahmen der Projekte «Organisationsformen und Finanzierungsgrundlagen der ambulanten Palliative Care im Kanton Luzern» und «Zukunft Hauswirtschaft Spitex»¹⁰ hat die Hochschule Luzern ein exploratives Kostenmodell erarbeitet, das es erlaubt, den strukturellen Einfluss verschiedener Faktoren wie Qualifikation, Weiterbildung, Vorhaltekosten, Infrastruktur, nicht verrechenbare Leistungen (Wegzeiten, «Betreuung», Beratung) und weiterer Leistungsaufträge im Bereich Weiterbildung oder Öffentlichkeitsarbeit auf die Vollkosten eines mobilen Palliative-Care-Dienstes abzu-

⁹ Wächter, M. & Bommer, A. (2014).

¹⁰ Wächter et al. (2015), Organisationsformen und Finanzierungsgrundlagen der ambulanten Palliative Care im Kanton Luzern. Wächter et al. (2015), Zukunft Hauswirtschaft Spitex.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 16/112

schätzen. Auf diesen Grundlagen wurden die Kosten verschiedener Umsetzungsvarianten sowie die Auswirkungen auf die gegebenenfalls anderen Leistungserbringern (Spitex, Pflegeheime oder Spitäler) weiter zu verrechnenden Tarife abgeschätzt.

3. Resultate der Erhebung der IST-Situation «Palliative Care im Kanton Luzern»

3.1. Kennzahlen zur demografischen Entwicklung

Die Verteilung der Sterbeorte im Kanton Luzern

Im Kanton Luzern ereigneten sich in den Jahren 2011 bis 2013 mehr als 80 Prozent der jährlich rund 2'900 Sterbefälle in einer stationären Einrichtung (Spitäler, Alters- und Pflegeheime). Der stationäre Anteil ist seit 2006 kontinuierlich gewachsen.

Tabelle 3: Entwicklung der Verteilung der Sterbeorte zwischen 2011 und 2013¹¹

	2011		2012		2013	
Spital	892	32%	854	29%	885	31%
Alters- und Pflegeheim*	1'300	47%	1'503	52%	1'492	52%
Anderer Ort	568	20%	561	19%	494	17%
Total	2'750	100%	2'918	100%	2'871	100%

*inkl. Palliativabteilung Betagtenzentrum Eichhof

Alle Zahlen ohne Todesfälle von Neugeborenen und Sterbefälle im ersten Lebensjahr

Quelle: BFS – Eigene Auswertung von Daten aus SOMED, der medizinischen Statistik der Krankenhäuser und BEVNAT, in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

Der Anteil der in Spitälern Verstorbenen liegt, auch nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung auf den 01.01.2012, bei ca. 30 Prozent. Der Anteil der in Alters- und Pflegeheimen Verstorbenen, hier unter Einbezug der spezialisierten Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof, ist gegenüber 2011 von 47 auf 52 Prozent gestiegen. Damit liegt der Anteil anderer Sterbeorte 2013 im Kanton Luzern bei noch 17 Prozent.

Ein 10 Prozent höherer Anteil an Sterbeorten ausserhalb von stationären Einrichtungen, wie er in anderen europäischen Ländern wie z.B. Deutschland oder Österreich zu finden ist, wäre im Kanton Luzern gleichbedeutend mit einem Anstieg um knapp 300 Personen, die im privaten Wohnumfeld jährlich zusätzlich bis zum Tod begleitet werden könnten.

Erwartungsgemäss weist die weitere Differenzierung der Sterbeorte nach Altersgruppen grosse Unterschiede aus. Innerhalb der Altersgruppen zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Männer versterben in jeder Altersgruppe über 65 Jahren deutlich häufiger zu Hause oder im Spital als Frauen, die einen höheren Anteil des Sterbeorts Alters- und Pflegeheim aufweisen. Dies dürfte weniger mit den Krankheitsbildern als mit dem sozialen Umfeld und der Pflege und Betreuung durch (weibliche) Angehörige verbunden sein. Die Zugangsgerechtigkeit zu einer angemessenen Begleitung im gewünschten Wohnumfeld hat damit auch eine Gender-Komponente.

Die Berechnung des Anteils der verschiedenen Sterbeorte wurde auch nach Regionen aufgelöst vorgenommen. Obwohl den drei Statistiken BEVNAT, SOMED und Medizinische Statistik der Krankenhäuser die gleiche Definition für die Erfassung des Wohnorts zugrunde liegt, ergeben sich in einzelnen Regionen so geringe Zahlen für den Sterbeort ausserhalb einer stationären Einrichtung

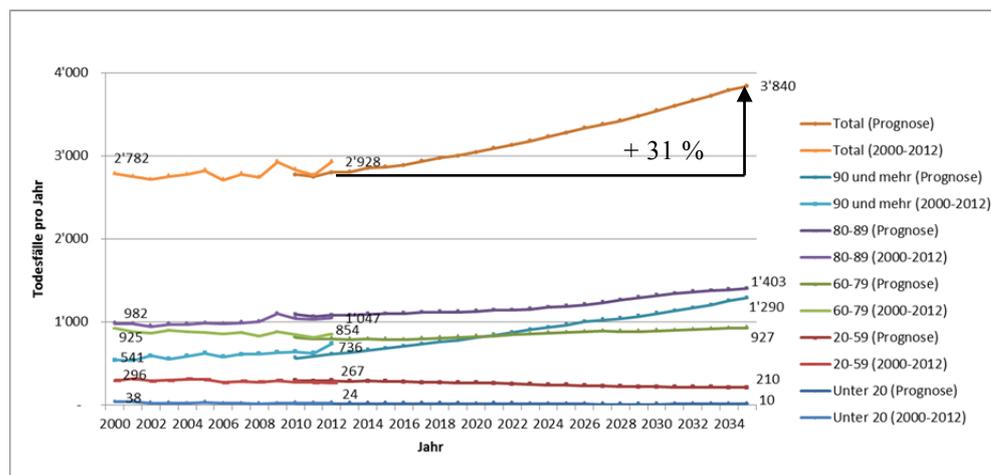
¹¹ Bei der Interpretation der Zahlen zu den Alters- und Pflegeheimen ist zu beachten, dass in der vorliegenden Auswertung der Einfluss von interkantonalen Wanderungsbilanzen von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen, die ihre Papiere nicht in der Standortgemeinde des Pflegeheims hinterlegt haben, nicht berücksichtigt werden konnte. Dies gilt auch für die eingangs zitierte kantonsübergreifende Untersuchung des Obsan (2013), BAG_Lieu_Deces_Def.xlsx. Die interkantonale Wanderungsbilanz des Kantons Luzern ist jedoch praktisch ausgeglichen, so dass dieser Einfluss vernachlässigbar sein sollte.

und so grosse Schwankungen zwischen den Jahren, dass sich die Frage nach der Einheitlichkeit und Qualität der Erfassung des Wohnortes und des Austrittsgrunds «verstorben» in den drei Statistiken stellt. Aus diesem Grund wird auf eine Publikation der differenzierten Zahlen verzichtet. Die vorliegenden Zahlen weisen aber darauf hin, dass sich bei einer Erhöhung der Qualität der Datenerfassung und in Kombination mit einer Standardisierung nach der Alterszusammensetzung der Bevölkerung signifikante regionale Unterschiede zeigen dürften, die mit Unterschieden im Leistungsangebot und den sozialen Umfeldern (Haushaltsstrukturen, Arbeitsmarktpartizipation, etc.) verbunden sind.

Prognose der Entwicklung der Sterbefälle bis 2035

Die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Luzern lässt einen starken Anstieg der Nachfrage nach Leistungen der Palliative Care in den nächsten 20 Jahren erwarten. Abbildung 1 schlüsselt die Entwicklung der Sterbefälle zwischen 2000 und 2012 nach Altersgruppen auf und stellt sie der prognostizierten Entwicklung bis ins Jahr 2035 gegenüber.

Abbildung 1: Todesfälle nach Altersgruppe und Jahr - Entwicklung und Prognose



Quelle: BFS – BEVNAT und Bevölkerungsszenario AR-00-2010. Eigene Darstellung.

Die Prognose der Bevölkerungsentwicklung (mittleres BFS-Szenario AR-00-2010) weist für den Kanton Luzern einen starken Anstieg der jährlichen Sterbefälle bis ins Jahr 2035 um rund ein Drittel (31 Prozent, rund 900 Fälle pro Jahr) aus. Während die Anzahl Todesfälle in den Altersgruppen «unter 20» und «20–59» weiter abnimmt und in der Altersgruppe «60–79» (mit rund 900 Fällen) weitgehend stabil bleibt, beruht der Anstieg vor allem auf den Altersgruppen «80–89» (von 1'047 Fällen im Jahr 2012 auf 1'403 Fälle 2035) und «90 Jahre und älter» (von 736 Fällen 2012 auf 1'290 Fälle 2035).

Diese Entwicklung dürfte, falls keine alternativen Wohnformen und Betreuungskonzepte entwickelt werden, zu einer weiteren Verlagerung der Sterbeorte in Richtung stationärer Einrichtungen führen.

Schätzung der Anzahl Palliativpatientinnen und -patienten nach Planungsregionen

Nicht alle unheilbar kranken oder sterbenden Patientinnen und Patienten bedürfen einer palliativen Begleitung, sei es in der Grundversorgung oder in der spezialisierten Versorgung. Schätzungen im Rahmen der nationalen Strategie Palliative Care für die Schweiz gehen davon aus, dass 2/3 aller Sterbefälle eines Jahres eine palliative Behandlung und Begleitung benötigen. Davon können 80

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 19/112

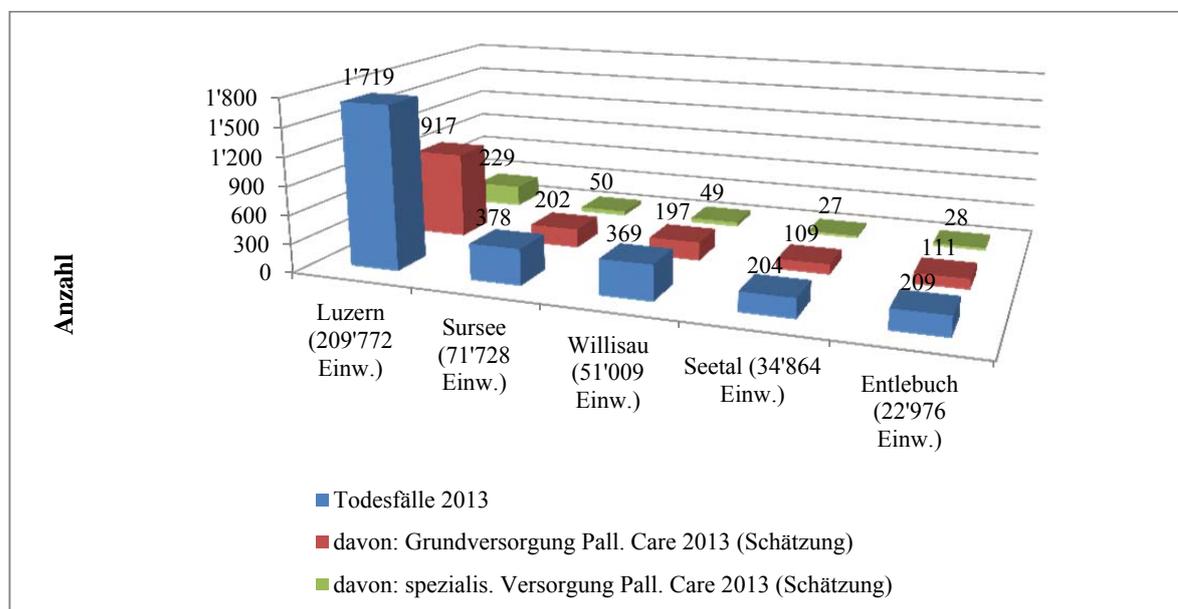
Prozent aller Personen im Rahmen der Grundversorgung betreut werden, die anderen 20 Prozent im Rahmen der spezialisierten Versorgung.¹²

Übertragen auf den Kanton Luzern bedeutet dies für das Jahr 2013 bei 2'879 Todesfällen, dass 1'535 Personen Palliative Care im Rahmen der Grundversorgung benötigen, 384 Personen im Rahmen der spezialisierten Versorgung.

Gemäss Bevölkerungsprognosen des BFS würden die Zahlen bis 2035 bei einer unveränderten medizinisch-pflegerischen Entwicklung auf 2'048 Personen in der Palliative Care Grundversorgung respektive 512 Personen in der spezialisierten Versorgung ansteigen.

Abbildung 2 zeigt deutliche Unterschiede in der Aufteilung der Palliativpatientinnen und -patienten zwischen den heutigen Planungsregionen in der Langzeitpflege.

Abbildung 2: Todesfälle 2013 und Schätzung Palliativpatientinnen/-patienten nach Planungsregionen



Quelle: BFS – BEVNAT und Spitex-Statistik sowie eigene Berechnungen.

Die höchste Nachfrage nach Palliative Care ist mit hochgerechnet rund 920 Personen in der Grundversorgung und 230 Personen in der spezialisierten Versorgung in der Planungsregion Luzern und Agglomeration zu erwarten. In dieser Region mit der zugleich höchsten Bevölkerungsdichte und einem Anteil von über 50 Prozent an der Gesamtbevölkerung konzentrieren sich heute die spezialisierten Palliative Care-Angebote im Kanton. Eine in absoluten Zahlen deutlich niedrigere Nachfrage ist in den Versorgungsregionen Sursee und Willisau mit rund je 200 Personen in der Grundversorgung und je 50 Personen in der spezialisierten Versorgung sowie in den Versorgungsregionen Seetal und Entlebuch mit rund 110 Personen bzw. 30 Personen zu erwarten.

Diese Fälle verteilen sich zum einen dann nochmals auf die verschiedenen Angebotsformen Spital, Pflegeheim oder ambulante Versorgung und zum anderen innerhalb dieser auf eine mehr oder weniger grosse Anzahl von Leistungserbringern. Im Anhang werden in Tabelle 16 die Angaben zu den

¹² BAG/GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Die Ableitung dieser Grössen aus ausländischen Studien und Erfahrungen findet sich auf den Seiten 10-11. Siehe auch Tabelle 1 auf Seite 11 der Publikation.

Todesfällen und den Palliativpatientinnen und -patienten aufgelöst nach den einzelnen Spitexregionen dargestellt. In Tabelle 17 wird eine Übersicht zur Grösse der regionalen Versorgungsgebiete, die die Spitexorganisationen abdecken, und zur Anzahl der ihnen zuzuordnen Pflegeheime, Pflegebetten, Arztpraxen und Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung gegeben.

Die Berücksichtigung dieser signifikanten Unterschiede in der Nachfrage und Angebotsdichte ist eine wichtige Planungsvoraussetzung.

Die Schätzung der Anzahl Patientinnen und Patienten basierend auf der Berechnungsmethode der nationalen Strategie konnte nicht anhand von konkreten Leistungszahlen der Leistungserbringer für den Kanton Luzern validiert werden. Dafür fehlen die Grundlagen in der heutigen Datenerfassung und -auswertung. In der Literatur finden sich weitere Schätzmethoden, die z.B. davon ausgehen, dass 10 Prozent aller Sterbenden spezialisierte Palliative Care benötigen, oder die eine Schätzung aufgrund des Anteils der Krebserkrankungen vornehmen. Diese Ansätze führen zu Zahlen in einer ähnlichen Grössenordnung. Die Abschätzungen erlauben zumindest eine erste Orientierung über die zu erwartende Nachfrage.

3.2. Stand der Versorgung in Bezug auf die einzelnen Leistungserbringergruppen

3.2.1. Spitäler

Ausgestaltung der heutigen Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge der Spitäler werden über die Spitalliste des Kantons festgelegt. Die Palliative-Care-Grundversorgung ist heute ein Teil des Basispaketes und damit für die meisten Spitäler Pflicht. Zusätzlich hat der Kanton Luzern einen Leistungsauftrag Palliative-Care-Kompetenzzentrum in Anlehnung an das Leistungsgruppenkonzept des Kantons Zürich (gemäss Empfehlung der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK) formuliert.

Abbildung 3: Auszug aus der Spitalliste des Kantons Luzern

			Innerkantonal			Ausserkantonal
Leistungsbereiche	Kürzel	Bezeichnung	Luzerner Kantonsspital	Klinik St. Anna	Schweizer Parapl.-Zentr.	Kantonsspital Nidwalden
Querschnittsbereiche	PAL	Pall. Care Kompetenzzentrum				
		Volles Leistungsspektrum der jeweiligen Leistungsgruppe gestattet.				
		Das SPZ Leistungsgruppen-Angebot beschränkt sich auf die ganzheitliche Behandlung bei Querschnittslähmungen und querschnittähnlichen Symptomatiken (inkl. solcher neuromuskulärer Krankheiten).				

Quelle: Spitalliste Kanton Luzern 2015.

Er wurde innerkantonal dem Kantonsspital Luzern, der Klinik St. Anna und dem Schweizer Paraplegikerzentrum (für die ihm zugewiesenen Patienten- und Patientinnengruppen) sowie ausserkantonal dem Kantonsspital Nidwalden erteilt.

Damit ist im Kanton Luzern, ergänzt durch weitere spezialisierte Angebote in Nachbarkantonen wie Schwyz (Kantonsspital Schwyz), Aargau (Kantonsspital Aarau) oder Zürich (Spital Affoltern am Albis), zumindest gemäss Leistungsauftrag bereits ein dichtes Angebot an spezialisierter Palliative Care im Rahmen von Spitalstrukturen gegeben.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 21/112

Der Leistungsauftrag beinhaltet bereits sehr spezifische Aufgaben und Anforderungen, die auch auf das Gesamtangebot an Palliative Care im Kanton wichtige Auswirkungen haben.¹³

«Kompetenzzentren für Palliative Care erbringen spezialisierte Palliative-Care-Leistungen. Diese umfassen folgende speziellen Aufgaben [*Hervorhebungen durch Autor/-innen*]:

1. Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen mit dem Ziel der Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung.
2. Stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung der Palliativmassnahmen.
3. **Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care.**
4. **Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen.**
5. **Aus- und Weiterbildung in Palliative Care, (...)**»

Die Aufgaben weisen auf die Notwendigkeit einer vernetzten Leistungserbringung hin und sie weisen über die Spitalgrenzen hinaus.

Die Erteilung eines Leistungsauftrags ist mit verschiedenen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität gebunden. Einige wichtige Punkte sind in Abbildung 4 zusammengestellt.

Abbildung 4: Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität gemäss Leistungsgruppenkonzept GDK

<p>A) Anforderungen an die Strukturqualität: (...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Eine organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur und eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige. <p>B) Personalanforderungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Verantwortung für das Kompetenzzentrum liegt bei einem Facharzt mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care oder entsprechender Berufserfahrung. Eine adäquate Vertretungsregelung ist gewährleistet. 2. Pflegefachpersonal mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care. 3. Weiteres Fachpersonal (Psychologen, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Mal-, Gestaltungs- oder Musiktherapie, Ernährungsberatung) steht zur Verfügung. <p>C) Als Kompetenzzentrum für Palliative Care verfügt das Spital über:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Betriebskonzept, (...) 2. Eine geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen. <p>Bis zum 01.01.2018 Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care»</p>
--

Quelle: Leistungsgruppenkonzept gemäss Empfehlung der GDK (Version 2015.1).

Die personellen Anforderungen setzen nicht nur entsprechende Kompetenzen in spezialisierter Palliative Care bei den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal voraus. Sie umfassen auch die Verfügbarkeit von und interprofessionelle Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen: Psychologen, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Mal-, Gestaltungs- oder Musiktherapie, Ernährungsberatung. Eine weitere Anforderung ist die geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen,

¹³ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2015). Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2015.1; gültig ab 1. Januar 2015).

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 22/112

ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen. Das Spital wird damit, bei entsprechenden personellen Ressourcen, zu einem wichtigen Knotenpunkt in einem versorgungsbereichsübergreifenden Netzwerk.

Luzerner Kantonsspital

Dem Luzerner Kantonsspital hat sein Angebot an spezialisierter Palliative Care am Standort Luzern aufgebaut. Auf der onkologischen Abteilung wurden 8 Palliativbetten geschaffen. Die Palliativbetten standen in den ersten beiden Jahren zunächst vor allem für interne Verlegungen innerhalb des LUKS Standorts Luzern zur Verfügung. Sie werden nun aber auch vermehrt für externe Eintritte genutzt. Auf der Station wurde ein interprofessionelles Team von Ärztinnen, Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitenden und Seelsorgenden aufgebaut. Alle Berufsgruppen sind direkt in die wöchentlichen Rapporte eingebunden. Das interprofessionelle Team ist konsiliarisch auch für andere Abteilungen tätig. Vermehrt betreffen die spitalinternen konsiliarischen Anfragen auch die psychologische, spirituelle oder soziale Dimension einer Palliativsituation. Palliativpatientinnen und -patienten können auch nach ihrer Entlassung nach Hause den Sozialdienst des Spitals weiterhin in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus bietet die Palliativabteilung des LUKS einen medizinischen telefonischen Konsiliardienst an, der im Prinzip allen Leistungserbringern im Kanton offen steht. Aufgrund knapper Ressourcen wurde dieses Angebot zunächst zurückhaltend kommuniziert. Das Leistungsangebot der Palliativstation wurde anfänglich stark für die Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten am Lebensende in Anspruch genommen, im Laufe der Zeit vermehrt aber auch für Aufenthalte zur Neubeurteilung, Stabilisierung und Behandlungsoptimierung. Neu bietet die Palliativabteilung eine ambulante Sprechstunde für Palliativpatientinnen, -patienten und Angehörige an. Darüber hinaus führt die Krebsliga in den Räumen des Kantonsspitals psychoonkologische Sprechstunden durch.

Die beiden Standorte Sursee und Wolhusen sehen ihre Aufgabe in der Palliative-Care-Grundversorgung am Lebensende. Es wurden keine festen Palliativbetten auf einer zusammenhängenden Station geschaffen, sondern die Patientinnen und Patienten werden auf verschiedenen Stationen betreut. Am Standort Sursee sind im Konzept vier flexible Betten vorgesehen, deren Kapazität bisher aber nicht ausgeschöpft wird. In Palliativsituationen wird ein spezielles Dossier eröffnet, das bei Wiedereintritten die direkte Anmeldung auf der behandelnden Station und eine kontinuierliche Dokumentation ermöglicht. Zur Unterstützung der Abteilungen wurden am Standort Sursee interne Ansprechstrukturen geschaffen, die als Team und in Form einer Hotline anderen Stationen konsiliarisch zur Seite stehen. Am Standort Wolhusen sind spezifische Kompetenzen in Palliative Care auf verschiedene Ärztinnen, Ärzte und Pflegende verschiedener Abteilungen verteilt.

Obwohl sich die beiden Standorte Sursee und Wolhusen als Leistungserbringer der Palliative-Care-Grundversorgung positionieren, finden gemäss Interviews praktisch keine Verlegungen von Palliativpatientinnen und -patienten in komplexen oder instabilen Situationen an den Standort Luzern statt. In einzelnen Fällen nehmen die beiden Standorte die konsiliarischen Dienste der Palliativstation oder das konsiliarische Angebot des Pain-Dienstes des LUKS Luzern in Anspruch.

Angesichts des hohen Anteils an onkologischen Patientinnen und Patienten spielen auch die onkologischen Ambulatorien der Spitäler eine wichtige Rolle in der Begleitung und im Symptommanagement in palliativen Situationen.

Hirslandenklinik St. Anna

Die Klinik St. Anna arbeitet als Belegarztspital. Der Fokus im Bereich des Leistungsauftrags spezialisierte Palliative Care ist stark auf die Onkologie ausgerichtet. Patientinnen und Patienten werden im Wesentlichen auf einer palliativ-onkologischen Schwerpunktstation behandelt. Es besteht ein

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 23/112

interner pflegerischer Konsiliardienst, der die Pflege auf anderen Abteilungen unterstützt. Zwei Ärztinnen bzw. Ärzte stehen dem Konsiliardienst als ärztlicher Support zur Verfügung. Die Seelsorge ist bei Palliativpatientinnen und -patienten eng in die Rapporte und Versorgung eingebunden.

Das Belegarztsystem erschwert einerseits die einheitliche Umsetzung eines Palliativ-Konzeptes. Es ermöglicht auf der anderen Seite jedoch in einzelnen Fällen eine Kontinuität in der Versorgung nach der Entlassung bei gleichzeitigem Bestreben, die Hausärztin bzw. den Hausarzt bzw. ebenfalls als Ansprechpartner einzubinden.

Schweizer Paraplegikerzentrum

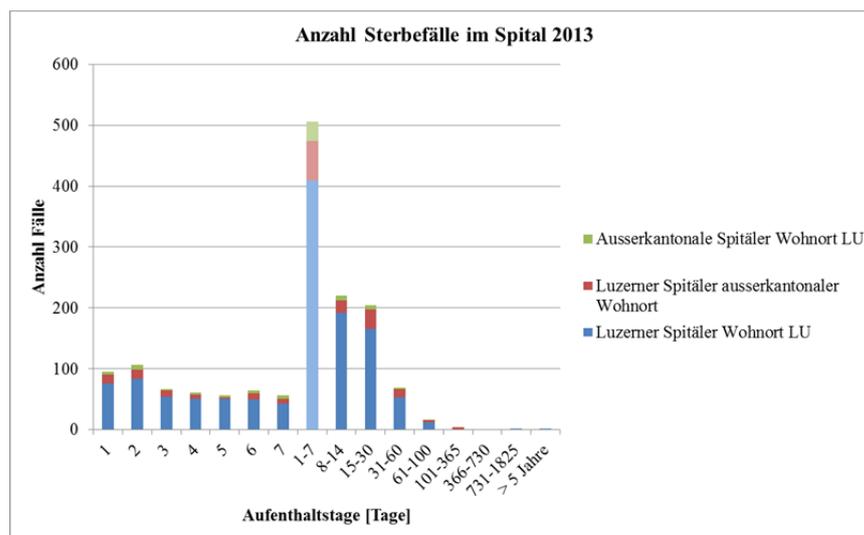
Die Leistungen des Schweizer Paraplegikerzentrums (SPZ) richten sich vor allem auf die palliative Behandlung und Pflege bei Querschnittlähmungen und neuromuskulären Krankheiten. Palliativpatientinnen und -patienten, welche in einer fortgeschrittenen Phase und instabilen Situation ins SPZ kommen, werden auf der Intensivstation betreut. Darüber hinaus werden weitere Patientinnen und Patienten im Rahmen der palliativen Grundversorgung auf den normalen Stationen behandelt.

Ein Spezifikum in der Betreuung und Begleitung der Gruppe der Querschnittgelähmten sowie Menschen mit neurologisch bedingten Lähmungserscheinungen ist die Organisation parahelp. Sie sorgt für die ambulante, pflegerische Beratung und Nachbetreuung dieser Patientengruppe und für eine Koordination und Vernetzung bestehender Angebote und Ansprechpartner. Dieses Unterstützungsangebot kommt auch im Bereich der palliativen Versorgung und Begleitung zum Tragen. Parahelp unterstützt Betroffene auch bei der Erstellung von Patientenverfügungen.

Aufenthaltsdauer bei Sterbefällen im Spital

Im Jahr 2013 verstarben 971 Personen in einem Spital mit Standort Kanton Luzern, davon 835 mit einem innerkantonalen und 136 mit einem ausserkantonalen Wohnort. Die Sterbefälle verteilten sich bis auf wenige Fälle auf das Luzerner Kantonsspital (alle Standorte), die Klinik St. Anna sowie das Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil. 50 Patientinnen und Patienten mit Wohnort Kanton Luzern verstarben in einem ausserkantonalen Spital.

Abbildung 5: Aufenthaltsdauer bei Sterbefällen im Spital 2013



Quelle: BFS – Eigene Auswertung von Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2013, in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 24/112

Abbildung 5 zeigt die Aufenthaltsdauer bei Sterbefällen im Spital 2013 für die drei Gruppen: 1. Spitalstandort Kanton Luzern und innerkantonaler Wohnort bzw. 2. Spitalstandort Kanton Luzern und ausserkantonaler Wohnort sowie 3. Aufenthalt in einem ausserkantonalen Spital und Wohnort Kanton Luzern.¹⁴ Die Anzahl Fälle mit einer Aufenthaltsdauer unter einer Woche werden nach Tagen aufgeschlüsselt und dann in der mittleren blässeren Säule (1-7 Tage) zusammengefasst.

50 Prozent aller Sterbefälle ereignen sich in der ersten Woche nach Spitaleintritt (zusammengefasst in der mittleren Säule 1-7 Tage), weitere 22 Prozent in der zweiten und 20 Prozent in der dritten und vierten Woche. Längere Aufenthalte stehen zum Teil im Kontext einer Behandlung in der Luzerner Psychiatrie oder im Schweizer Paraplegikerzentrum. Damit steht in 72 Prozent aller Sterbefälle eine Aufenthaltsdauer von unter 14 Tagen im Vordergrund.

Die jeweils kurze Aufenthaltsdauer weist auf die Bedeutung hin, die einer gesamtheitlichen, vorausschauenden Planung und frühzeitigen Entscheidungsfindung zukommen. Die eigentliche Verständigung über die auf den individuellen Fall abgestimmten Ziele und Massnahmen der Palliative Care setzt meistens weit vor dem Spitaleintritt ein. Sie bedingt eine versorgungsbereichsübergreifende Abstimmung und Koordination von Massnahmen, darunter auch für Notfälle.

Die Aufenthaltsdauer weist auch auf ein Phänomen hin, dass Angehörige die Betroffenen oft über lange Zeiträume und in einer hohen Intensität begleiten, aber Komplikationen, Überlastung, Ängste und Unsicherheiten häufig noch zu einem Spitaleintritt gegen Lebensende führen. Rund 90 Prozent der Eintritte mit Sterbeort Spital erfolgen von zu Hause. Der Anteil vermeidbarer Eintritte lässt sich heute nicht beziffern. Die Spitalaufenthaltsdauer spiegelt aber die Dauer, für die eine entsprechend stabile Betreuungssituation zu Hause hätte geschaffen oder fortgeführt werden müssen.

Einzugsgebiete bei Sterbefällen im Spital 2013

Die Spitäler sind gerade bei onkologischen oder neuromuskulären Krankheiten, aber auch bei chronischen Herz- und oder Lungenkrankheiten häufig in die Behandlungspfade eingebunden.

In einer Sonderauswertung der medizinischen Statistik der Krankenhäuser durch die Hochschule Luzern und LUSTAT wurden die Wohnorte der 2013 im Spital Verstorbenen analysiert und die Einzugsgebiete der vier Spitalstandorte LUKS Luzern, LUKS Sursee, LUKS Wolhusen und Klinik St. Anna dargestellt.

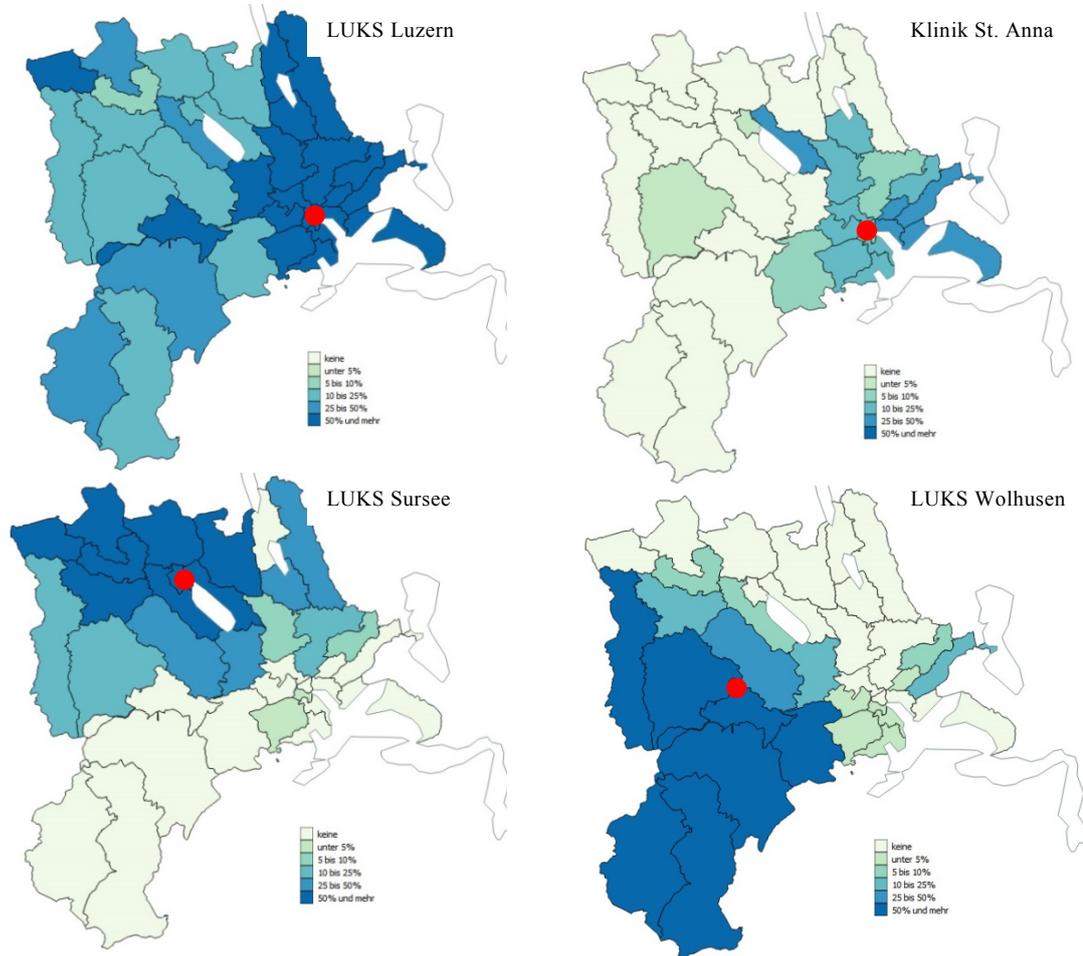
818 der insgesamt 835 innerkantonalen Sterbefälle mit Wohnort Kanton Luzern ereigneten sich 2013 in diesen vier Spitälern. Mehr als die Hälfte der Todesfälle betrafen den Kantonsspitalstandort Luzern, aber jeweils mehr als 100 Todesfälle die anderen beiden Spitalstandorte Sursee und Wolhusen sowie die Klinik St. Anna.

Die Prozentzahlen in Abbildung 6 auf der folgenden Seite geben den Anteil der Patientinnen und Patienten im entsprechenden Spital bezogen auf alle in einem der vier Spitäler verstorbenen Patientinnen/Patienten einer Gemeinde wieder.

¹⁴ Auf der Grundlage der heutigen medizinischen Statistik der Krankenhäuser kann keine Unterscheidung zwischen Sterbefällen ohne Palliativbehandlung und -pflege, Sterbefällen im Rahmen der palliativen Grundversorgung und Sterbefällen mit einem Bedarf an spezialisierter Palliative Care vorgenommen werden.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 25/112

Abbildung 6: Einzugsgebiete bei Sterbefällen im Spital 2013

Quelle: BFS – Eigene Auswertung von Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2013, in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

Die Auswertung zeigt, dass die Einzugsgebiete der Akutspitäler im Kanton Luzern stark regional geprägt sind. Diese starke regionale Orientierung der Patientinnen und Patienten sollte bei der Ausgestaltung von kantonalen Angeboten berücksichtigt werden. Das Muster der Einzugsgebiete bei Sterbefällen entspricht dem Muster aller Behandlungsfälle im Spital.¹⁵ Zugleich zeigt sich eine regionale Struktur, die über die Grenzen der Planungsregion Alter hinausweist. Willisau, Ruswil-Grosswangen, Malters-Eigenthal weisen beispielsweise eine starke Orientierung Richtung Wolhusen aus. Das Luzerner Wiggertal und Pfaffnau orientieren sich Richtung Sursee und Luzern. Bei den ausserkantonalen Hospitalisierungen stehen der Kanton Aargau (Zofingen, Muri), Bern (Langenthal, Langnau) und Zürich (Affoltern am Albis, Zürich) im Vordergrund.

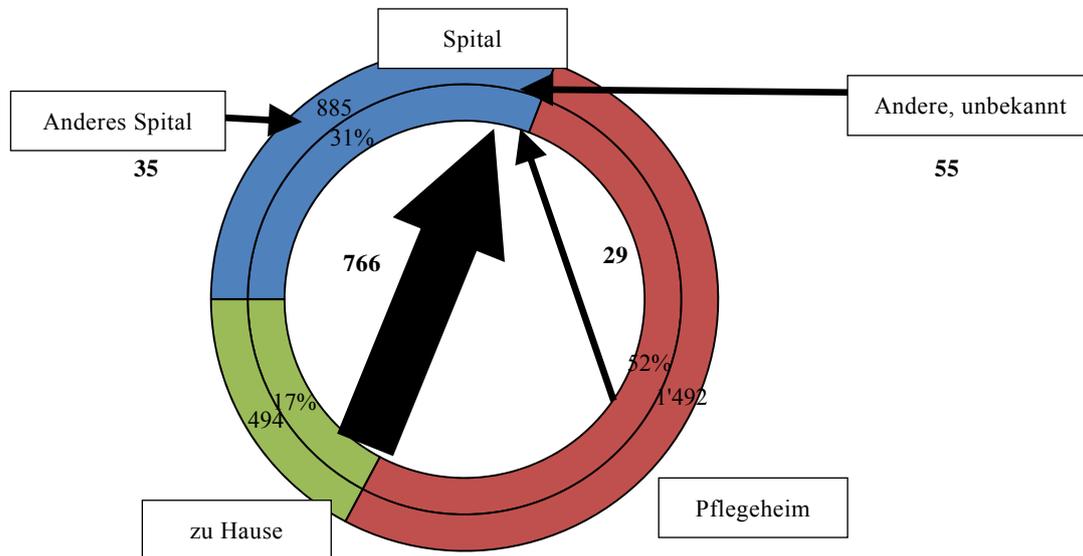
Eintrittsorte von im Spital Verstorbenen und Verlegungen aus Spitälern

Eine weitere Klärung der Rolle der Spitäler ergibt sich aus den Eintrittsorten von Patientinnen und Patienten mit Wohnort Kanton Luzern, die im Spital verstorben sind.

¹⁵ Siehe LUSTAT Jahrbuch Kanton Luzern 2015. Statistisches Lexikon des Kantons Luzern. Abbildung 14G-2.05 Einzugsgebiete der Akutspitäler 2013, S. 282.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 26/112

Abbildung 7: Eintrittsorte von im Spital Verstorbenen mit Wohnortkanton Luzern im Jahr 2013

Quelle: BFS – Eigene Auswertung von Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2013, in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

Im Jahr 2013 wurden 29 Personen aus einem Alters- oder Pflegeheim in ein Spital verlegt und verstarben dort.¹⁶ Nur zwei der 29 Personen waren im selben Jahr bereits einmal hospitalisiert. Diese niedrigen Zahlen in Verbindung mit den in der medizinischen Statistik erfassten Diagnosen und den Aussagen in den Interviews deuten darauf hin, dass die Pflegeheime Verlegungen in der Begleitung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende vermeiden und damit auch Fälle der spezialisierten Palliative Care weitgehend in ihrer Institution behandeln und betreuen.

Die grosse Mehrheit der Eintritte mit Sterbeort Spital erfolgt von zu Hause mit 766 Patientinnen und Patienten (Wohnort Kanton Luzern). Davon waren 273 Personen (rund ein Drittel) im Sterbegrund mehrfach hospitalisiert. Dies führte zu 691 Aufenthalten, die als neuer Fall (ohne Rehospitalisationen) gezählt wurden.¹⁷ Die Beanspruchung der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung und Spitalversorgung ist damit viel höher als im Fall der Schnittstelle Spital-Pflegeheim. Gleichzeitig stellen die Spitalaufenthalte immer wieder längere Perioden im Sterbegrund dar. Je nach Ausgangssituation und Krankheit fällt hier ein mehr oder weniger hoher Koordinationsaufwand zwischen den verschiedenen Versorgern an, um den aktuellen Informationsstand der Betroffenen und ihrer Angehörigen, getroffene Entscheidungen und vorbereitete Notfallpläne miteinander zu teilen.

Bei der Schnittstelle zu den Pflegeheimen sind bei den Austritten die Kapazitäten der Pflegeheime entscheidend, Personen relativ kurzfristig und mit einer zum Teil auch nur noch kurzen Lebensdauer aufzunehmen. Darunter fallen auch Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an spezialisierter Palliative Care, die aber nicht die Infrastruktur und den medizinischen Hintergrund eines Akutspitals benötigen.

¹⁶ 2012 waren es 31 Personen.

¹⁷ Es ist auf dieser Ebene nicht möglich, bei den Mehrfachaufenthalten zwischen Eintritten zu unterscheiden, bei denen eine medizinische und therapeutische Behandlung der Krankheit im Vordergrund stehen und denjenigen, die der Stabilisierung einer komplexen Situation oder dem Schmerz- und Symptommanagement bei einer palliativen Begleitung dienen.

3.2.2. Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag

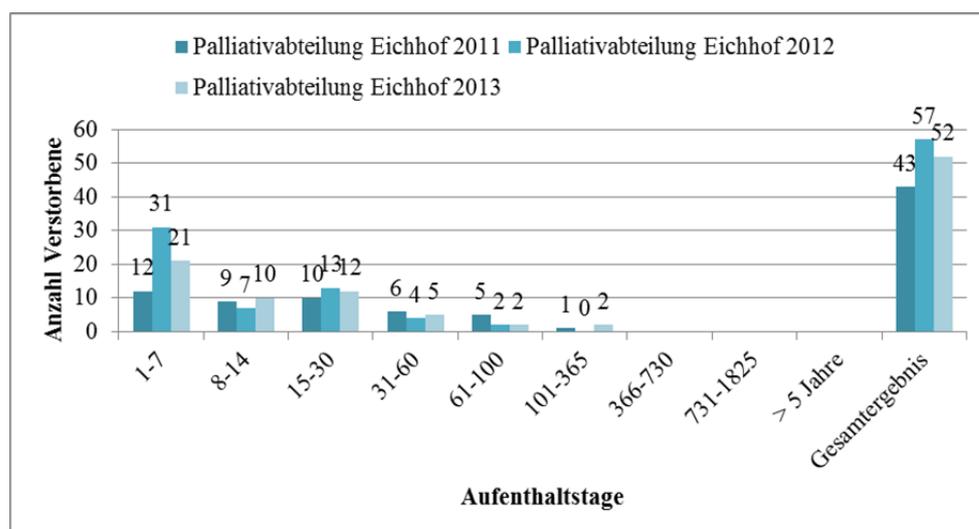
In den Versorgungsstrukturen der spezialisierten Palliative Care kommt sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag eine wichtige Aufgabe bei der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten zu, deren Krankheitssituation mehrheitlich stabil ist, deren Behandlung jedoch durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet ist. Die Behandlung und Pflege erfordern nicht die Infrastruktur eines Akutspitals.

Im Kanton Luzern wurde mit der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof (Standort Stadt Luzern) ein entsprechendes Angebot geschaffen. Die Patientinnen und Patienten werden durch ein interprofessionelles Team betreut. Der Hausarzt und ein hoher Anteil des Pflegefachpersonals verfügen über eine Zusatzausbildung in Palliative Care. Die Seelsorge ist im Haus integriert.

In den drei Jahren 2011 bis 2013 hat die Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof im Durchschnitt 64 Personen mit insgesamt 1'640 Pflgetagen pro Jahr betreut, die der spezialisierten Pflege in einer stationären Einrichtung bedurften. Mehrheitlich erfolgt die Zuweisung aus einem Spital. Der Anteil der Eintritte von zu Hause ist zwischen 2011 und 2013 jedoch von einem Fünftel auf ein Drittel angestiegen. Eine Analyse der Pflegestufen bei Eintritten von zu Hause zeigt, dass viele Personen auch mit einem hohen Pflegebedarf noch zu Hause versorgt wurden und/oder erst zu einem späten Zeitpunkt in die Palliativabteilung eingetreten sind. Nur eine Überweisung erfolgte in diesen drei Jahren aus einem anderen Pflegeheimen oder einer Institutionen für Menschen mit einer Behinderung oder Suchterkrankung, zwei Eintritte waren interne Verlegungen innerhalb des Betagtenzentrums.

Die Palliativabteilung des Eichhofs bietet auch geplante Kurzaufenthalte zur Entlastung der Versorgungssituation zu Hause an, zum Teil auch aus dem Spital mit einem späteren Austritt nach Hause oder in eine andere Institution. Die Hauptausrichtung ist aber die Begleitung am Lebensende bis zum Tod mit einem Anteil von 85 Prozent aller Aufenthalte. Der Eichhof sieht hier auch eine klare Abgrenzung seines Angebots gegenüber dem LUKS, indem Aufenthalte zur Stabilisierung und Abklärung einer Situation der Palliativstation des LUKS zugeordnet werden, mit Ausnahme der genannten Entlastungsaufenthalte.

Abbildung 8: Aufenthaltsdauer auf der Palliativabteilung Eichhof (alle Klientinnen und Klienten mit Austrittsgrund «verstorben», ohne interne Verlegungen)



Quelle: BFS – Eigene Auswertung von Daten aus SOMED 2011-2013, in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 28/112

In Bezug auf die Aufenthaltsdauer unterscheidet sich die Palliativabteilung des Eichhofs deutlich von anderen Alters- und Pflegeheimen. Die Patientinnen und Patienten wurden im Durchschnitt 27 Tage auf der Palliativabteilung betreut. Die Hälfte ist innert 13 Tagen verstorben oder ausgetreten, ein Viertel sogar innert 5 Tagen. Diese besondere Funktion des Eichhofs spiegelt sich auch in Abbildung 8.

Die kurzfristigen Eintritte und kurzen Aufenthaltszeiten sind für die Palliativabteilung mit einem besonderen Aufwand verbunden. Sie bedingen einen guten Informationsfluss zwischen allen Beteiligten. Die Besprechung von eventuellen Massnahmen bei Verschlechterungen des Zustands der Patientin bzw. des Patienten oder in Notfällen muss relativ rasch nach dem Eintritt oder bereits im Rahmen von Vorabklärungen erfolgen. Spezielle Medikamente oder Hilfsmittel müssen bei Eintritt zur Verfügung stehen. Die häufigen Wechsel stellen auch eine hohe Anforderung in Bezug auf die Auslastung der Betten dar.

Eine weitere Besonderheit zeigt sich in der Altersstruktur der Patientinnen und Patienten. Der Anteil der unter 65-Jährigen betrug auf der Palliativabteilung rund 35 Prozent (53 Personen) gegenüber knappen 2 Prozent (insgesamt 73 Personen) bei allen übrigen Alters- und Pflegeheimen.

Tabelle 4 zeigt, dass das Angebot der Palliativabteilung heute vor allem im Einzugsgebiet der Planungsregion 1, Luzern und Agglomerationsgemeinden, wahrgenommen wird. Die Palliativabteilung des Eichhofs arbeitet denn auch bereits eng mit der Palliativstation des LUKS, dem Pain-Dienst des LUKS, der Klinik St. Anna und dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern zusammen.

Tabelle 4: Eintritte und Austritte in die Palliativabteilung des Eichhofs 2012 und 2013

	Austritt nach				
	Verstorben	Hause	Soz.med. Inst.	Krankenhaus	nicht abgeschl.
Total Eintritt von zu Hause	31	3	-	-	2
Davon:					
Planungsregion 1 Luzern	23	3	-	-	2
Planungsregion 1 Andere Gemeinden	7	-	-	-	-
Planungsregion 4	1	-	-	-	-
Total Eintritt aus Spital	79	6	5	2	5
Davon:					
Planungsregion 1 Luzern	42	2	2	2	2
Planungsregion 1 Andere Gemeinden	26	2	3	-	2
Planungsregion 2	1	-	-	-	-
Planungsregion 3	1	-	-	-	1
Planungsregion 4	1	-	-	-	-
Planungsregion 5	3	-	-	-	-
Anderer Kanton	5	2	-	-	-
Total Eintritte 2012-2013	110	9	5	2	7

Quelle: BFS – Eigene Auswertung von Daten aus SOMED 2011-2013, in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

In den Jahren 2012 und 2013 erfolgten 97 Prozent aller Eintritte von zu Hause und 86 Prozent aller Eintritte aus einem Spital aus dieser Region. Eintritte aus anderen Planungsregionen und anderen Kantonen erfolgten praktisch ausschliesslich über die Zuweisung aus dem Spital.

Offen ist, wo Patientinnen und Patienten, die eine spezialisierte stationäre palliative Versorgung und Pflege benötigen, die aber nicht der Infrastruktur eines Akutspitals bedarf, in den anderen Versorgungsregionen heute betreut werden.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 29/112

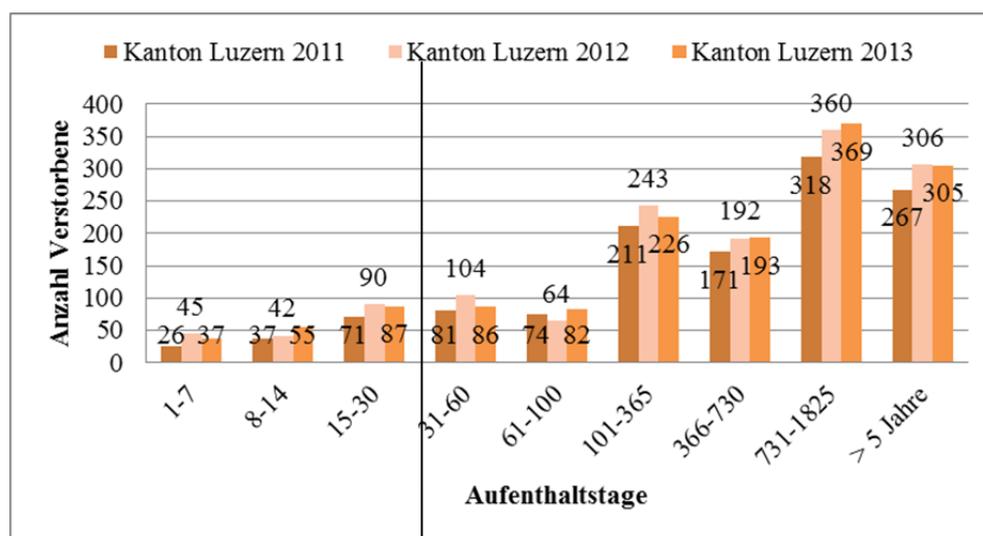
Eine private, gemeinnützige Trägerschaft plant mit dem Hospiz Zentralschweiz ein weiteres Angebot einer sozialmedizinischen Institution mit Palliative Care Auftrag mit Standort und Ausrichtung Zentralschweiz für Ende 2016.

3.2.3. Alters- und Pflegeheime

Sterben und Sterbebegleitung gehören in Alters- und Pflegeheimen zum Alltag und zu den Kernaufgaben – fast ein Drittel der 4'900 Pflegeplätze werden im Verlauf eines Jahr aufgrund eines Sterbefalls neu vergeben.¹⁸ Es gibt im Kanton Luzern aber keine einheitlichen Anforderungen, was die Heime im Bereich der Palliativ Care-Grundversorgung leisten können müssen.

Neben der Begleitung langjähriger Bewohner/-innen gewinnen kurze Aufenthalte an Bedeutung: Ein Anteil von zwischen 11 Prozent (2011) und 12 Prozent aller Sterbefälle (2012/2013) in Alters- und Pflegeheimen (ohne die Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof) verzeichneten eine Aufenthaltsdauer von weniger als 30 Tagen. Dies entspricht zwischen 135 und 180 Personen pro Jahr.

Abbildung 9: Aufenthaltsdauer der in den Jahren 2011 bis 2013 in einem Alters- oder Pflegeheim Verstorbenen (ohne Palliativabteilung Eichhof)



Jahr	Alters- und Pflegeheime				Palliativabteilung Eichhof							
	1-7	8-14	15-30	1-30	>30	>30	1-7	8-14	15-30	1-30	>30	>30
2011	26	37	71	11%	1'122	89%	12	9	10	70%	13	30%
2012	45	42	90	12%	1'269	88%	31	7	13	89%	6	11%
2013	37	55	87	12%	1'261	88%	21	10	12	83%	9	17%
ø	36	45	83	12%	1'217	88%	21	9	12	81%	9	19%

Quelle: BFS – Eigene Auswertung von Daten aus SOMED 2011-2013, in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

Bei den Kurzaufenthalten besteht ein grosses Potenzial, durch eine Stabilisierung der Betreuungssituation zu Hause den Wunsch zu ermöglichen, zu Hause zu sterben, bzw. durch eine entsprechende Begleitung zu Hause kurzfristige Eintritte in ein Pflegeheim gut vorzubereiten.

¹⁸ Quelle: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), 2011 bis 2013

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 30/112

Die Palliativabteilung des Eichhofs trägt im Verhältnis zu allen anderen 69 Alters- und Pflegeheimen des Kantons allein einen Anteil von 20 Prozent an den Kurzaufenthalten von maximal 30 Tagen (Grundversorgung und spezialisierte Versorgung) der Personengruppe, die im Heim sterben, bei den Aufenthalten bis zu einer Woche sogar von 40 Prozent.

Gemäss Interviewaussagen bewirtschaftet LAK Curaviva das Thema Palliative Care zurzeit nur am Rande, da die Priorität aktuell bei anderen Themen wie der neuen Pflegefinanzierung liegt, und wartet auf eine kantonale Strategie. Auch bei den Austauschtreffen der Pflegeheime in den Planungsregionen Alter werden momentan andere thematische Schwerpunkte gesetzt. Gemäss LAK Curaviva fehlt es im Kanton nicht an Best-Practice-Beispielen, sondern an einer strukturierten Umsetzung von Palliative Care im stationären Langzeitpflegebereich.

Von den zwölf befragten Alters- und Pflegeheimen verfügten neun zum Zeitpunkt der Interviews über ein schriftliches Palliative-Care-Konzept. Grosse Unterschiede zeigten sich bei der Ausgestaltung der Konzepte: Wo einige Konzepte bei einer Beschreibung von Grundhaltungen bleiben, berücksichtigen andere z.B. mit Checklisten auch prozedurale Aspekte.

Gemäss den Interviewaussagen der Heime bietet zurzeit nur der Eichhof mit seinen sieben Betten spezialisierte Palliative Care an. Das Fehlen von kantonalen Leitlinien und Anforderungen an die Palliative Care-Grundversorgung ermöglicht es den Heimen, bestimmte Anfragen abzulehnen. Die geführten Interviews zeigen, dass die Pflegeheime die Komplexität und Schwere der von ihnen betreuten Fälle teilweise über die Aufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern steuern. Die am häufigsten genannten Gründe für Abweisungen waren die fehlende nötige Infrastruktur (z.B. medizintechnische Geräte, Hilfsmittel) und ein Mangel an qualifiziertem Pflegefachpersonal für das Sicherstellen der zeitaufwändigen Betreuung und Pflege.

LAK Curaviva schätzt gemäss Interview jedoch, dass auch die Heime ohne Spezialplätze bei 5-10% ihrer Bewohnerinnen und Bewohnern mit komplexen und instabilen Situationen konfrontiert sind, die einer spezialisierten Palliative Care-Versorgung bedürfen. Hier zeigt sich ein gewisser Widerspruch, denn die Pflegeheime behalten diese Fälle bei sich und überweisen sie nicht an eine spezialisierte Institution.

Gleichzeitig ist die Nachfrage nach Plätzen in den Pflegeheimen seitens der Spitäler anhaltend hoch. Kurzfristige Anfragen können in verschiedenen Pflegeheimen nicht immer erfüllt werden, obwohl Pflegebedürftige in der letzten Lebensphase häufig auf die obersten Plätze der Wartelisten gesetzt werden.

3.2.4. Hausärztinnen und Hausärzte

Die Hausärztinnen und -ärzte übernehmen eine zentrale Rolle in der Palliative Care Grundversorgung, sowohl im ambulanten Bereich als auch für Alters- und Pflegeheime. Dies ist verbunden mit einer doppelten Belastung in allen Regionen ohne Heimarztprinzip.

Die Rolle, die die interviewten Ärztinnen und Ärzte ihrer Berufsgruppe im Bereich der Palliative Care zuschreiben, umfasst praktisch alle Dimensionen:

- Symptommanagement,
- Case-Management,
- psychologische Unterstützung,
- Beratung in der Entscheidungsfindung,
- Gestaltung des sozialen Umfelds,
- Instruktion und Unterstützung der Angehörigen
- Vermittlung von Hilfsmitteln.

Diese umfassende Zuschreibung von Aufgaben wird begleitet vom Anspruch einer rundum Verfügbarkeit.

Damit zeichnen sie das Bild der Hausärztin/des Hausarztes als Kern und Hauptlastträger eines virtuellen ambulanten Palliative Care Teams. Kehrseite dieses hohen Anspruchs ist einerseits die Frage, ob die Hausärztinnen/-ärzte diese Situation längerfristig bewältigen können (zeitliche Ressourcen, kontinuierliche hohe Belastung auch der Familien), andererseits die Frage, ob nicht Formen der Arbeitsteilung und vernetzten Leistungserbringung möglich und sinnvoll wären. Eine Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte ist vor allem auch mit Blick auf die Nachfolgesituation bei Praxen im ländlichen Raum relevant. Wenn andere Strukturen der Palliativversorgung zur Verfügung stehen, wie beispielsweise der Brückendienst in der Stadt Luzern und Agglomeration, sind die Ärztinnen und Ärzte gemäss Interviewaussagen gerne bereit, Aufgaben und Verantwortung zu teilen.

Der ärztliche Notfalldienst wird im Normalfall durch die Notfallpraxen an den Spitalstandorten Luzern, Sursee und Wolhusen sowie den ärztlichen Hintergrunddienst abgedeckt. Die Mehrheit der interviewten Ärztinnen und Ärzte gab zusätzlich an, dass sie in komplexen Palliativsituationen ihre Handynummer zur Verfügung stellen.

Tabelle 5: Räumliche Gliederung der Notfallpraxen und Hintergrunddienste

Notfallpraxis	Zugeordnete Regionen
Notfall-Praxis Luzern	Luzern, Emmen, Rontal plus, Rothenburg, Kriens, Horw, Meggen
Notfallpraxis Sursee	Oberer Sempachersee/Michelsamt, Sursee, Luzerner Wiggertal
Notfallpraxis Wolhusen	Malters, Wolhusen, Entlebuch, Rottal, Hinterland, Oberes Wiggertal/Willisau
NFD-Kreis Hochdorf	Seetal
Kanton Schwyz	Weggis, Greppen, Vitznau
Kanton Zug	Meierskappel

Quelle: Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern – Anhang 1 zum Reglement über den Notfalldienst: Notfalldienstkreise im Kanton Luzern, Revision 2012.

Die räumliche Gliederung der Notfallpraxen weicht ebenfalls von den Grenzen der Planungsregionen Alter und Langzeitpflege ab. Sie deckt sich eher mit den Einzugsgebieten der Spitäler. Im Kontext nächtlicher Notfälle wird ein Potenzial an vermeidbaren Spitaleinweisungen gesehen.

Die Interviews zeigten eine unterschiedliche Reflexion über die Grenze des hausärztlichen Wissens und der Notwendigkeit, Spezialisten beizuziehen. Die meisten Interviewten gaben an, selten an ihre Grenzen zu stossen und sich konsiliarische Unterstützung bei Spezialisten zu holen. Aus ihrer Sicht gehört die Palliative Care «zum Handwerkskoffer eines Hausarztes» (Zitat aus Interview). Indem sie als «hochspezialisierte Allgemeinmedizin am Lebensende» (Zitat aus Interview) bezeichnet wurde, wird die Voraussetzung eines gewissen Fachwissens anerkannt, welches aber aus ihrer Sicht zur Grundausbildung eines Hausarztes und einer Hausärztin gehören sollte. Im Vordergrund steht der Austausch unter Kolleginnen und Kollegen. Der medizinische Konsiliardienst des LUKS ist zum Teil nicht bekannt und wird auch nur selten in Anspruch genommen. Teilweise erfolgte eine selbstkritische Reflexion über die Möglichkeit, neuere Entwicklungen in der Palliative Care, darunter auch neue Medikamente, Hilfsmittel oder Techniken zu verfolgen und aufzugreifen.

3.2.5. Brückendienst Stadt Luzern

Mit dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern wurde im Jahr 2011 ein erstes regionales Angebot eines mobilen Palliative-Care-Dienstes im Kanton Luzern geschaffen. Stand 01.01.2015 haben 42 Prozent der Wohnbevölkerung des Kantons (Stadt Luzern und sechs Vertragsgemeinden aus der Agglomeration: Emmen, Kriens, Horw, Meggen, Malters und Schwarzenberg) Zugang zu den Leistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes gemäss den Anforderungen der nationalen Strategie.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 32/112

Tabelle 6: Die heutige Abdeckung durch den Brückendienst der Spitex Stadt Luzern

Spitexorganisation	Ständige Wohnbevölkerung (2013)	Leistungsvertrag Brückendienst
Spitex Luzern-Littau	80'501	Ja
Spitex Rontal plus	37'709	Bis 31.12.2014
Spitex Emmen	28'926	Ja
Spitex Kriens	26'957	Ja
Spitex Horw	13'790	Ja
Spitex Malters	8'593	Ja (ab 01.01.2014)
Spitex Meggen	6'762	Ja
Spitex der Seegemeinden Greppen Vitznau Weggis	6'534	Nein
Total Versorgungsregion 1	209'772	
Davon mit Leistungsvertrag am 31.12.2014	203'238	52% der Wohnbevölkerung des Kantons Luzern
Davon mit Leistungsvertrag am 01.01.2015	165'529	42% der Wohnbevölkerung des Kantons Luzern

Quelle: BFS – BEVNAT, sowie Angaben der Spitex Stadt Luzern

Der Brückendienst wird von einem Team von Pflegefachpersonen mit einer qualifizierten Ausbildung in Palliative Care gebildet, verbunden mit einem medizinischen Hintergrunddienst des Luzerner Kantonsspitals und der Klinik St. Anna. Im Rahmen regelmässiger Sitzungen in das Team eingebunden sind eine Theologin/Seelsorgerin, eine Psychoonkologin und eine Sozialarbeitende, die gleichzeitig auch Vertreterin der Freiwilligenarbeit ist. In der Nacht stellt der Brückendienst ein Nachtpikett, welches allen Palliativpatientinnen und -patienten zur Verfügung steht. Die Triage erfolgt über den normalen Nachtdienst, der auch geplante, normale pflegerische Einsätze in der Nacht bei Palliativpatientinnen und -patienten übernimmt.

Schwerpunkte der Tätigkeiten des Brückendienstes liegen im Symptommanagement und der Behandlungspflege in komplexen und instabilen Situationen, in der Beratung und psychosozialen Unterstützung und Begleitung sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Angehörigen, in der vorausschauenden Planung sowie in der Koordination von Leistungen und Hilfsmitteln, die einen Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung ermöglichen.

Der Brückendienst pflegt eine enge Zusammenarbeit mit den anderen spezialisierten Leistungserbringern in der Versorgungsregion Luzern: der Palliativstation des Kantonsspitals Luzern, der Klinik St. Anna und der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof. Ein Reglement regelt die Schnittstellen der Zusammenarbeit zwischen dem Brückendienst und den Spitexorganisationen der Grundversorgung, ebenso auch zu den eigenen Teams der Grundversorgung der Spitex Stadt Luzern¹⁹. Es sieht zwei grundlegende Formen der Zusammenarbeit vor:

1. den konsiliarischen Einsatz des Brückendienstes bei Fallführung durch das Team der Grundversorgung, oder
2. die Übernahme der Fallführung und Koordination durch den Brückendienst und Abdeckung des Pflegebedarfs in Zusammenarbeit mit den Teams der Grundversorgung.

Die Kriterien für den Einbezug des Brückendienstes bzw. die direkte Überweisung an den Brückendienst basieren auf den Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care des Bundesamts für Gesundheit und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -

¹⁹ Spitex Stadt Luzern (o.A.). Reglement der Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Palliativecare & Onkologiepflege und der ambulanten Pflege & Betreuung von Spitexorganisationen mit Zusammenarbeitsvertrag sowie von Spitex Stadt Luzern.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 33/112

direktoren.²⁰ Für das Einholen der ärztlichen Anordnung, die jedem Pflegeeinsatz zwingend vorausgeht, ist das fallführende Team verantwortlich.²¹

Der Brückendienst der Spitex Stadt Luzern wird in den verschiedenen Gemeinden aktuell unterschiedlich stark in Anspruch genommen.

Tabelle 7: Inanspruchnahme des Brückendienstes (BD) der Spitex Stadt Luzern (verrechnete Stunden)²²

Spitex	Anzahl Klientinnen	Stunden Pflege BD	Durchschnittliche Anzahl verrechnete Stunden Pflege BD pro Klient/-in	Median*
2012	271	3'056.9	11.3	
Spitex A	8	151.3	18.9	
Spitex B	6	81.4	13.6	
Spitex C	3	29.8	9.9	
Spitex D	8	111.3	13.9	
Spitex E	246	2'683.1	10.9	
2013	160	3'093.6	19.3	5.6
Spitex A	11	219.0	19.9	8.3
Spitex B	7	45.0	6.4	4.1
Spitex D	15	285.5	19.0	14.7
Spitex E	121	2'422.3	20.0	4.6
Spitex F	6	121.8	20.3	13.5
2014	244	3'845.0	15.8	1.7
Spitex A	8	119.5	14.9	13.8
Spitex B	4	82.9	20.7	12.9
Spitex C	1	6.0	6.0	6.0
Spitex D	17	454.1	26.7	7.8
Spitex E	207	3'062.9	14.8	1.4
Spitex F	7	119.6	17.1	8.6
Total 2012-2014	675	9'995.5	14.8	

* Konnte aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten erst ab 2013 berechnet werden

Quelle: Datenbank der Spitex Stadt Luzern, Leistungszahlen 2011 bis 2013.

Der Mittelwert pro Jahr und Spitexorganisation (vierte Spalte in Tabelle 7) gibt die durchschnittliche Anzahl Stunden wieder, die die Beratung und Pflege einer Klientin bzw. eines Klienten durch den Brückendienst in Anspruch nahm. Der Medianwert (fünfte Spalte) ist ein Indikator für die Verteilung der Anzahl Leistungsstunden pro Klient/-in über alle Fälle hinweg. Er ist ein «Lagemass» und teilt die Fälle in zwei Gruppen. Die Hälfte aller Fälle beansprucht eine Anzahl Leistungsstunden unter dem Medianwert, die andere Hälfte über dem Medianwert.

Der Medianwert kann stark vom Mittelwert abweichen, wenn die Verteilung der Fälle nicht symmetrisch ist. Die deutlichen Unterschiede zwischen Mittelwert und Median weisen auf einen hohen Anteil von Einsätzen mit sehr wenigen verrechenbaren Leistungsstunden hin, kombiniert mit weiteren Fällen mit einer deutlich höheren Beanspruchung von Leistungsstunden. Im Rahmen der Studie konnte keine Analyse von Einzeldossiers vorgenommen werden. Die Abweichungen zwischen Mittelwert und Median in der Inanspruchnahme des Brückendienstes durch eine Spitexorganisation

²⁰ BAG und GDK (2011), Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care.

²¹ Spitex Stadt Luzern (o.A.).

²² In die Übersicht fliessen auch Stunden der Onkologiepflege mit ein, die gemäss Interviewaussagen aber nur einen kleinen Anteil der Leistungsstunden darstellen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 34/112

wären beispielsweise mit einer hohen Anzahl von Fällen zu erklären, bei denen der Brückendienst nur ein Erstassessment oder einen punktuellen konsiliarischen Einsatz durchführt.

Ein Teil der Nachfrageunterschiede zwischen Spitexregionen ist durch Unterschiede in der Bevölkerungsdichte und Altersstruktur der Einzugsgebiete der Spitexorganisationen gegeben. Die mit Abstand grösste Anzahl Klientinnen und Klienten bei der Spitex E ist nicht allein durch das grösste Einzugsgebiet, sondern auch durch die enge Zusammenarbeit mit den Teams der Grundversorgung, einen hohen Anteil an Erstassessments und kurzen konsiliarischen Einsätzen (siehe den niedrigen Median von 1.4 Stunden im Jahr 2014) begründet. Bei den anderen Spitexorganisationen bewegt sich die Anzahl Klientinnen und Klienten zwischen 1 und 17 Personen pro Jahr.

Die durchschnittliche Anzahl verrechneter Stunden pro Klient/-in und Jahr lag in den Jahren 2012 bis 2014 im Mittel aller Spitexorganisationen bei 11, 19 und 16 Stunden. Dieser Mittelwert kann bei einer einzelnen Spitexorganisationen bei niedrigen Fallzahlen stark schwanken, wenn einzelne Fälle in einem Jahr einen intensiven Einsatz des Brückendienstes erfordern.

Tabelle 7 bildet eine Grundlage für die Hochrechnung der zu erwartenden Stunden bei einem Angebot, welches alle Regionen des Kantons Luzern abdeckt. Diese Abschätzung basiert auf der Annahme, dass sich die Verteilung der Inanspruchnahme von Leistungsstunden eines mobilen Palliative-Care-Dienstes über die Einzelfälle hinweg nicht wesentlich ändert, so dass die Gesamtnachfrage proportional zur Anzahl Klientinnen und Klienten ansteigt. Die Tabelle zeigt darüber hinaus mit dem Median und der Anzahl durchschnittlicher Stunden pro Fall zwei Steuerungsgrössen auf, die für ein Monitoring der Leistungsentwicklung und des Verhältnisses zwischen konsiliarischen und unmittelbar pflegerischen Einsätzen verwendet werden können.

In den Interviews mit den Spitexorganisationen der Versorgungsregion 1 wie auch mit Hausärztinnen und -ärzten dieser Region wurde ein verstärktes Augenmerk auf die Gründe für Unterschiede in der Zusammenarbeit mit dem Brückendienst und in dessen Inanspruchnahme gelegt.

Gemäss Interviewaussagen standen die folgenden Gründe im Vordergrund:

- Unterschiede in der Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Angebots,
- Unsicherheiten in der Anwendung der Indikationskriterien für den Einbezug der spezialisierten Palliative Care,
- eine unterschiedliche Einschätzung der Akzeptanz der eigenen Klientinnen und Klienten, Fachpersonen einer weiteren Institution beizuziehen,
- positive oder negative Erfahrungen aus den ersten gemeinsamen Einsätzen, die zu einer sich selbst verstärkenden Nachfrageentwicklung in die eine oder andere Richtung führten,
- die Wahrnehmung der Kosten für die Gemeinden und Spitexorganisationen.

Auf einer vergleichenden Ebene über die Interviews mit den Spitexorganisationen hinweg ergeben sich aus Sicht der Autorinnen und des Autors der Studie als weitere Gründe:

- Unterschiede in der Beurteilung und Kenntnis der Möglichkeiten und Grenzen der spezialisierten Palliative Care, die Lebensqualität in der ambulanten Versorgung zu steigern und einen Beitrag zum Verbleib im gewohnten Lebensumfeld zu leisten,
- Unterschiede in der Wahrnehmung einer Konkurrenzsituation zwischen den Organisationen.

Die Interviews erfolgten im Zeitraum Spätherbst 2013/Jahreswechsel 2014, so dass sie eine Momentaufnahme zu einem frühen Zeitpunkt der Zusammenarbeitsvereinbarung geben. Im Gegensatz zu der unterschiedlichen Intensität der Inanspruchnahme beurteilten die Spitexorganisationen die Existenz und die Notwendigkeit eines Angebots eines mobilen Palliative-Care-Dienstes einheitlich positiv.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 35/112

3.2.6. Spitexorganisationen mit öffentlichem Leistungsauftrag im Kanton Luzern

Neben den Hausärztinnen und -ärzten sind die Spitexorganisationen mit öffentlichem Leistungsauftrag ein weiterer zentraler Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung und Begleitung von Menschen in palliativen Situationen und am Lebensende. Im Kanton Luzern wird die Versorgung trotz verschiedener Fusionen zwischen Spitexorganisationen heute von immer noch 29 Organisationen mit stark unterschiedlicher Grösse und einem unterschiedlichen Leistungsprofil im Auftrag der Gemeinden sichergestellt.

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Grössenunterschiede anhand der Anzahl Mitarbeitenden in Vollzeitäquivalenten absolut und im Verhältnis zur Grösse und Altersstruktur der Bevölkerung im Einzugsgebiet. Eine rote Hintergrundfärbung zeigt einen Wert über, eine blaue Färbung einen Wert unter dem Mittelwert an.

Tabelle 8: Heterogenität in der Grösse der Spitexorganisationen

Spitexorganisation / Planungsregion Alter		Total Mitarbeitende 2013 (Vollzeitäquivalente)	Mitarbeitende mit pflegerischer Qualifikation (Vollzeitäquivalente)	Anzahl Mitarbeitende mit pfleg. Qualifikation (Vollzeitäquivalente) pro 10'000 Bewohn. im Alter 65+
Spitex 1	1	115.9	78.5	50.2
Spitex 2	1	35.6	26.0	47.8
Spitex 3	1	37.3	18.6	34.5
Spitex 4	5	28.5	16.7	43.5
Spitex 5	1	30.4	15.2	31.6
Spitex 6	4	23	15.1	41.2
Spitex 7	1	19.7	11.7	41.0
Spitex 8	1	15.1	11.0	90.5
Spitex 9	3	22.9	10.7	38.6
Spitex 10	4	15.3	9.6	74.3
Spitex 11	3	15.5	9.0	30.4
Spitex 12	3	8.0	5.6	68.4
Spitex 13	2	5.1	4.9	44.4
Spitex 14	3	7.1	4.9	51.4
Spitex 15	3	5.6	4.3	29.2
Spitex 16	3	6.3	3.5	44.5
Spitex 17	2	4.5	3.4	31.2
Spitex 18	3	7.1	3.4	54.3
Spitex 19	4	6.5	3.2	45.0
Spitex 20	1	3.3	2.4	16.8
Spitex 21	1	4.8	2.3	14.7
Spitex 22	4	3.8	2.2	39.8
Spitex 23	3	2.0	1.4	36.0
Spitex 24	4	2.0	1.3	27.7
Spitex 25	3	2.0	1.2	43.4
Spitex 26	3	2.5	1.1	28.4
Spitex 27	4	1.6	1.0	21.3
Spitex 28	4	1.4	0.9	21.5
Spitex 29	3	k.A.	k.A.	k.A.

Quelle: BFS - Spitex-Statistik des Kantons Luzern. Sonderauswertung durch HSLU in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

Die Spitexorganisationen sind ihrer Grösse nach sehr ungleich über die Planungsregionen verteilt. Die Hälfte der zehn Spitexorganisationen mit einem Einzugsgebiet von über 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern befinden sich in der Planungsregion Luzern. Die weiteren fünf Organisationen sind aus Zusammenschlüssen zu regionalen Spitexorganisationen (Region Entlebuch, Region Willisau, Sursee und Umgebung, Hochdorf und Umgebung, Sempach und Umgebung) entstanden.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 36/112

Vor allem in den Planungsregionen Sursee und Willisau findet sich noch eine grosse Anzahl von sehr kleinen Spitexorganisationen.

Die Grösse allein erlaubt, wie die Interviews aufgezeigt haben, keine unmittelbare Aussage über das Angebot und die Ausrichtung der Versorgung der Bevölkerung in Palliativsituationen. Ein Drittel der Spitexorganisationen verfügt über weniger als drei Vollzeitäquivalenzstellen von Mitarbeitenden mit pflegerischen Qualifikationen, ein Fünftel über weniger als zwei Vollzeitäquivalenzstellen.²³ Nachfragespitzen, kurzfristige Anfragen oder intensive Einsätze in komplexen oder instabilen Situationen stellen damit hohe Anforderungen an die Verfügbarkeit und Flexibilität der Pflegefachpersonen.

Eine Abschätzung der regionalen Verteilung der Anzahl Fälle in der palliativen Grundversorgung und spezialisierten Versorgung auf der Basis der Sterbefälle 2013²⁴ und die Auswertung der Austrittsgründe «verstorben» bei Beendigung eines Dossiers bei den Spitexorganisationen selbst (Jahre 2012 und 2013) zeigt eindrucksvoll die Grössenunterschiede in der zu erwartenden Nachfrage nach palliativen Leistungen. Diese Zahlen werden in Tabelle 9 zusammengestellt. Bei den Schätzungen ist zu beachten, dass die Zahlen alle Leistungserbringer umfassen und damit eine Obergrenze für den Anteil der Patientinnen und Patienten darstellen, welche die Spitex betreffen. Bei den Zahlen betreffend Austrittsgründen ist zu berücksichtigen, dass sie einerseits auch Klientinnen und Klienten enthalten, die ohne palliative Pflege während eines laufenden Dossiers gestorben sind, andererseits Klientinnen und Klienten nicht wiedergeben, die von der Spitex palliativ begleitet wurden, aber zuletzt noch in ein Spital oder Pflegeheim eingetreten sind. Die Farbabstufung spiegelt in der Farbskala von hell- bis dunkelgrün und dann hell- bis dunkelviolett den Anstieg der Patientinnen- und Patientenzahlen wider. Die absoluten Zahlen pro Spitexregion finden sich in Tabelle 16 im Anhang.

Tabelle 9: Abschätzung der Patientinnen-/Patientenzahlen in Palliativsituationen nach Spitexregionen

	PC Grundversorgung 2013 (Schätzung)	PC spezialisierte Versorgung 2013 (Schätzung)	Klientinnen/Klienten Spitex 2012 Austrittsgrund verst.	Klientinnen/Klienten Spitex 2013 Austrittsgrund verst.
Planungsregion 1				
Spitex Luzern	400-440	100-140	120-130	80-90
Spitex Emmen	121-160	31-40	21-30	21-30
Spitex Rontal Plus	81-120	21-30	31-40	21-30
Spitex Kriens	81-120	21-30	41-50	31-40
Spitex Horw	61-80	16-20	21-30	16-20
Spitex Malters	21-40	6-10	11-15	6-10
Spitex Meggen	21-40	6-10	6-10	6-10
Spitex der Seegemeinden	21-40	6-10	6-10	1-5
Planungsregion 2				
Spitex Hochdorf und Umgebung	61-80	11-15	11-15	11-15
Spitex Hitzkirchertal	21-40	6-10	6-10	1-5
Spitex Rothenburg	21-40	1-5	6-10	11-15

²³ In dieser Zusammenstellung werden die Stellen für reine Leitungs- und Administrationsfunktionen nicht mitgezählt (gemäss der Unterscheidung in der Spitex-Statistik LUSTAT).

²⁴ Die Schätzung erfolgt auf der Basis der Annahmen der nationalen Strategie. Siehe dazu auch S. 15 in Abschnitt 3.1.

Fortsetzung Tabelle 9

Planungsregion 3				
Spitex Sursee und Umgebung	41-60	11-15	31-40	16-20
Spitex Michelsamt	21-40	6-10	k. A.	k. A.
Spitex Sempach und Umgebung	21-40	1-5	6-10	6-10
Spitex Ruswil	1-20	1-5	11-15	6-10
Spitex Buttisholz/Nottwil	1-20	1-5	6-10	6-10
Spitex Neuenkirch	1-20	1-5	6-10	1-5
Spitex Triengen	1-20	1-5	1-5	1-5
Spitex Grosswangen	1-20	1-5	6-10	1-5
Spitex Büron-Schlierbach	1-20	1-5	6-10	1-5
Spitex Geuensee	1-20	1-5	-	1-5
Planungsregion 4				
Spitex Region Willisau	81-120	21-30	16-20	11-15
Spitex Wiggertal	21-40	6-10	21-30	6-10
Spitex Dagmersellen	1-20	1-5	6-10	6-10
Spitex Schötz-Ebersecken-Ohmstal	1-20	1-5	6-10	1-5
Spitex Nebikon-Altishofen	1-20	1-5	1-5	1-5
Spitex Wauwil-Egolzwil	1-20	1-5	1-5	6-10
Spitex Pfaffnau / St. Urban-Roggliwil	1-20	1-5	1-5	1-5
Planungsregion 5				
Spitex Region Entlebuch	81-120	21-30	41-50	21-30

Quelle: BFS – Spitex-Statistik Kanton Luzern. Auswertung durch HSLU in Zusammenarbeit mit LUSTAT.

Die Grössenunterschiede in der potenziellen Nachfrage nach Palliative Care spiegeln einerseits Aussagen aus den Interviews, dass bei den kleinen Spitexorganisationen angesichts niedriger Fallzahlen oft sehr individuelle Lösungen gesucht und gefunden wurden, die unter anderem aufgrund der individuellen Bereitschaft der Mitarbeitenden zu zusätzlichen Einsätzen möglich wurden. Sie zeigen andererseits aber auch auf, dass komplexe und pflegerisch-technisch anspruchsvolle Situationen unregelmässig und in grösseren Zeitabständen auftreten, so dass der Aufbau einer «klinischen» Erfahrungsbasis und Aktualisierung eines entsprechenden Fachwissens bei den kleineren Organisationen intern nur schwierig abzudecken ist.

Im Kanton Luzern werden rund ein Viertel der Bevölkerung (rund 100'000 Personen) von Spitexorganisationen mit einem Einzugsgebiet von unter 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern betreut.

Anhand von verschiedenen Indikatoren und Leistungsbereichen wurden die Kompetenzen und Ausrichtung der Spitexorganisationen im Bereich Palliative Care erhoben:

- Grundverständnis der Aufgaben und Grenzen von Palliative Care
- Pflegerische und medizinisch-technische Aspekte
- Indikationsstellung für den Einbezug spezialisierter Palliative Care, eingesetzte Assessmentinstrumente zur Abklärung von Palliativsituationen
- Aus- und Weiterbildungsniveau der Mitarbeitenden in Palliative Care
- Organisatorische und planerische Elemente / Rolle der eigenen Organisation in komplexen Situationen und in der Entscheidungsfindung
- Nachtabdeckung (Nachtdienst oder -pikett, Zugang zu medizinischen und pflegerischen Fachpersonen)
- Beratung in Bezug auf soziale, psychologische und seelsorgerische Angebote
- Einbezug von Entlastungsangeboten/Freiwilligen
- Beratung der Patientinnen/Patienten und Angehörigen
- Öffentlichkeitsarbeit / Sensibilisierung der Öffentlichkeit.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 38/112

Es gibt bislang nur ein kantonales Konzept für die Ausgestaltung eines mobilen Palliative Care Angebots für den ganzen Kanton,²⁵ aber kein kantonal einheitliches oder Spitexorganisationen übergreifendes Konzept zur Palliative Care Grundversorgung in der ambulanten Pflege und Betreuung. Einzig die Spitex Stadt Luzern verfügt zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews über ein schriftlich verfasstes Konzept zu Palliative Care. Gewisse Eckpfeiler eines Konzeptes werden aus Sicht der Spitexorganisationen, die eine Leistungsvereinbarung mit dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern geschlossen haben, indirekt über das Reglement der Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Dienst auch für die Grundversorgung definiert. In vielen Spitexorganisationen sind Ziele und Definitionen zu Palliative Care nicht verschriftlicht, aber gemäss Interviewaussagen in den Tätigkeitsfeldern und Austauschprozessen verankert. Ausser Spitexorganisationen mit einer Zusammenarbeitsvereinbarung mit dem Brückendienst in der Planungsregion Luzern veröffentlichten bislang nur zwei weitere Organisationen aus der Planungsregion Willisau ihre Leistungen zur Ausgestaltung von Palliative Care in der eigenen Organisation in Form einer Broschüre.

Das Verständnis der Spitexorganisationen über die Möglichkeiten und Grenzen der Palliative Care und der Aufbau entsprechender Kompetenzen reichen – mit allen denkbaren Zwischenformen:

- von einem aktiven Ausschöpfens des Potenzials der Palliative Care, einer Annahme auch komplexer Fälle, dem Einsatz von Instrumenten einer umfassenden Symptombewertung und vorausschauenden Planung sowie einer zentralen Rolle der eigenen Organisation bei der bereichsübergreifenden Koordination und Beratung
- bis hin zu einer eher reaktiven Rolle in der Begleitung von Klientinnen und Klienten am Lebensende oder passiven Bearbeitung von Aufträgen zur palliativen Versorgung von Patientinnen und Patienten unter der Führung der Ärztinnen und Ärzte, bei der Palliative Care als Teil eines schon immer gelebten Pflegeverständnisses betrachtet wird.

Mit der Gegenüberstellung dieser beiden Pole eines Kontinuums soll nicht ein in ein Konzept gefasstes und strukturiertes Fachwissen in Palliative Care gegen ein langjähriges Erfahrungswissen aus der Praxis der Pflege und Begleitung von Menschen in Palliativsituationen und am Lebensende gegeneinander ausgespielt werden. Es geht jedoch um die klare und aktive Positionierung einer Spitexorganisation und die verbindliche Ausgestaltung ihrer Prozesse in den verschiedenen Dimensionen der Palliative Care, die erst im Zusammenspiel eine verlässliche Grundlage schaffen, einen Menschen im privaten Wohnumfeld zu begleiten und Notfallweisungen in Spitäler oder Pflegeheime zu vermeiden.

Bezüglich des Symptommanagements und der Behandlungspflege sind unterschiedliche Voraussetzungen bei den Spitexorganisationen gegeben. Zum Teil übernehmen Spitexorganisationen gemäss Interviewaussagen weitgehend autonom medizinisch-technisch komplexere Pflegebehandlungen wie die Betreuung von Portsystemen und Schmerzpumpen oder ein aktives Symptommanagement. Andere Spitexorganisationen übernehmen solche Fälle unter Anleitung und/oder Führung durch das Spital oder durch Fach- und Hausärztinnen/-ärzten oder unter Einbezug einer selbständig erwerbstilligen Pflegefachperson. In der Planungsregion Luzern können die Spitexorganisationen mit Zusammenarbeitsvereinbarung hier auf den Brückendienst zugreifen. Zum Teil findet gemäss Interviewaussagen aber bereits eine Selektion durch die Spitäler statt, indem komplexere Fälle nicht nach Hause entlassen werden. Oder diese Fälle werden von zu Hause schneller an eine stationäre Einrichtung überwiesen.

Nur eine Minderheit der Spitexorganisationen der Grundversorgung setzt ergänzende Assessmentinstrumenten zur Abklärung von Palliativsituationen ein, um die aktuell noch die ungenügende

²⁵ Spitex Kantonalverband Luzern (2010). Detailkonzept Palliative Care.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 39/112

Abdeckung durch die Standardformulare (MDS-HC) der RAI-Home-Care-Bedarfsabklärung zu kompensieren.

Wichtige Unterschiede zeigen sich auch in den Rollen der Spitexorganisationen in der Begleitung der Entscheidungsfindung, der vorausschauenden Planung oder der Koordination von Leistungen. Je nach Ausrichtung einer Spitex werden umfassendere Angaben über den Informationsstand der Betroffenen und Angehörigen und den Stand der Planung und Entscheidungsfindung bei einem Austritt aus dem Spital oder der hausärztlichen Zuweisung eingeholt und entsprechende Begleitungen und Beratungen im ambulanten Bereich weitergeführt. Je nach Spitexorganisation wird auch die Erstellung von Patientenverfügungen und einer vorausschauenden Planung oder der frühzeitige Einbezug von Entlastungsmöglichkeiten mehr oder weniger aktiv unterstützt. Auch unterscheiden sich die Kompetenzen und das Engagement der Organisationen in der Vermittlung und Lösungssuche in Konfliktsituationen oder psychischen, sozialen und existenziellen/spirituellen Krisensituationen.

Ein letztes wichtiges Beispiel für Unterschiede bietet die Ausgestaltung der Nachtdeckung. Dank des Zusammenarbeitsvertrags mit der Spitex Stadt Luzern verfügen die angeschlossenen Gemeinden in der Region Luzern und Agglomeration über einen Zugang zu einem Nachtpikettdienst der spezialisierten Palliative Care, der auch Zugriff auf einen medizinischen Hintergrunddienst nehmen kann. Zusätzlich werden geplante Nachteinsätze in dieser Region durch den Nachtdienst der Spitex Stadt Luzern durchgeführt. In anderen Spitexregionen geben Spitexorganisationen in einzelnen palliativen Fällen eine Nachtpikettnummer heraus oder Mitarbeitende der Organisation stellen sich individuell dafür zur Verfügung. Zum Teil werden freischaffende Pflegefachpersonen für geplante Nachteinsätze oder kritische Nächte gegen Lebensende beigezogen, zum Teil auch individuelle Lösungen durch Einbezug von Privatpersonen mit Pflegehintergrund geschaffen. Nur wenige Spitexorganisationen ausserhalb der Planungsregion Luzern weisen ein Nachtpikett als verbindliche Leistung in ihrer Dienstleistungsübersicht aus. Ein medizinischer Hintergrunddienst ist in diesen Regionen ausserhalb der regulären Notfalldienststrukturen nur sichergestellt, wenn zugleich auch die Hausärztinnen und -ärzte den Patientinnen, Patienten oder der Spitexorganisationen ihre Telefonnummer in der Nacht zur Verfügung stellen.

Die aufgeführten Unterschiede führen dazu, dass die heutige ambulante Versorgung im Bereich der Palliative Care stark von der Wohnortgemeinde abhängt. Die Unterschiede in der Ausrichtung der Spitexorganisation sind nicht zwingend grössenbedingt. Kleinere Spitexorganisationen gleichen Grössennachteile oft durch eine hohe Flexibilität, ein überdurchschnittliches Engagement der Mitarbeitenden, eine gute Kenntnis der sozialen und familiären Gegebenheiten, ein klares Bewusstsein der Grenzen der eigenen Leistungsmöglichkeiten und eine entsprechend aktive Förderung von Vernetzung und Zusammenarbeit aus. Umgekehrt setzen einzelne mittlere und grössere Spitexorganisationen in ihrer Entwicklung andere Prioritäten und beschränken ihre Rolle in der ambulanten palliativen Versorgung aktuell auf die vorhandenen Qualifikation, Kompetenzen und Leistungsangebote.

In einer groben Kategorisierung lassen sich die Spitexorganisationen in der Grundversorgung in drei Gruppen unterscheiden. Der Brückendienst der Spitex Stadt Luzern als spezialisierter mobiler Palliative-Care-Dienst und die Spitex Stadt Luzern als Trägerorganisation sind in diese Typologisierung nicht eingeschlossen.

- Typ 1: Eigenes «Kompetenzzentrum» mit umfassendem Leistungsangebot in Palliative Care
- Typ 2: Sensibilisiert für Palliative Care und enge Zusammenarbeit mit Fachpersonen oder einem starken Hintergrunddienst in der Region
- Typ 3: Palliative Care wird als Bestandteil der regulären Pflege verstanden/mit reaktiver Vernetzung und Zusammenarbeit

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 40/112

Die erste Gruppe umfasst Spitexorganisationen der Grundversorgung, die ihre Leistungen explizit auf alle vier Handlungsebenen der Palliative Care gemäss nationalen Leitlinien a) körperlich; b) psychisch; c) sozial/familiär/kulturell/organisatorisch und d) existentiell/spirituell/religiös ausgerichtet haben. Zusatzdienstleistungen wie ein 24h Nachtpikett und die Einbindung von Entlastungsdiensten sind verbindlich in das Dienstleistungsangebot integriert und kommuniziert. Mitarbeitende werden bei Zusatzausbildungen im Bereich Palliative Care unterstützt, zum Teil durchlaufen sie bereits eine mehrjährige Ausbildung in Palliative Care. Die Organisationen engagieren sich in der Sensibilisierung der Öffentlichkeit, beispielweise über Broschüren oder Veranstaltungen. Ziel der Organisationen ist es, nur in einzelnen Fällen konsiliarische (ärztliche und pflegerische) Unterstützung in Anspruch nehmen zu müssen. Zu dieser Gruppe sind gemäss den Ergebnissen der Interviews und der Dokumentenanalyse aktuell zwei Spitexorganisationen der Planungsregion Willisau zu zählen. Die Entwicklung von zwei weiteren, regionalen Spitexorganisationen in den Planungsregionen Willisau und Entlebuch zielt gemäss ihren Angaben ebenfalls in diese Richtung.

Die zweite Kategorie bezeichnet Spitexorganisationen, die in der Region Luzern und Agglomerationsgemeinden eine Zusammenarbeit mit dem Brückendienst und in anderen Versorgungsregionen mit verschiedenen Fachpersonen (freischaffende Pflegefachpersonen, Anfragen an Spitäler oder niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Instruktion und Bereitstellung von Hilfsmitteln durch private Firmen und Apotheken) eingehen, um ein bedarfsorientiertes Leistungsangebot an Palliative Care inklusive einer gewissen Nachtdeckung sicherzustellen. Die Spitexorganisationen beanspruchen nicht, Fachwissen der spezialisierten Palliative Care oder das Nachtpikett in der eigenen Organisation integriert zu haben. Weiterbildungen der eigenen Mitarbeitenden finden vor allem in Themen der Palliative Care Grundversorgung und im Rahmen kürzerer Ausbildungssequenzen (oft eintägige Veranstaltungen oder Grundkurse) statt. In der Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen sollen die grundlegenden Dimensionen der Palliative Care abgedeckt werden. In komplexeren Fällen beanspruchen die Organisationen teilweise nicht nur eine konsiliarische Unterstützung, sondern der Brückendienst oder externe Fachpersonen übernehmen die Fallführung oder die fachliche Führung. Der Brückendienst kann auch in sehr komplexen Situationen ein umfassendes Leistungsangebot aus weitgehend einer Hand anbieten, welches die zentralen Dimensionen eines ambulanten mobilen Palliative-Care-Dienstes gemäss den Versorgungsstrukturen der nationalen Strategie abdeckt. In den anderen Regionen müssen die Netze oft fallspezifisch geknüpft werden und stossen je nach Komplexität der Situation und der situationsspezifischen Verfügbarkeit der Partner früher an Grenzen als in der Zusammenarbeit mit dem Brückendienst.

Die dritte Gruppe umfasst Spitexorganisationen, die davon ausgehen, die meisten Ziele der Palliative Care im Rahmen der normalen Behandlungspflege und Beratung und mit dem in der Organisation vorhandenen Fach- und Erfahrungswissen abdecken zu können. Der Fokus richtet sich stärker auf die Begleitung von Klientinnen und Klienten mit chronischen Krankheiten oder im hohen Alter am Lebensende, weniger auf die Übernahme auch komplexerer Fälle aus dem Spital oder zur Vermeidung eines stationären Aufenthalts. Palliative Care wird in der Grundversorgung kein explizites Fachwissen zugeschrieben und es werden auch keine spezifischen Instrumente aus diesem Bereich angewendet. Die Grenzen der eigenen Möglichkeiten im Verhältnis zur spezialisierten Palliative Care wurden in den Interviews nicht aktiv reflektiert. Wenn ein Unterstützungsbedarf gesehen wurde, dann vor allem in den Dimensionen ärztlicher Beratung sowie medizin-technischer und pflegerischer Unterstützung. Der eigenen Organisation wird aufgrund anderer Prioritäten oder aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen keine aktive Rolle bei der Verbesserung der ambulanten palliativen Versorgung gegenüber dem Status Quo zugeschrieben.

Die Unterschiede in der Ausrichtung der Spitexorganisation tragen dazu bei, dass die heutige ambulante Versorgung im Bereich der Palliative Care stark von der Wohnortgemeinde abhängt.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 41/112

3.2.7. Private Spitexorganisationen und selbständige Pflegefachpersonen

Der Anteil der privaten Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen an den Pflegeleistungen hat sich im Kanton Luzern in den vier Jahren seit 2010 praktisch verdoppelt. Er betrug in der Pflege im Jahr 2013 9 Prozent der Klientinnen und Klienten und 22 Prozent aller verrechneten Stunden.

Das Verhältnis zwischen den gemeinnützigen Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag und den privaten Spitexorganisationen oder selbständigen Pflegefachpersonen ohne Leistungsauftrag schwankt gemäss Interviewaussagen zwischen Konkurrenz und Zusammenarbeit. Vor allem kleine Spitexorganisationen in ländlichen Regionen greifen zum Teil auf das Fachwissen von selbständig erwerbstätigen Pflegefachpersonen mit einem Diplom oder Zertifikat in Onkologie oder Palliative Care zurück. Der Einbezug reicht von einer konsiliarischen Unterstützung über die Übernahme von medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten bis hin zur Übertragung des Case-Managements oder der Klientinnen-/Klienten- und Angehörigenberatung. Zum Teil werden private Organisationen oder selbständige Pflegefachpersonen auch von den Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag für die Nachtdeckung oder bei erhöhtem Betreuungsaufwand einbezogen.

Beim Aufbau eines mobilen Palliative-Care-Dienstes ist darauf zu achten, einerseits das Potenzial einer Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Erbringern von Spitexleistungen auszuschöpfen, andererseits den Klientinnen und Klienten der privaten Organisationen einen Zugang zu diesen Diensten unter den gleichen Bedingungen zu ermöglichen.

3.2.8. Angebote der sozialen, psychologischen, spirituellen oder seelsorgerischen Unterstützung

Eine wichtige Rolle im Bereich der Sozial- und Finanzberatung übernehmen im ambulanten Bereich die Nonprofitorganisationen Caritas Luzern, Krebsliga Zentralschweiz, Parahelp, Pro Infirmis Kanton Luzern, Pro Senectute Kanton Luzern sowie Anlauf- und Beratungsstellen bei den Sozialdiensten der Gemeinden und der Ausgleichkasse Luzern. Diese Angebote sind jedoch in den meisten Fällen nicht aufsuchend, d.h. nicht vor Ort bei den Klientinnen oder Klienten zu Hause.

In den Vertragsgemeinden des Brückendienstes der Spitex Stadt Luzern besteht zusätzlich noch Zugang zu einer Sozialberatung durch eine Fachperson der Caritas Luzern, die in das interprofessionelle Team integriert ist. Der Sozialdienst des Kantonsspitals Luzern bietet Palliativpatientinnen und -patienten eine Beratung über die Entlassung aus dem Spital hinaus an. Die Geschäftsstelle des Vereins Palliativ Luzern unterstützt Betroffene und Angehörige mit Informationen und Beratungen zu bestehenden Angeboten.

Das Angebot an seelsorgerisch-spirituellem Unterstützung ist regional sehr unterschiedlich. Es beschränkt sich mehrheitlich auf Angebote der Landeskirchen des Kantons Luzern. Die katholischen und reformierten Spital- und Heimseelsorgerinnen und -seelsorger umschreiben in einem ökumenischen Positionspapier die Rolle der Seelsorge in der Palliative Care als Fachdisziplin für Spiritual Care und definieren sie über ihre Fachkompetenz in der seelsorgerlich-spirituellen und psychosozialen Begleitung.²⁶ Zeitpunkt und Intensität des Einbezugs im privaten Wohnumfeld hängen jedoch stark von der Ausrichtung und den zeitlichen Ressourcen der Seelsorgenden ab. In den Interviews

²⁶ Spital-, Klinik- und Heimseelsorge. Ökumenisches Positionspapier der Vereinigung der katholischen Spital- und Kranken-Seelsorgerinnen und -Seelsorger der deutschsprachigen Schweiz und der Vereinigung der deutschschweizerischen evangelischen Spital-, Heim- und Klinikseelsorger und -seelsorgerinnen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 42/112

wurde in einzelnen Regionen noch von einer starken Ausrichtung der Seelsorge auf die Krankensalbung und Trauergespräche gesprochen.

Die katholische und die reformierte Landeskirche des Kanton Luzern führen in den Jahren 2013 bis 2015 ein Projekt «Koordinationsstelle Palliativ-Seelsorge im Kanton Luzern» durch, um Grundlagen zu schaffen, das regionale Angebot in der Seelsorge auch ausserhalb der Spitäler, Alters- und Pflegeheime zu stärken.

Angebote für nicht-christliche Glaubensrichtungen fehlen aus Sicht der Leistungserbringer in den meisten Regionen und werden nur durch ein besonderes Engagement der betreuenden Spitex oder Hausärztinnen und -ärzte in Einzelfällen erschlossen.

Der Psychoonkologische Dienst der Krebsliga Zentralschweiz steht allen Krebspatienten zur Verfügung, macht aber keine Hausbesuche. In verschiedenen Spitexregionen der Planungsregionen Seetal, Sursee und Willisau wurde in Interviews auf die Stärkung des regionalen Angebots an Palliative Care durch die Niederlassung eines Psychoonkologen bzw. einer Psychoonkologin oder eines entsprechend ausgebildeten Psychologen bzw. Psychologin hingewiesen. In anderen Regionen wurde umgekehrt ein fehlender Zugang zu dieser als wichtig erachteten Ressource hervorgehoben.

3.2.9. Freiwillige

Der Freiwilligenarbeit kommt im Kontext der Palliative Care eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen zu.²⁷ Ein fehlendes soziales Umfeld, Ängste und Überlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind ein zentraler Grund, an dem die Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten zu Hause oft scheitert.²⁸

In vielen Regionen des Kantons Luzern bestehen Freiwilligengruppen zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender sowie Entlastungs- und Besuchsdienste. Die Freiwilligengruppen werden von unterschiedlichen Trägerschaften koordiniert und finanziell unterstützt: Gemeinden, Spitexorganisationen, Landeskirchen, Schweizerisches Rotes Kreuz Luzern, Pro Senectute Luzern, Caritas Luzern, Krebsliga Zentralschweiz, Alzheimervereinigung, Pro Infirmis, Verein Parahelp.

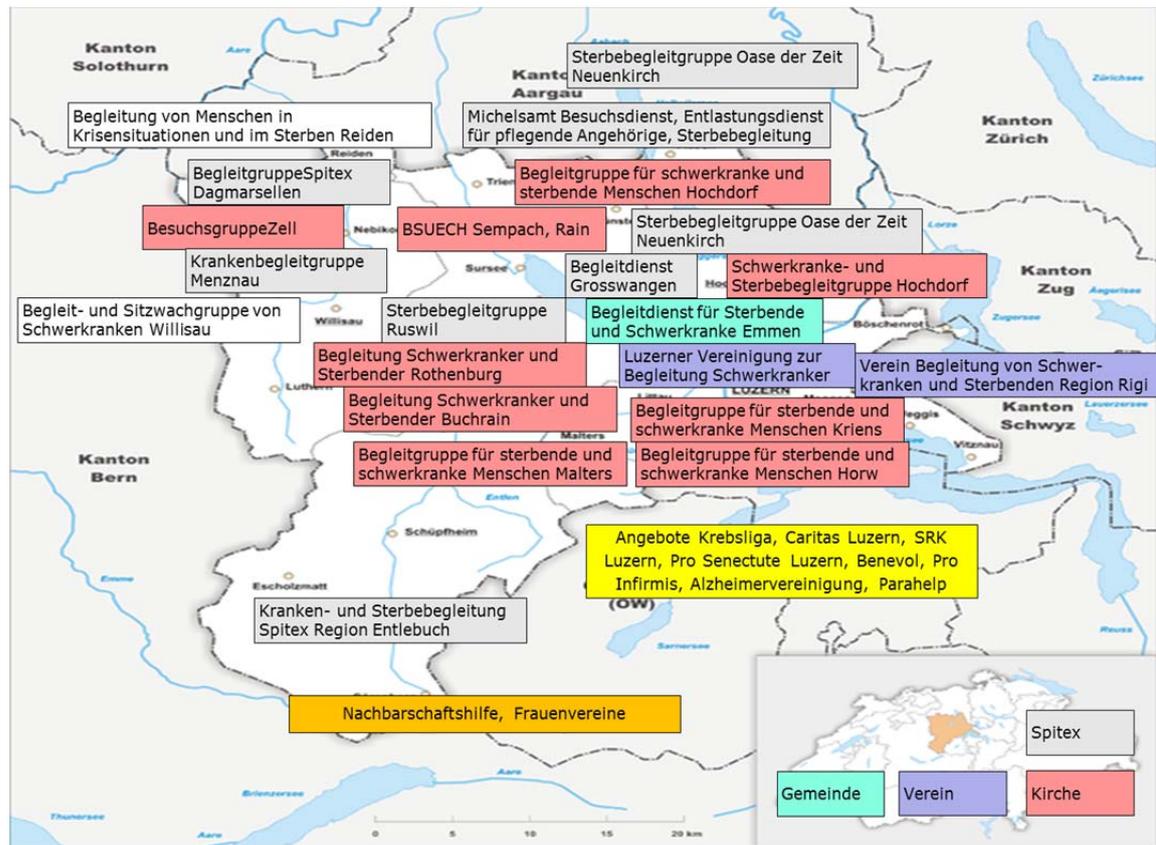
Abbildung 10 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die Angebote im Kanton (Stand Oktober 2014). Ein grosser Teil der Angebote ist regional verankert. Die Angebote richten sich sowohl auf die Begleitung im ambulanten als auch stationären Bereich. In vielen Regionen ist die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen und einem Angebot von Sitznachtwachen stärker verankert als die Inanspruchnahme im ambulanten Bereich. Das Angebot der Freiwilligengruppen ist mit wenigen Ausnahmen für die Betroffenen kostenlos, in einzelnen Fällen wird ein moderates Entgelt erhoben. Die Spesen- und Aufwandsentschädigung für die Freiwilligen variiert zwischen den verschiedenen Gruppen.

²⁷ Vgl. BAG, GDK und palliative.ch (2014), S.5 oder BAG und GDK (2012), S. 40-42.

²⁸ Diese Aussage wurde in den Interviews im Rahmen der vorliegenden Studie von allen Leistungserbringern übereinstimmend gemacht. Aus der Perspektive mobiler Palliative-Care-Dienste vgl. auch Wächter, M., Bommer, A. (2014), S.86-87.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 43/112

Abbildung 10: Freiwilligengruppen zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender im Kanton Luzern

Quelle: Caritas Luzern und Recherchen HSLU. Eigene Darstellung.

Über diese Angebote mit einem Fokus auf die Begleitung Schwerkranker und Sterbender hinaus existieren in vielen Regionen weitere Entlastungsdienste, die zum Teil direkt von der Spitex koordiniert werden. Ebenfalls in vielen Gebieten vertreten ist der Entlastungsdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes Kanton Luzern. Die Mitarbeitenden der Entlastungsdienste erhalten in den meisten Fällen eine Entschädigung. Mehrheitlich ist der Entlastungsdienst für die Klientinnen und Klienten kostenpflichtig, oft zu subventionierten oder einkommensabhängigen Tarifen.

Weitere Angebote mit Freiwilligen, die zur Entlastung und Unterstützung der Angehörigen herangezogen werden, werden von der Krebsliga, Caritas Luzern, Pro Senectute Luzern, der Alzheimervereinigung, Pro Infirmis oder dem Verein Parahelp koordiniert und zur Verfügung gestellt. Hinzu kommen institutionalisierte Formen der Nachbarschaftshilfe, Frauenvereine oder kirchliche Gruppen.

Der Aufbau eines Unterstützungsnetzwerks stützt sich nicht allein auf institutionalisierte Formen der Freiwilligenarbeit. Oft werden von den Spitexorganisationen auch Nachbarn oder Freunde in die Betreuung und Begleitung einbezogen. Zum Teil werden auch pensionierte Fachpersonen gegen eine geringe Aufwandsentschädigung in das Netz eingebunden.

In der Studie von Gentile et al. (2013) wurde der Nutzen der Freiwilligenarbeit anhand einer empirischen Untersuchung herausgearbeitet. Er umfasst verschiedene Dimensionen: die instrumentelle, informationelle, emotionale und anerkennende Unterstützung. Das Ausschöpfen dieses Nutzens gelingt aber nur mit dem Aufwand einer sorgfältigen Koordination und Einbindung der Freiwilligenarbeit. Die rechtzeitige Integration der Freiwilligen in das Betreuungsnetzwerk und der «Ein-

tritt» in die private Wohnumgebung stellen eine grosse Herausforderung dar.²⁹ Je belasteter eine Situation bereits ist, umso höher sind oft die Barrieren für eine erfolgreiche Integration, was sich auch in den Interviews im Rahmen der vorliegenden Studie zeigte. Das Potenzial der Freiwilligenarbeit wird somit vor allem im ambulanten Bereich oft nicht ausgeschöpft.

Caritas Luzern führt seit 2012 ein Projekt zur Analyse und Stärkung der Freiwilligenkoordination im Kanton durch, in dessen Rahmen Angebote zur Unterstützung der Freiwilligenarbeit im Bereich der Palliative Care zusammengeführt und weiter entwickelt werden. Freiwilligenkoordinatorinnen und -koordinatoren sollen in ihrer Arbeit – innerhalb des durch die finanziellen Ressourcen des Projektes begrenzten Rahmens – durch Bildungs- und Beratungsangebote und durch die Organisation von Austauschtreffen unterstützt werden. Als Grundlage einer einheitlicheren Koordination der Freiwilligenarbeit dienen die «Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care».³⁰ Betroffene und Angehörige werden bei der Betreuungsplanung und Alltagsgestaltung beraten und durch die Vermittlung von Freiwilligengruppen oder anderen Entlastungsdiensten unterstützt. In der Planungsregion Luzern ist dieses Beratungs- und Vermittlungsangebot in die Sozialberatung des Brückendienstes und damit direkt in das mobile Palliative-Care-Team integriert.

3.3. Resultate der Erhebung der Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer

3.3.1. Netzwerke als zentrale Einheit der Versorgungsstrukturen

In der Einleitung der Broschüre zu den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» ist als «Credo» (wörtliches Zitat) der Palliativversorgung in der Schweiz festgehalten: *«So ist nicht eine einzelne Institution, sondern das Palliative-Care-Netzwerk die kleinste Einheit der regionalen Palliativversorgung. Der «Boden» für den Aufbau von palliativen Versorgungsstrukturen ist also die Vernetzung. Der Hauptanreiz der Tätigkeit im Palliativbereich für einzelne Institutionen muss in der Mitwirkung in diesem Netz liegen und nicht im «Herausschneiden eines Kuchenstückes».*³¹

Diese grundlegende Bedeutung der Vernetzung und der regionalen Netzwerke hat sich in der nationalen Bestandesaufnahme der Organisationsformen der verschiedenen mobilen Palliative-Care-Dienste in der Schweiz und ihrer Einbettung in die regionalen Versorgungsstrukturen durch die Hochschule Luzern bestätigt.³²

Das gleiche Bild ergibt sich auch aus den Ergebnissen der qualitativen Interviews im Rahmen der vertieften Bedarfsabklärung im Kanton Luzern und der statistischen Analyse der Patientinnen- und Patientenpfade. Sie zeigen, dass die palliative Behandlung und Begleitung in vielen Fällen durch einen Wechsel zwischen Versorgungsbereichen mit zum Teil kurzfristigen Übertritten und einer kurzen Aufenthaltsdauer gekennzeichnet ist. In vielen Verläufen wechseln sich komplexe, instabile Phasen mit stabilen Situationen ab. Eine angemessene Versorgung basiert daher auf einer guten Vernetzung unter den Leistungserbringern, die alle Berufsgruppen und damit auch die psychischen, sozialen, spirituellen und seelsorgerischen Dimensionen von Palliative Care umfasst. Dazu gehören eine versorgungsbereichsübergreifende, auch Notfallszenarien einschliessende Planung, eine gute Dokumentation und vollständige Informationsübermittlung sowie eine Übersicht über verfügbare

²⁹ Gentile et al. (2013) für den Kanton Luzern. Vgl. auch Sottas et al (2012) und BAG, GDK und palliative.ch (2014b).

³⁰ Caritas Schweiz (2010). Begleitung in der letzten Lebensphase. Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care. http://www.caritas.ch/fileadmin/media/caritas/Dokumente/Was_wir_tun_Schweiz/Caritas_Standards_d.pdf

³¹ Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz für Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 5.

³² Wächter, M. und Bommer, A. (2014).

Luzern, 9. Dezember 2015

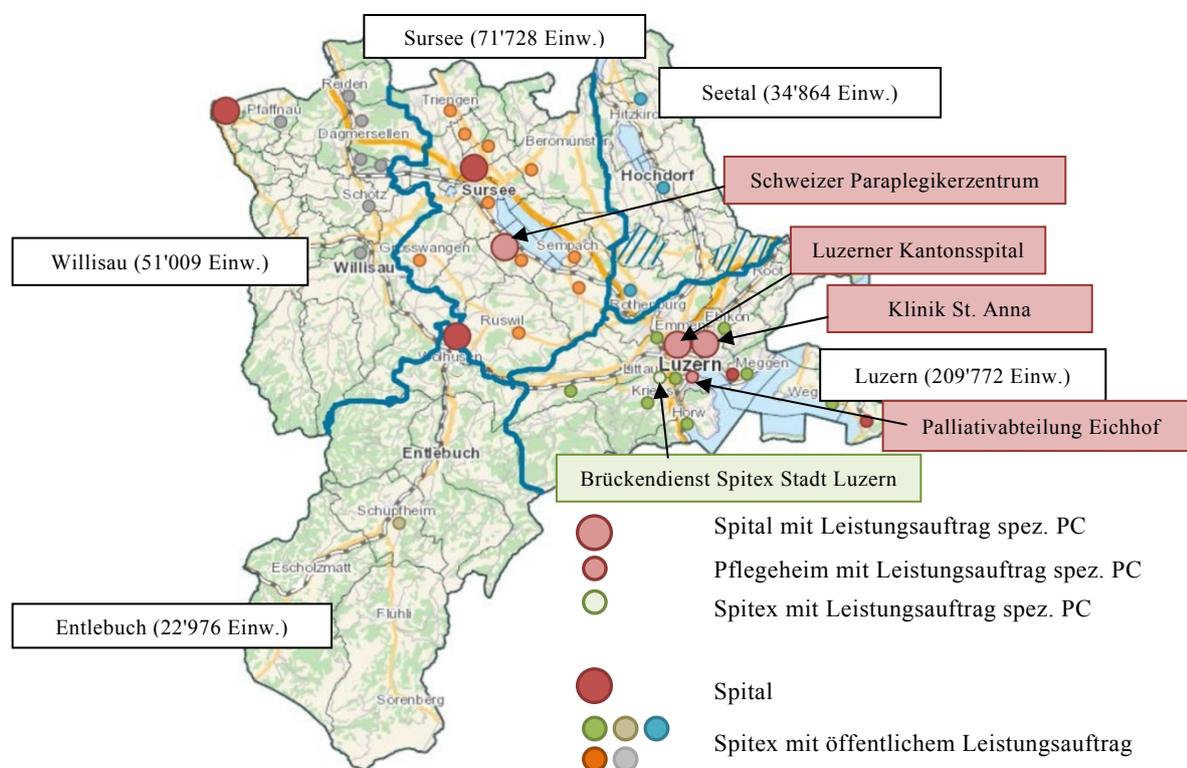
Seite 45/112

Kapazitäten und Kompetenzen. Eine rechtzeitige Einbindung der Palliative Care ergänzend zu oder in Ablösung von kurativen Ansätzen setzt ein einheitliches Verständnis von den Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care unter den Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsbereiche und eine gemeinsame und klare Positionierung des Leistungsangebots in der Öffentlichkeit voraus.

3.3.2. Die Planungsregion Luzern (Stadt Luzern, Agglomerationsgemeinden, Seegemeinden)

Abbildung 11 zeigt die Verteilung der Einrichtungen der spezialisierten Palliative Care sowie der Spitäler und Spitexorganisationen der Grundversorgung im Kanton.

Abbildung 11: Die Verteilung der Einrichtungen der spezialisierten Palliative Care sowie der Spitäler und Spitexorganisationen der Grundversorgung³³



Quelle: Eigene Darstellung

Die Karte spiegelt die starke Konzentration der bestehenden spezialisierten Versorgung auf die Region Stadt Luzern und Agglomerationsgemeinden. Der Kanton Luzern verfügt heute erst in der Stadt Luzern und je nach Inanspruchnahme auch in den Agglomerationsgemeinden³⁴ über die Grundpfeiler einer versorgungsbereichsübergreifenden spezialisierten Versorgung:

- Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag (Palliativabteilung des LUKS Standort Luzern, medizinischer Konsiliardienst des LUKS (intern und nach aussen), Palliativbetten und -pflege team der Klinik St. Anna),
- Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag (Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof),

³³ Die schraffierten Flächen signalisieren Spitexregionen, die die Grenzen einer Planungsregion übergreifen.

³⁴ Die Gemeinden der Spitex Rontal Plus und der Spitex der Seegemeinden Weggis, Vitznau und Greppen sind Stand 2015 vertraglich nicht in den Brückendienst der Spitex Stadt Luzern eingebunden.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 46/112

- Mobiler Palliativdienst (spitalextern) (Brückendienst der Spitex Stadt Luzern, inkl. Nacht-
abdeckung).

In dieser Versorgungsregion hat bereits die Vernetzung der spezialisierten Leistungserbringer, die Abstimmung der Prozesse und das Ausschöpfen von Synergien begonnen. Gleichzeitig wird dieses Angebot auch von den Grundversorgern verstärkt als wichtige Unterstützung wahr- und angenommen. Die Ausstrahlung dieser Angebote in die anderen Versorgungsregionen ist mit Ausnahme einer punktuellen Inanspruchnahme von Konsiliarleistungen der Palliativabteilung des LUKS noch sehr begrenzt.

Im Rahmen der Studie konnte keine vertiefte Evaluation der Zusammenarbeitsformen und Vernetzung vorgenommen werden. Die Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden der Palliativstation des Luzerner Kantonsspitals und der Klinik St. Anna berichten jedoch von einer viel besseren Ausgangssituation, Patientinnen und Patienten aus der Region Luzern auch in komplexeren Situationen den Wunsch zu erfüllen, wieder nach Hause entlassen zu werden, oder ihnen kurzfristig einen geeigneten Platz für eine stationäre Begleitung zu vermitteln. Auch die interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dieser Region sprachen von einer qualitativ bereits weitgehend sehr guten Versorgung und einer spürbaren Entlastung ihrerseits in der Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten, wenn die Institutionen der spezialisierten Palliative Care einbezogen waren.

Die spezialisierten Leistungserbringer schätzen ihrerseits die Vorbereitungs- und Gesprächsarbeit, die von den Fachpersonen in den anderen Versorgungsbereichen geleistet wurde und dadurch Übergänge in komplexen Situationen mit kurzen Aufenthaltsdauern wesentlich erleichtern.

3.3.3. Die Planungsregionen Seetal, Sursee, Willisau und Entlebuch

In den Versorgungsregionen Seetal, Sursee, Willisau und Entlebuch ist die Vernetzung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen in der Palliative Care nicht institutionalisiert, sondern erfolgt fallbezogen auf der Grundlage der Einschätzung einzelner Fälle. Sie richtet sich im Wesentlichen auf die Grundversorgung in Palliative Care aus. Die Vernetzung erfolgt lokal auf der Ebene und im Einzugsgebiet der 21 Spitexregionen, nicht überregional. Zum Teil helfen sich benachbarte Spitexorganisationen in einzelnen Fällen aus oder holen voneinander Rat ein, dies ist aber die Ausnahme.

Wichtige Partner für die Spitexorganisationen in der ambulanten Versorgung sind einerseits die Hausärztinnen und -ärzte, andererseits in der Versorgung von Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaustritt die Spitäler. Die Zusammenarbeit zwischen Spitex und Hausärztinnen und -ärzten wird mehrheitlich als gut beurteilt, aber immer wieder wurde auch auf grosse Unterschiede im Kenntnisstand zur Palliative Care und in der Verfügbarkeit hingewiesen. Die Spitäler bieten Spitexorganisationen in Einzelfällen die Einweisung in komplexere Pflegesituationen an und stellen Hilfsmittel oder Reservemedikationen zur Verfügung. Das Instrument der Rundtischgespräche wird nur selten genutzt.

Bei der palliativen Versorgung in Pflegeheimen übernehmen die Hausärztinnen und -ärzte ebenfalls eine zentrale Rolle, vor allem mit Blick auf das Symptom- und Schmerzmanagement. Die Zusammenarbeit wird von den Pflegeheimen in den Interviews insgesamt als eng und gut beschrieben. Eine Schwierigkeit ist aus Sicht einiger Heime jedoch die medizinische Nacht- und Wochenendabdeckung. Nicht alle Hausärzte haben gemäss den Interviews mit den Pflegeheimen aufgrund ihrer Auslastung die Kapazität oder sind bereit, allzeit erreichbar und verfügbar zu sein, und nicht alle sind bezüglich Palliative Care auf demselben Wissensstand.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 47/112

Der medizinische Konsiliardienst des Kantonspitals wurde von den Spitexorganisationen und Pflegeheimen der Planungsregionen Seetal, Sursee, Willisau und Entlebuch bislang praktisch nicht in Anspruch genommen.

Die Indikationsstellung in einer palliativen Situation erfolgt oft spät und dann zumeist ausgehend vom Spital oder der Hausärztin bzw. dem Hausarzt. Sie hat eine wichtige Bedeutung im Sinne eines gemeinsam geteilten Verständnisses zwischen Patientin, Patient, Angehörigen, behandelnden Ärzten und Pflegefachpersonen, dass zunehmend palliative Leistungen in die Betreuung hineingenommen werden und an die Stelle eines kurativen Ziels treten. Die Indikation kann ein Ausgangspunkt für eine vorausschauende, bereichsübergreifende Planung oder für den Hinweis auf wichtige zusätzliche Leistungen wie den Einbezug von Freiwilligen, psychosozialer, seelsorgerischer oder spiritueller Unterstützung oder die Einbindung in das Nachtpikett sein.

In den Regionen sind der lokale Bezug und das lokale Wissen eine wichtige Ressource, wenn beispielsweise dem Hausarzt/der Hausärztin, der Spitexorganisation oder den Seelsorgerinnen und Seelsorgern die familiäre Situation bekannt ist, sie das Umfeld gezielt einbeziehen können oder sie bereits einen Anknüpfungspunkt besitzen, um die Betroffenen und Angehörigen bei der Entscheidungsfindung und Planung und Gestaltung des Lebensumfelds unterstützen können. Häufig ergeben sich auch Netze informeller Hilfe, die aktiviert werden können.

Gleichzeitig birgt die regionale Vernetzung aber die Gefahr von Kapazitätsengpässen oder von Zugangsbarrieren bei fehlenden lokalen Kompetenzen oder bei Konflikten innerhalb des Netzwerkes. In diesen Fällen müssen individuelle Anstrengungen unternommen und individuelle Lösungen gesucht werden, um das medizinische, pflegerische, seelsorgerische und soziale Netzwerk zu erweitern. Es steht hier keine institutionalisierte Alternative in Form eines interprofessionellen Fachdienstes zur Verfügung, welcher unter klaren Indikationen beigezogen werden kann.

In den Interviews gaben die Spitexorganisationen, Ärztinnen und Ärzte an, dass sie in gewissen Situationen auch die Koordination der palliativen Behandlung und Betreuung übernehmen. Diese Koordination beschränkt sich häufig aber auf die Beratung und Weiterleitung und auf einen einzelnen Abschnitt des Behandlungsprozesses. Sie setzt damit die Fähigkeit der Patientinnen, Patienten oder Angehörigen voraus, die Fäden für den Gesamtprozess weiterhin in den eigenen Händen zu halten. Es fehlt in komplexen Fällen oft noch an einer gesamtverantwortlichen Fach- und Ansprechperson, die den Informationstand aller Beteiligten und eine gemeinsame Behandlungs- und Betreuungsplanung versorgungsbereichsübergreifend überschaut und regelmässig neu abstimmt. Dazu kann auch gehören, in stark belasteten Situationen die Koordination bis hinein in die konkrete Umsetzung zu übernehmen.

3.4. Lücken und Verbesserungspotenziale in den heutigen Angeboten und Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter ambulanter Palliative Care

Fasst man die Ergebnisse der Erhebung im Kanton Luzern zusammen, ergeben sich folgende Schwerpunkte aus der Analyse der Versorgungslücken und der Verbesserungspotenziale.

Stärkung der Grundversorgung und Aufbau eines versorgungsbereichsübergreifenden, gemeinsamen Verständnisses von Palliative Care

Es fehlt aktuell in vielen Leistungsbereichen und Versorgungsregionen ein gemeinsames Verständnis aller wichtigen Akteure für die Grenzen und Möglichkeiten von Palliative Care und eine einheitliche Anwendung der Indikationskriterien für den Einbezug von Fachpersonen. Darüber hinaus ist eine bessere Vernetzung bereits bestehender Angebote und Klärung der Schnittstellen anzustreben.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 48/112

Angebot an ambulanter spezialisierter Palliative Care im ganzen Kanton

Ausserhalb der Stadt Luzern und der Vertragsgemeinden des Brückendienstes fehlt ein regional differenziertes, aber kantonal koordiniertes Angebot an ambulanter spezialisierter Palliative Care, mit folgender Ausrichtung:

- konsiliarischer Schwerpunkt, aber in begründeten Fällen auch Übernahme von Leistungen in der Behandlung und Pflege vor Ort (Flexibilität)
- Unterstützung in allen vier Dimensionen der Palliative Care (körperlich; psychisch; sozial/familiär/kulturell/organisatorisch und existentiell/spirituell/religiös) gemäss den nationalen Leitlinien
- Zugang für Alters- und Pflegeheime und Institutionen für Menschen mit Behinderungen oder Suchterkrankungen
- Entlastung/Unterstützung der Hausärztinnen und -ärzte, vor allem im Bereich der Koordination und Nachtabdeckung
- Unterstützung von Organisationen in Prozessentwicklung und der interinstitutionellen Koordination
- Angebot an organisations-/institutionennaher Weiterbildung, Schulung oder Supervision

Kapazitäten für kurzfristige Eintritte in Pflegeheime

Ausserhalb des heutigen Einzugsgebiets der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof (im Wesentlichen die Planungsregion Luzern und Agglomerationsgemeinden sowie Nachbarkantone) bestehen keine deklarierten stationären Plätze für kurzfristige Eintritte in komplexen palliativen Situationen, die nicht die Infrastruktur eines Spitals erfordern. In anderen Regionen müssen deshalb die Spitäler sowie Pflegeheime ohne einen spezialisierten Versorgungsauftrag diese Aufgaben übernehmen.

Die im Vergleich zu den Alters- und Pflegeheimen jüngere Altersstruktur der Patientinnen und Patienten auf der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhofs spiegelt den auch in den Interviews genannten Bedarf an Plätzen für jüngere Menschen wider. Dieser ist heute im Kanton Luzern nur bedingt abgedeckt.

Angebot an ambulanter spezialisierter Palliative Care im ganzen Kanton Luzern

Die Erfahrungen der Leistungserbringer (Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Spitexorganisationen der Grundversorgung) mit dem spezialisierten Palliative-Care-Team des Brückendienstes der Spitex Stadt Luzern weisen gemäss ihren Interviewaussagen darauf hin, dass in der Versorgungsregion Luzern auch komplexere und instabilere Fälle ambulant versorgt werden können und die Übergänge zwischen Versorgungsbereichen besser abgeklärt und vorbereitet werden können. Dies führt zu einer von den Grundversorgern wahrgenommenen deutlichen Entlastung. Die Entlassung komplexerer Fälle in den ambulanten Bereich ist gemäss Interviewaussagen der Spitäler in den anderen Regionen nur punktuell möglich. Darüber hinaus sind dank des Brückendienstes auch Eintritte von zu Hause in Pflegeheime und Spitäler, die kurzfristig notwendig werden, besser vorbereitet. Sie entlasten damit die kurzen Aufenthaltsdauern in diesen Einrichtungen für die eigentliche Begleitung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen.

Die Ergebnisse der Interviews und die Unterschiede in der heutigen Abdeckung des Kantons weisen auf den Bedarf an einem flächendeckenden, regional differenzierten Angebot an ambulanter spezialisierter Palliative Care hin. Im Zentrum steht ein Bedarf an konsiliarischer Unterstützung, in Einzelfällen ergänzt um die flexible Übernahme von weiteren Leistungen in der Behandlung und Pflege vor Ort. Die Unterstützung durch die mobilen Dienste sollte alle vier Dimensionen der Palliative Care gemäss den nationalen Leitlinien umfassen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 49/112

Der Zugang zu diesem Leistungsangebot sollte auch Alters- und Pflegeheimen und Institutionen für Menschen mit Behinderungen oder Suchterkrankungen offen stehen. Im Leistungsbereich der Hausärztinnen und -ärzte besteht ein Bedarf an konsiliarischer Unterstützung und einer Entlastung im Bereich der Koordination und Nachtabdeckung. Ein konsiliarischer Unterstützungsbedarf der Spitäler ohne Leistungsauftrag in spezialisierter Palliative Care kann gut über die Kompetenzzentren LUKS Luzern (Palliativstation) und Klinik St. Anna abgedeckt werden, ebenso im Bereich Weiterbildung und Konzeptentwicklung.

Mit Blick auf die Etablierung eines gemeinsamen Verständnisses von Palliative Care, die Stärkung der Grundversorgung und die Förderung der Vernetzung bestehender Angebote bestehen heute noch Lücken in der übergeordneten Koordination auf kantonaler Ebene und Prozessoptimierung der Zusammenarbeit zwischen den Organisationen sowie in der institutionsnahen Weiterbildung, Schulung und Supervision von Mitarbeitenden der Grundversorgung.

Nachtabdeckung

Die Nachtabdeckung nimmt gemäss den Interviews, aber auch den Ergebnissen der nationalen Bestandesaufnahme³⁵ eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten ein. Die kontinuierliche Verfügbarkeit einer Ansprechperson mit einem entsprechenden medizinischen oder pflegerischen Hintergrund in Palliative Care ist ein wesentlicher Schutz vor der Überlastung einer häuslichen Betreuungssituation und eine wichtige Massnahme gegen Ängste und Unsicherheiten.

In einzelnen Fällen kann ein regelmässiger Einsatz vor Ort in der Nacht eine entscheidende Voraussetzung für die Begleitung zu Hause sein. In vielen Fällen genügt jedoch ein Nachtpikett in Form eines telefonischen Konsiliardienstes, der gegebenenfalls einen Einsatz einer Fachperson vor Ort auslösen kann. Besteht ein Nachtdienst in einer Region, können wichtige Synergien genutzt werden. Nimmt man hingegen die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten als Ausgangspunkt zum Aufbau eines Nachtdienstes mit regelmässigen geplanten Touren, dürfte diese Patientinnen-/Patientengruppe allein gemäss dem heutigen Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten an den geplanten Nachteinsätzen der Spitex Stadt Luzern und den Aussagen in den Interviews mit den Spitexorganisationen keine ausreichende Auslastung begründen. Entscheidender und wirkungsvoller ist für diese Patientinnen-/Patientengruppe in einem ersten Schritt die Existenz eines Nachtpiketts.

Ein Nachtpikett mit einer pflegerischen Ausbildung in Palliative Care an allen 365 Tagen des Jahres besteht zurzeit nur in der Stadt Luzern und den angeschlossenen Agglomerationsgemeinden. Kann die Situation telefonisch nicht geklärt und stabilisiert werden, erfolgt ein Einsatz der Pflegefachperson vor Ort. Die Nachtbereitschaft kann auch auf den medizinischen Konsiliardienst des Kantonspitals Luzern zurückgreifen. Zugleich können in der Stadt Luzern und in den Agglomerationsgemeinden Synergien mit dem Nachtdienst genutzt werden und zusätzlich geplante, regelmässige Einsätze in der Nacht zur Pflege von Palliativpatientinnen und -patienten durchgeführt werden.

In den anderen Versorgungsregionen bieten die Spitexorganisationen mit Ausnahme von zwei Organisationen nur in bestimmten Situationen für Palliativpatientinnen und -patienten und Sterbende ein Nachtpikett an.

Darüber hinaus geben viele Hausärztinnen und -ärzte in Palliativsituationen ebenfalls ihre Handynummer weiter, dies in allen Versorgungsregionen, auch in der Stadt Luzern und Agglomeration.

³⁵ Wächter, M., Bommer, A. (2014), S. 57-60 und S. 88.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 50/112

Aufgrund der beschränkten Anzahl Interviews (10) und eines möglichem Bias der Stichprobe aufgrund der zu vermutenden Zusage eher engagierter Ärztinnen und Ärzte kann aus der hohen Bereitschaft der interviewten Gruppe kein Rückschluss auf die Gesamtlage gezogen werden. Die Interviewten berichten zugleich aber auch von einer hohen Belastung durch die Nacht- und Wochenendabdeckung, die sich über die Jahre kumuliert. Angesichts des anstehenden Generationenwechsels beurteilen sie den Fortbestand dieser Einsatzbereitschaft und Verfügbarkeit kritisch. Ein vorgeschaltetes pflegerisches Nachtpikett mit Einsätzen in schwierigen Situationen könnte hier in vielen Fällen zu einer Entlastung führen.

Zugang zu einer gemeinsamen Dokumentation

Eine wichtige Voraussetzung einer guten ambulanten Betreuung ist der Zugang zu einer gemeinsamen Dokumentation. Die Notwendigkeit ergibt sich zum einen aus der arbeitsteiligen Leistungserbringung durch verschiedene Berufsgruppen unter Einbezug der spezialisierten Versorgung. Dazu gehört auch die Einbindung der Nachtabdeckung. Der Bedarf ergibt sich zum anderen aus der Verfügbarkeit von wichtigen Informationen in Krisensituationen oder Notfällen, die eine rasche Reaktion und/oder den Zugriff auf die vereinbarte Notfallplanung erfordern.

Ein elektronisches Dossier würde den Grad der Verfügbarkeit enorm steigern und den Dokumentations- und Koordinationsaufwand verringern.

Regionale Angebotsstruktur in der psycho(-onko)logischen Beratung/seelsorgerischen Begleitung/sozialen Beratung

Im ambulanten Bereich ist diese Einbindung der psychologischen, seelsorgerischen und sozialen Beratung und Begleitung der Betroffenen wie auch der Angehörigen nur im Einzugsgebiet des Brückendienstes als Hintergrunddienst institutionell berücksichtigt. In anderen Regionen beruht sie auf der Verfügbarkeit entsprechender Fachpersonen und der Vernetzung der Grundversorger mit diesen Fachpersonen. Aus den Interviews kann keine flächendeckende Evaluation des heutigen Angebots abgeleitet werden. Aber die regional breit gestreuten und abgestützten Interviews weisen zumindest auf deutliche regionale Unterschiede und Angebotslücken hin.

Koordination der Freiwilligenarbeit

Im Kanton Luzern besteht bereits eine beachtliche regionale Abdeckung an Freiwilligengruppen zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender. Aufgrund der grossen Bedeutung eines frühzeitigen Einbezugs der Freiwilligen, einer möglichst treffenden Zuweisung und einer koordinierten Zusammenarbeit der Freiwilligen mit den Pflegenden wäre es wichtig, die Freiwilligenarbeit systematischer in die palliative Betreuung zu Hause einzubinden.

Wichtige Herausforderungen liegen in den Bereichen:³⁶

- Systematisierung der Freiwilligenkoordination: Führung/ Betreuung/ Coaching/ Einbindung in den Informationsfluss/Monitoring
- Schulung der Freiwilligenkoordinatorinnen
- Weiterbildung der Freiwilligen/Rekrutierungsprozess
- Informationsweitergabe über die Möglichkeit und die Bedingungen des Einsatzes von Freiwilligen gegenüber den Angehörigen/Betroffenen

Massnahmen sollten zu möglichst einheitlichen Standards und Prozessen im Bereich der Freiwilligenkoordination (Führung/ Betreuung/ Coaching/ Einbindung in den Informations-

³⁶ Gentile et al (2013).

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 51/112

fluss/Monitoring), der Rekrutierung und Schulung im Kanton führen. Im Bereich der Freiwilligenkoordination bestehen heute noch grosse Unterschiede und Lücken, die zu Zugangsbarrieren für den Einsatz im privaten Wohnumfeld führen und die rechtzeitige Einbindung von Freiwilligen als Teil des notwendigen Unterstützungsnetzwerks behindern.³⁷

Finanzierung

Eine zentrale Lücke in der heutigen Versorgung besteht in der Sicherstellung der Finanzierung der spezialisierten Palliative Care und der Nachtdeckung. Im Prinzip sind zwei grundlegende Hindernisse zu überwinden:

- Die Kosten der spezialisierten Palliative Care aber auch gewisser Palliative Care Leistungen der Grundversorgung sind noch nicht hinreichend und transparent in den verschiedenen Tarifsystemen (Spitalfinanzierung, TARMED, Finanzierung der Langzeitpflege) abgebildet. Deckungslücken werden aktuell über Leistungsaufträge, die Restfinanzierung der Langzeitpflegekosten, Quersubventionierungen, ein unbezahltes persönliches Engagement von Mitarbeitenden oder Spenden aufgefangen.
- Zugleich ist Palliative Care ein Paradebeispiel für die Bedeutung einer versorgungsbereichsübergreifenden, koordinierten Versorgung. In der Schweiz ist die Finanzierungsverantwortung segmentiert und Einzelleistungsvergütungen dominieren. Dies ist problematisch, wenn der Nutzen versorgungsbereichsübergreifend anfällt, die Kosten jedoch je nach Anbindung an eine Trägerschaft in einem Versorgungsbereich und damit zu Lasten bestimmter Kostenträger (inkl. der Betroffenen).

Die Leistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes und der Sicherstellung einer Nachtdeckung in Palliative Care stärkt die Gesundheitsversorgung in allen Bereichen.

- Spitexorganisationen und Alters- und Pflegeheime werden in der Umsetzung ihres grundlegenden Leistungsauftrags unterstützt und die Qualität der Versorgung angehoben.
- Gleichzeitig werden die Spitäler und ihre Kostenträger durch die Reduktion von Hospitalisationen, Notfalleinweisungen und Wiedereintritten sowie die Vergrösserung der Optionen für Anschlusslösungen nach einem Spitalaufenthalt und einer besseren Vorbereitung von Ein- und Austritten entlastet.³⁸
- Auch die Leistungserbringergruppe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und die Krankenversicherung als Kostenträger werden von einer Verschiebung von Leistungen in das Tätigkeitsfeld von Pflegefachpersonen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes und einer Nachtdeckung durch Pflegefachpersonen entlastet.

Der Nutzen eines solchen spezialisierten Dienstes ist damit weder dem Akut- oder Langzeitpflegebereich noch dem ambulanten oder stationären Bereich eindeutig oder zumindest mehrheitlich zuzuordnen.

³⁷ Gentile et al. (2013) für den Kanton Luzern. Vgl. auch Sottas et al (2012) und BAG, GDK und palliative.ch (2014b).

³⁸ Beispiele sind die Reduktion von Notfalleintritten aufgrund medizinischer Unsicherheiten oder der Überlastung der Angehörigen, eine höhere Qualität in der stationären Behandlung und Begleitung bei kurzen Aufenthaltsdauern durch besser vorbereitete Eintritte, eine nachhaltigere Umsetzung der Ziele der Austrittsplanung, indem Einschätzungen vor Ort die Austrittsplanung stabilisieren und Behandlungspläne leichter weitergeführt werden können.

3.5. Zusammenfassung der Resultate der Erhebung der Ist-Situation

Zentrale Datengrundlage

- Mehr als 80 Prozent der jährlich ca. 2'900 Sterbefälle im Kanton Luzern ereignen sich in einer stationären Einrichtung (Spitäler, Alters- oder Pflegeheime), Tendenz steigend.
- Eine Annäherung an die Verteilung der Sterbeorte in Nachbarländern (30 Prozent ausserhalb einer stationären Institution) würde dazu führen, dass im Kanton Luzern jährlich zusätzlich 300 Personen im privaten Wohnumfeld bis zum Tod begleitet werden könnten.
- Der Anteil Palliativpatientinnen/-patienten 2013 im Kanton Luzern umfasst auf der Basis einer Abschätzung gemäss nationaler Strategie 1'535 Personen in der Grundversorgung und 384 Personen in der spezialisierten Versorgung.
- Die Bevölkerungsprognosen sagen einen Anstieg der jährlichen Sterbefälle im Kanton Luzern bis ins Jahr 2035 um rund ein Drittel (900 Fälle) auf 3'800 Fälle pro Jahr voraus. Die Zunahme schlägt sich insbesondere in den Altersgruppen «80-89 Jahre» und «90 Jahre und älter» nieder. Dies ist verbunden mit einer steigenden Nachfrage nach Palliative Care.

Netzwerke als zentrale Einheit der Palliative-Care-Versorgungsstrukturen

- Nicht eine einzelne Institution, sondern das Palliative-Care-Netzwerk ist die kleinste Einheit der regionalen Palliativversorgung.
- Zur Abdeckung der vier grundlegenden Dimensionen von Palliative Care ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Organisationen zwingend notwendig.
- Palliative Care ist nicht auf die Begleitung in den letzten Lebenstagen begrenzt. Die Auswertung der Interviews und die Analyse der Aufenthaltsdauer von Palliativpatientinnen und -patienten in stationären Institutionen und ihrer Patientenpfade weisen in vielen Fällen auf kurze Aufenthalte und kurzfristige Wechsel zwischen Versorgungsbereichen hin. In vielen Verläufen wechseln sich komplexe, instabile Phasen mit stabilen Situationen ab.
- Eine angemessene Versorgung setzt daher eine eingespielte Vernetzung und Zusammenarbeit mit einer versorgungsbereichsübergreifenden, auch Notfallszenarien einschliessenden Planung, einer guten Dokumentation und rechtzeitigen, vollständigen Informationsübermittlung sowie einer Übersicht über verfügbare Kapazitäten und Kompetenzen der Netzwerkpartner voraus.
- Ein entsprechendes Angebot einer versorgungsbereichsübergreifenden spezialisierten Palliative Care Versorgung und einer institutionalisierten Zusammenarbeit mit der Grundversorgung existiert aktuell im Wesentlichen erst in der Stadt Luzern und in vertraglich dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern angeschlossenen Gemeinden. In den anderen Spitexregionen ist die Vernetzung nicht institutionalisiert, sondern erfolgt fallbezogen auf der Grundlage der Einschätzung einzelner Fälle. Die Vernetzung richtet sich mehrheitlich auf die Grundversorgung in Palliative Care aus. Es bestehen grosse regionale Unterschiede in der Leistungsfähigkeit der Netzwerke und der Verbindlichkeit ihrer Verfügbarkeit. Zugleich sind die bestehenden regionalen Netzwerke der Grundversorgung wichtige Bausteine eines flächendeckenden Angebots an Palliative Care.

Stand der Versorgung in Bezug auf die einzelnen Leistungserbringergruppen (I)

- **Spitäler:** Es besteht im Kanton Luzern eine hohe Versorgungsdichte durch Spitäler mit einem Leistungsauftrag in spezialisierter Palliative Care (Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Schweizer Paraplegikerzentrum (eingeschränkte auf spezielle Patientinnen-/Patientengruppen)). Der Leistungsauftrag umfasst gemäss dem Leistungsgruppenkonzept gemäss Empfehlungen der GDK unter anderem die Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care und die Beteiligung an einer Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen. Bei 50 Prozent der Patientinnen und Patienten, die im Spital versterben, liegt die Aufenthaltsdauer unter einer Woche.
- **Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag:** Der Kanton Luzern verfügt mit der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof (Standort Stadt Luzern) über ein stationäres Angebot für Patientinnen und Patienten, deren Krankheitssituation mehrheitlich stabil ist, deren Behandlung jedoch durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet ist (und nicht die Infrastruktur eines Spitals erfordert). Die Nachfrage ist geprägt durch eine starke Inanspruchnahme durch kurzfristige Eintritte und Fälle mit kurzen Aufenthaltsdauern. Zuweisungen und Eintritte erfolgen mehrheitlich aus der Region Stadt Luzern und Agglomerationsgemeinden und vereinzelt aus Nachbarkantonen, kaum aus den ländlichen Regionen des Kantons.
Eine private, gemeinnützige Trägerschaft plant mit dem Hospiz Zentralschweiz ein zweites Angebot mit Standort Luzern und Ausrichtung Zentralschweiz für Ende 2016.
- **Alters- und Pflegeheime:** Die Sterbebegleitung gehört zu ihrem Alltag und ihren Kernaufgaben – fast ein Drittel der 4'900 Pflegeplätze werden im Verlauf eines Jahr aufgrund eines Sterbefalls neu vergeben. Neben der Begleitung langjähriger Bewohner/-innen gewinnen kurze Aufenthalte an Bedeutung: 12 Prozent aller Sterbefälle 2012/2013 verzeichneten eine Aufenthaltsdauer von weniger als 30 Tagen. Es bestehen keine einheitlichen Anforderungen im Kanton, was die Heime im Bereich der Palliativ Care Grundversorgung leisten müssen. Patientenpfade und Aussagen aus den Interviews weisen darauf hin, dass die Pflegeheime trotz ihrer Positionierung in der Palliative Care Grundversorgung Bewohnerinnen und Bewohner auch in komplexen Situationen weiter pflegen und betreuen und nicht an eine spezialisierte Institution verweisen.
- **Hausärztinnen und -ärzte:** Sie übernehmen eine zentrale Rolle in der Palliative Care Grundversorgung, sowohl im ambulanten Bereich als auch für Alters- und Pflegeheime. Dies ist verbunden mit einer doppelten Belastung in allen Regionen ohne Heimarztprinzip. Die Rolle, die die interviewten Ärztinnen und Ärzte ihrer Berufsgruppe zuschreiben, umfasst praktisch alle Dimensionen vom Symptommanagement, über das Case-Management, die psychologische Unterstützung, die Beratung in der Entscheidungsfindung und Gestaltung des sozialen Umfelds, die Angehörigenunterstützung bis hin zur Vermittlung von Hilfsmitteln – zusätzlich begleitet vom Anspruch einer rundum Verfügbarkeit. Damit zeichnen sie das Bild des Hausarztes/der Hausärztin als Kern und Hauptlastträger eines virtuellen ambulanten Palliative Care Teams. Kehrseite dieses hohen Anspruchs ist einerseits die Frage, ob die Hausärzte/-innen diese Situation längerfristig bewältigen können (zeitliche Ressourcen), andererseits die Frage, ob nicht Formen der Arbeitsteilung und vernetzten Leistungserbringung möglich wären. Eine Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte ist vor allem auch mit Blick auf die Nachfolgesituation bei Praxen im ländlichen Raum relevant.

Stand der Versorgung in Bezug auf die einzelnen Leistungserbringergruppen (II)

- **Mobiler Palliative-Care-Dienst (MPCD):** Über den Brückendienst der Spitex Stadt Luzern haben 42 Prozent der Wohnbevölkerung des Kantons (Stadt Luzern und der fünf Vertragsgemeinden aus der Agglomeration) aktuell Zugang zu den Leistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes gemäss den Anforderungen der nationalen Strategie. Der Brückendienst besteht aus einem interprofessionellen Team mit Pflegefachpersonen, einer Psychologin, Seelsorgerin und Sozialberaterin, verbunden mit einem medizinischen Hintergrunddienst des Luzerner Kantonsspitals und der Klinik St. Anna. Die Leistungen sind in Zusammenarbeit mit dem Nachtdienst der Spitex Stadt Luzern an 7 Tagen und rund um die Uhr verfügbar.
- **Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag:** Die Versorgung wird im Kanton Luzern (Stand Ende 2014) von 29 Organisationen stark unterschiedlicher Grösse und mit einem unterschiedlichen Leistungsprofil im Auftrag der Gemeinden sichergestellt. Eine Abschätzung der regionalen Verteilung der Anzahl Fälle in der palliativen Grundversorgung und spezialisierten Versorgung und die Auswertung der Austrittsgründe «verstorben» bei den Spitexorganisationen zeigt eindrucksvoll die Grössenunterschiede in der zu erwartenden Nachfrage nach palliativen Leistungen. In vielen Spitexregionen treten komplexe und pflegerisch-technisch anspruchsvolle Situationen unregelmässig und in grösseren Zeitabständen auf, so dass der Aufbau einer «klinischen» Erfahrungsbasis und die Aktualisierung eines entsprechenden Fachwissens bei den kleineren Organisationen intern nur schwierig abzudecken ist.

Anhand von verschiedenen Indikatoren und Leistungsbereichen wurden die Kompetenzen und Ausrichtung der Spitexorganisationen im Bereich Palliative Care erhoben und eine Unterscheidung der Spitexorganisationen in drei Gruppen vorgenommen:

- Typ 1: Eigenes «Kompetenzzentrum» mit umfassendem Leistungsangebot in Palliative Care
- Typ 2: Sensibilisiert für Palliative Care und enge Zusammenarbeit mit Fachpersonen oder einem starken Hintergrunddienst in der Region
- Typ 3: Palliative Care wird als Bestandteil der regulären Pflege verstanden/mit reaktiver Vernetzung und Zusammenarbeit

Die Unterschiede in der Ausrichtung tragen dazu bei, dass die heutige ambulante Versorgung im Bereich der Palliative Care stark von der Wohnortgemeinde abhängt.

- **Angebote in den Dimensionen soziale, psychologische, spirituelle oder seelsorgerische Unterstützung (I):** Eine wichtige Rolle im Bereich der Sozial- und Finanzberatung übernehmen im ambulanten Bereich die Nonprofitorganisationen Caritas Luzern, Krebsliga Zentralschweiz, Parahelp, Pro Infirmis Kanton Luzern, Pro Senectute Kanton Luzern sowie Anlauf- und Beratungsstellen bei den Sozialdiensten der Gemeinden und der Ausgleichskasse Luzern. Ihre Angebote sind aber zumeist nicht aufsuchend. In den Vertragsgemeinden des Brückendienstes der Spitex Stadt Luzern besteht zusätzlich noch Zugang zu einer Sozialberatung durch eine Fachperson der Caritas Luzern, die in das interprofessionelle Team integriert ist.

Das Angebot an seelsorgerischer Unterstützung ist regional sehr unterschiedlich. Es beschränkt sich mehrheitlich auf Angebote der Landeskirchen des Kantons Luzern. Angebote für nicht-christliche Glaubensrichtungen fehlen aus Sicht der Leistungserbringer in den meisten Regionen. Die katholische und die reformierte Landeskirche des Kanton Luzern führen in den Jahren 2013 bis 2015 ein Projekt «Koordinationsstelle Palliativ-Seelsorge im Kanton Luzern» durch, um Grundlagen zu schaffen, das regionale Angebot in der Seelsorge auch ausserhalb der Spitäler, Alters- und Pflegeheime zu stärken.

Stand der Versorgung in Bezug auf die einzelnen Leistungserbringergruppen (III)

- **Angebote in den Dimensionen soziale, psychologische, spirituelle oder seelsorgerische Unterstützung (II):** Der Psychoonkologische Dienst der Krebsliga steht allen Krebspatientinnen und -patienten zur Verfügung, allerdings ohne Hausbesuche. In verschiedenen Spitexregionen der Planungsregionen Seetal, Sursee und Willisau wurde in Interviews auf die Stärkung des regionalen Angebots an Palliative Care aufgrund der Niederlassung einer/eines Psychoonkologin/-onkologen oder einer/eines entsprechend ausgebildeten Psychologin/Psychologen hingewiesen. In anderen Regionen wurde umgekehrt ein fehlender Zugang zu dieser als wichtig erachteten Ressource hervorgehoben
- **Freiwillige:** Der Freiwilligenarbeit kommt eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen zu. Ein fehlendes soziales Umfeld, Ängste und Überlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind ein zentraler Grund, an dem die Begleitung zu Hause oft scheitert. In vielen Regionen des Kantons Luzern bestehen Freiwilligengruppen zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender sowie Entlastungs- und Besuchsdienste unterschiedlicher Trägerschaften. Unterschiede in der Rekrutierung, Führung, Koordination, Schulung und Einbindung in die Prozesse erschweren jedoch die Integration der Freiwilligen in das Betreuungsnetzwerk und die Überwindung der Hürde, die ein «Eintritt» in die private Wohnumgebung bedeutet. Caritas Luzern führt seit 2012 ein Projekt zur Analyse und Stärkung der Freiwilligenkoordination im Kanton durch.

Angebotslücken und Verbesserungspotenziale (I)

Die Auswertung der Bedarfsabklärung ergab für den Kanton Luzern folgende Schwerpunkte bei den Angebotslücken und Verbesserungspotenzialen:

- **Gemeinsames Verständnis:** Es fehlt aktuell in vielen Leistungsbereichen ein gemeinsames Verständnis der wichtigen Akteure für die Grenzen und Möglichkeiten von Palliative Care und eine einheitliche Anwendung der Indikationskriterien. Eine bessere Vernetzung bereits bestehender Angebote und Klärung der Schnittstellen ist anzustreben.
- **Angebot an ambulanter spezialisierter Palliative Care im ganzen Kanton:** Es fehlt ausserhalb der Stadt Luzern und der Vertragsgemeinden des Brückendienstes ein regional differenziertes, aber kantonally koordiniertes Angebot an ambulanter spezialisierter Palliative Care, mit folgender Ausrichtung
 - konsiliarischer Schwerpunkt, aber in begründeten Fällen auch Übernahme von Leistungen in der Behandlung und Pflege vor Ort (flexible Ausrichtung)
 - Unterstützung in allen vier Dimensionen der Palliative Care gemäss den nationalen Leitlinien
 - Zugang für Institutionen der Langzeitpflege und andere sozialmedizin. Institutionen
 - Entlastung/Unterstützung der Hausärztinnen und -ärzte, vor allem im Bereich der Koordination und Nachtdeckung
 - Unterstützung von Organisationen in Prozessentwicklung und der interinstitutionellen Koordination
 - Angebot an organisations-/institutionennaher Weiterbild., Schulung oder Supervision
- **Kapazitäten für kurzfristige Eintritte in Pflegeheime in komplexen Situationen im ganzen Kanton:** Ausserhalb des heutigen Einzugsgebiets der Palliativabteilung des Be-tagtenzentrums Eichhof (im Wesentlichen die Planungsregion Luzern und Agglomerationsgemeinden sowie Nachbarkantone) bestehen keine deklarierten stationären Plätze für kurzfristige Eintritte in komplexen palliativen Situationen, die nicht die Infrastruktur eines Spitals erfordern. Es stellt sich die Frage, in wie weit ein ambulanter mobiler Palliative-Care-Dienst die Rahmenbedingungen für ein dezentrales, wohnortnahes Angebot einzelner, flexibler Betten in Pflegeheimen verbessern könnte. Zudem fehlen geeignete Möglichkeiten für die spitalexterne, stationäre Palliativversorgung jüngerer Patientinnen- und Patienten.

Angebotslücken und Verbesserungspotenziale (II)

- **Nachtabdeckung:** Die Nachtabdeckung in Palliativsituationen mit der kontinuierlichen Verfügbarkeit einer Ansprechperson mit einem medizinischen oder pflegerischen Hintergrund in Palliative Care ist ein wesentlicher Schutz vor der Überlastung einer häuslichen Betreuungssituation und eine wichtige Massnahme gegen Ängste und Unsicherheiten, die zu Spitaleinweisungen und Heimeintritten führen können. Es fehlt ausserhalb der Stadt Luzern und der Vertragsgemeinden des Brückendienstes das Angebot eines Nachtpiketts in spezialisierter Palliative Care und in verschiedenen Spitexregionen auch das Angebot eines Nachtpiketts in der Palliative Care Grundversorgung. Eine Nachtabdeckung mit geplanten Einsätzen wird darüber hinaus institutionalisiert nur in der Spitex Stadt Luzern und den Vertragsgemeinden des Nachtdienstes der Spitex Stadt Luzern in der Planungsregion 1 angeboten. Sie wäre bei einer Ausrichtung auf Palliativpatientinnen und -patienten allein nicht ausgelastet, so dass aus Sicht der Bedarfsabklärung eines mobilen Palliative-Care-Dienstes das Angebot eines Nachtpiketts mit vor Ort Einsätzen in Notfällen im Vordergrund steht.
- **Zugang zu gemeinsamer Dokumentation:** Die arbeitsteilige Leistungserbringung führt zu einer Aufsplitterung der Dokumentation und einem erhöhten Dokumentationsaufwand. Die Verfügbarkeit von wichtigen Informationen ist in Krisensituationen oder Notfällen, die eine rasche Reaktion und/oder den Zugriff auf die vereinbarte Notfallplanung erfordern, nicht immer sichergestellt. Ein elektronisches Dossier würde den Grad der Verfügbarkeit steigern und den Dokumentationsaufwand senken.
- **Regionale Angebotsstruktur in der psycho(-onko)logischen Beratung/seelsorgerischen Begleitung/sozialen Beratung:** Im ambulanten Bereich ist die Einbindung nur im Einzugsgebiet des Brückendienstes institutionell berücksichtigt. In anderen Regionen beruht sie auf der Verfügbarkeit entsprechender Fachpersonen und der Vernetzung der Grundversorger mit diesen Fachpersonen. Hier bestehen deutliche regionale Unterschiede und Angebotslücken.
- **Koordination der Freiwilligenarbeit:** Um das Potenzial der Freiwilligenarbeit und der bestehenden regionalen Freiwilligengruppen ausschöpfen zu können, wäre es wichtig, die Freiwilligenarbeit systematischer in die palliative Betreuung zu Hause einzubinden. Wichtige Herausforderungen liegen in den Bereichen Systematisierung der Freiwilligenkoordination (Führung/ Betreuung/ Coaching/ Einbindung in den Informationsfluss/Monitoring), Schulung der Freiwilligenkoordinatorinnen und Weiterbildung der Freiwilligen.
- **Finanzierung:** Eine zentrale Lücke in der heutigen Versorgung besteht in der Finanzierung der spezialisierten Palliative Care und der Nachtabdeckung. Die Kosten der spezialisierten Palliative Care sind noch nicht hinreichend und transparent in den verschiedenen Tarifsystemen (Spitalfinanzierung, Tarmed, Finanzierung der Langzeitpflege) abgebildet. Zugleich ist Palliative Care ein Paradebeispiel für die Bedeutung einer versorgungsbereichsübergreifenden, koordinierten Versorgung, die heute noch an die Grenzen eines segmentierten und durch Einzelleistungsvergütungen geprägten Finanzierungssystems stösst. Der Nutzen der Leistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes und der Sicherstellung einer Nachtabdeckung in Palliative Care fällt in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung an: vom Akut- bis zum Langzeitpflegebereich, ambulant und stationär.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 57/112

4. Lösungsansätze für die Ausgestaltung eines Angebots an mobiler Palliative-Care im ganzen Kanton

4.1. Die Ausgestaltung mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen

Die nationale Bestandesaufnahme mobiler Palliative-Care-Dienste (Stand November 2013) durch die Hochschule Luzern im Auftrag des BAG und der GDK zeigt eine breite Vielfalt von Umsetzungs- und Finanzierungsformen der heutigen Angebote.³⁹ Diese Entwicklung ist zum Teil historisch geprägt, ausgehend von der Initiative einzelner Leistungserbringer oder einer Gruppe von Akteuren, die Lücken in den bestehenden Angebotsstrukturen pragmatisch geschlossen haben.

Gemäss den Empfehlungen zu den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz»⁴⁰ besteht ein mobiler Palliativ-Care-Dienst (spitalextern) zur Umsetzung der in Kapitel 1.2.2, S. 11 beschriebenen Aufgaben und Ziele:

- *mindestens aus einem interprofessionellen Team von Medizin und Pflege. Zur Abdeckung eines 24-Stundenbetriebs sind in der Regel mindestens 4-5 vollzeitbeschäftigte Fachpersonen erforderlich.*
- *Ärztliches Personal ist während den regulären Arbeitszeiten jederzeit verfügbar, sowie ausserhalb der regulären Arbeitszeiten als Hintergrunddienstfunktion*
- *Dipl. Pflegefachpersonal jederzeit verfügbar während der regulären Arbeitszeiten*
- *Administratives Personal (Teilzeit)*
- *Fachpersonen der Psychologie/-therapie, Sozialarbeit verfügbar*
- *Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar*
- *Freiwillige Mitarbeitende mit Koordinationsperson verfügbar.*

Ein solcher mobiler Palliativdienst sollte gemäss der European Association of Palliative Care (EAPC) mindestens pro 100'000 Einwohnende, verfügbar während 24 Stunden, bestehen.⁴¹

Die nationale Bestandesaufnahme zeigt, dass diese Empfehlung so in der Schweiz bislang nicht umgesetzt worden ist. Die MPCD bilden in fast allen Kantonen kleinere Organisationseinheiten, oft verbunden mit einer hohen Anzahl kleiner Stellenpensen und Mitarbeitenden mit einer Zweitanstellung. Das den MPCD gemäss Versorgungsstrukturen zugeordnete umfassende Leistungsspektrum wird mehrheitlich bereits selbst in einem Netzwerk von Leistungserbringern erbracht. Die Unterschiede in der Einbindung von Ärztinnen und Ärzten, von der Nachtdeckung, von Psychoonkologinnen und -onkologen, Sozialberatung und Freiwilligenarbeit sind erheblich.

Trotz dieser Heterogenität lassen sich die MPCD in zwei grosse Gruppen mit zwei resp. drei Untergruppen unterteilen, wobei die kontinuierliche Weiterentwicklung und Vernetzung der Angebote zum Teil auch zu Überlappungen zwischen den Gruppen führt.⁴²

³⁹ Wächter, M., Bommer, A. (2014).

⁴⁰ Zitiert nach: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz für Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 39.

⁴¹ Zitiert nach: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz für Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 29.

⁴² Für eine ausführliche Beschreibung siehe Wächter, M., Bommer, A. (2014). Vor allem führt die Vernetzung von regionalen Angeboten aus der Gruppe B mit der Gruppe C vermehrt zu organisationsübergreifenden Ansätzen der Gruppe D.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 58/112

In Kantonen, in denen kein übergeordneter Leistungsauftrag durch den Kanton besteht, sondern die Finanzierung von den einzelnen Gemeinden getragen wird, finden sich Organisationsformen mit einer Spitexbewilligung:

- Gruppe A: Der MPCD als **spezialisierte Spitexorganisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein** (oft Krebsliga) **oder einer Stiftung**, zum Teil mit Leistungsaufträgen von Städten und Gemeinden (6 MPCD in den Kantonen AG, SG/AI/AR, SH, SO, ZH). Die Finanzierung durch die öffentliche Hand erfolgt über die Restfinanzierung von Pflegekosten. Ein substantieller Anteil der Finanzierung wird mit Spendengeldern und/oder Mitgliederbeiträgen sichergestellt.
- Gruppe B: Der MPCD als **Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung** (5 MPCD in den Kantonen BS, BE, LU, ZH). Die Spitex deckt zumeist eine grössere Stadt oder Versorgungsregion ab.⁴³ Die Finanzierung des MPCD erfolgt im Rahmen der Leistungsaufträge und Restkostenfinanzierung der Pflege und bei nicht kostendeckenden Beiträgen der öffentlichen Hand unter Einsatz von Spendengeldern des Spitexvereins.

Diese mobilen Palliative-Care-Dienste generieren einen Teil ihrer Erträge durch nach Krankenpflege-Leistungsverordnung verrechenbare Pflegeleistungen. Der Deckungsgrad ihrer Kosten wird wesentlich von der Höhe der von den Gemeinden in den Leistungsaufträgen anerkannten Vollkosten bestimmt. Ein Teil der Kosten wird über Spenden oder auch eine Quersubventionierung aus anderen Leistungsbereichen gedeckt. Ärztinnen und Ärzte sind bei diesen MPCD nicht direkt, sondern zumeist über einen Hintergrunddienst eingebunden.

In anderen Kantonen besteht ein übergeordneter Leistungsauftrag des Kantons, der zum Teil im Rahmen des innerkantonalen Finanzausgleichs oder gesetzlicher Regelungen von den Gemeinden mitfinanziert wird. Hier finden sich folgende Organisationsformen:

- Gruppe C: Der MPCD als **Organisationseinheit eines Spitals** (6 MPCD in den Kantonen BE, BL, GE, TG, VS). Die Finanzierung erfolgt im Wesentlichen als Teil eines Leistungsauftrags des Kantons an das Spital (Ausnahme das Spital Thun).
- Gruppe D: Der MPCD als **versorgungsbereichsübergreifende Institution** (Spital/Spitex/Institutionen der Sozialen Arbeit und Freiwilligenarbeit) mit einem Leistungsauftrag des Kantons (4 MPCD in den Kantonen FR, GR, TI). Seine Finanzierung wird in einer Mischfinanzierung von Beiträgen der öffentlichen Hand, Dienstleistungserträgen und Spenden sichergestellt.
- Gruppe E: Der MPCD wird im Rahmen eines **kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst** ausserhalb von Spitalstrukturen organisiert und finanziert (5 MPCD in Zusammenarbeit der Kantone BE/JU/NE und im Kanton VD).

Diese MPCD finanzieren nur einen geringen oder keinen Teil ihrer spitalexternen Leistungen aus der Verrechnung nach TARMED oder Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Im Wesentlichen werden die Kosten über den Leistungsauftrag und in einigen Fällen ergänzend durch Spenden getragen. In dieser Gruppe sind die Ärztinnen und Ärzte zumeist direkt eingebunden. Die konsilia-

⁴³ Liste der 20 grössten Schweizer Städte (ständige Wohnbevölkerung, Stand 31.12.2012, fett gedruckt Städte mit MPCD der Gruppe B als Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung): **Zürich: 380'777**, Genève: 189'033, **Basel: 165'566**, Lausanne: 130'421, **Bern: 127'515**, Winterthur: 104'468, **Luzern: 79'478**, St. Gallen: 74'111, Lugano: 56'038, Biel/Bienne: 52'351, **Thun: 42'735**, Köniz: 39'375, La Chaux-de-Fonds: 38'267, Fribourg: 36'633, Schaffhausen: 35'413, Chur: 34'087, Vernier: 33'744, Neuchâtel: 33'474, Uster: 32'748, Sion: 31'207.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 60/112

Übernahme einzelner Fallführungen bewegen. Welche Form geeignet ist, das übergeordnete Versorgungsziel im individuellen Fall zu erreichen, hängt von der engen Kooperation und der gemeinsam getragenen Entscheidung aller Beteiligten ab. Für die Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen den MPCD und den Spitexorganisationen der Grundversorgung ist es entscheidend, dass eine vertrauensvolle Zusammenarbeit entsteht und die Spitexorganisationen nicht befürchten, eigene Patientinnen und Patienten an den MPCD zu verlieren.

Die Ausgestaltung der Leistungsaufträge und Finanzierung entscheidet darüber hinaus, in welchem Ausmass die mobilen Palliative-Care-Dienste weitere Aufgaben übernehmen in den Bereichen:

- Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierung,
- Bildung/Supervision,
- Vernetzung der Organisationen/der relevanten Akteure und Beratung auf der Ebene von Organisationen und Netzwerken,
- Entlastung und psychosoziale Beratung für Angehörige sowie Förderung der Freiwilligenarbeit.

Die mobilen Palliative-Care-Dienste verfügen in diesen Tätigkeitsfeldern aufgrund ihrer Vernetzung sowohl mit den Netzwerken der Grundversorger als auch mit anderen spezialisierten Angeboten, mit Institutionen der Weiterbildung und zum Teil auch mit der Forschung über sehr gute Voraussetzungen, die Grundversorgung zu stärken und auch das öffentliche Verständnis von Palliative-Care zu fördern.

4.2. Finanzierung von Leistungen mobiler Palliative-Care-Dienste – IST-Situation in der Schweiz

Palliative Care ist mit seinen zentralen Anforderungen ein Paradebeispiel integrierter Versorgungsstrukturen und -prozesse. Angesichts der Tatsache, dass sich der Einbezug der Palliative Care oft über einen längeren Zeitraum erstreckt, von Übergängen zwischen Versorgungsbereichen und kurzen Aufenthaltsdauern geprägt ist, Leistungen soweit möglich und erwünscht im privaten Wohnumfeld erbracht werden sollen und umgekehrt Pflegeheime komplexe und instabile Fälle soweit möglich selber betreuen, ist es wichtig, dass die entsprechenden Leistungen in allen Versorgungsbereichen gleichermaßen erbracht werden können. Massnahmen, die in einem Bereich eingeleitet wurden, sollten in den anderen Bereichen in der gleichen Qualität fortgeführt werden können.

Palliative Care stellt alle Tarifsysteme für die Vergütung der Leistungen der Krankenversicherung vor die Herausforderung, dass die vier Dimensionen und Handlungsebenen a) körperlich; b) psychisch; c) sozial/familiär/kulturell/organisatorisch und d) existentiell/spirituell/religiös für die Zielerreichung nicht voneinander zu trennen sind. Die Tarifsysteme hingegen arbeiten stark mit einer Abgrenzung zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen einerseits und sozialen, betreuerischen, psychologischen, seelsorgerischen Leistungen andererseits.

Betreuungsleistungen werden mit Ausnahme einer Teilsubventionierung von Leistungen der Hauswirtschaft und Sozialbetreuung einer Spitex mit Leistungsauftrag und einzelnen Entlastungsdiensten mit Leistungsauftrag nur subjektorientiert über die Hilfflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen durch Mittel der öffentlichen Hand mitfinanziert. Im Wesentlichen werden die Kosten von den Patientinnen und Patienten selbst getragen, wenn nicht zusätzlich Spendengelder oder Freiwilligenarbeit ins Spiel kommen.

Je nach Versorgungsbereich (Spital-stationär, Spital-ambulant, niedergelassene Ärzte, Pflegeheime, Spitex) kommen unterschiedliche Prozesse der Tarifstrukturentwicklung, Tarifverhandlungen bzw. Tariffestsetzungen zum Tragen. Die Integration der Palliative Care in die Tarifsysteme ist unterschiedlich weit vorangeschritten. Sie ist in keinem Bereich abgeschlossen. Der Klärungsbedarf in

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 61/112

den Tarifsystemen der verschiedenen Versorgungsbereiche (SwissDRG, Tarmed, anerkannte Voll- oder Normkosten in der stationären und ambulanten Pflege) setzt an unterschiedlichen Punkten an.

Klärung der Tarifstruktur Palliative Care in Spitälern

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat Ende 2013 die «gesamtschweizerisch einheitliche Abgeltung von Leistungen der Palliative Care in der Akutsomatik, in Palliativstationen und in den Spezialkliniken mit Spitalstatus» formal beschlossen. Im Jahr 2015 (SwissDRG 4.0) beruht die Vergütung der Palliativ Care in Spitälern entweder auf Zusatzentgelten zu bestehenden akutsomatischen DRGs (Vergütung seit 01.01.2015) oder auf Tagespauschalen. Die Aufnahme oder Anpassung von Fallpauschalen oder Zusatzentgelten erfolgt immer mit einer mehrjährigen Verzögerung zwischen der Datenerhebung der Kosten und Neuberechnung oder Festlegung der Kostengewichte und Zusatzentgelte. Die Codierung der Zusatzentgelte für «Palliativmedizinische Komplexbehandlungen» (Z93.8A.21-29, abgestuft nach der Dauer der Behandlungsperiode) wurde im Jahr 2012 eingeführt, die Vergütung erfolgt seit 2015. Als weitere Codierung für Zusatzentgelte wurde 2015 die «Spezialisierte Palliative Care, Komplexbehandlung» (Z93.8A.30-34, ebenfalls abgestuft nach Behandlungsdauer) aufgenommen. Die konkrete Vergütung dieser Codes für die spezialisierte Palliative Care wird aufgrund der notwendigen Kostenerhebungen aber erst in zwei bis drei Jahren erfolgen können.

Aufgrund der Erkenntnis, dass aufgrund abweichender abweichende Verweildauern von Fällen mit einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung gegenüber übrigen Fällen und eines durch den Behandlungsverlauf bestimmten Ressourcenverbrauchs die aktuellen Zusatzentgelte für Palliative Care in der Version 4.0 des SwissDRG Systems zu einer teilweise deutlichen Untervergütung führten, wurde die Palliativmedizin einer der Entwicklungsschwerpunkte des SwissDRG 5.0 für das Jahr 2016.⁴⁴ Aufbauend auf umfangreichen Simulationen wurde eine neue eigenständige Basis-DRG «Palliativmedizinische Komplexbehandlung > 7 Behandlungstage» in der Gruppe der Prä-MDC (Major Diagnostic Category) geschaffen, mit dem Ziel, die Abbildungsgenauigkeit deutlich zu verbessern. Die Zusatzentgelte entfallen. Die Fallpauschalen wurden als nicht obligatorisch erklärt, Tarifpartner können weiterhin Tagespauschalen vereinbaren. Der Grad der Kostendeckung wird sich trotz umfangreicher Simulationen erst anhand realer Kostendaten und Fall-Codierungen definitiv überprüfen lassen. Doch gibt die Entwicklung seit 2013 einen guten Einblick in die Konzeption der SwissDRG Tarifstruktur als kostendatenbasiertes, lernendes System.

Die Tarifpartner und die SwissDRG AG beabsichtigen, bis voraussichtlich 2018 ein definitives einheitliches Tarifsysteem für Palliative Care zu entwickeln. In diesem Prozess soll auch die Einführung einer separaten Tarifstruktur (Tagespauschalen) auf der Basis eines Patienten-Klassifikationssystems und des Schweregrades der Behandlung anstelle einer Abrechnung nach diagnoseorientierten Fallpauschalen mit Zusatzentgelten überprüft werden.

Die Mindestmerkmale der «Palliativmedizinischen Komplexbehandlung»⁴⁵ entsprechen der Definition von Palliative Care und ihren Versorgungsstrukturen im umfassenden Verständnis der nationa-

⁴⁴ SwissDRG AG. 8. Informationsveranstaltung SwissDRG - Version 5.0 / 2016. 24.06.2015. S. 19 und 27-29.

http://www.swissdrdg.org/assets/pdf/Infoveranstaltung_2015/150624_Informationsveranstaltung_Praesentation.pdf [letzter Zugriff am 30.09.2015]

⁴⁵ Mindestmerkmale einer «Palliativmedizinischen Komplexbehandlung» sind:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments und Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes bei Aufnahme,
- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter der Leitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin (mindestens 80 Stunden für Fachärzte aus Fach-

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 62/112

len Strategie. Die Mindestmerkmale einer «Spezialisierten Palliative Care, Komplexbehandlung» spitzen ergänzen die Kriterien für die Abrechnung von Leistungen, die in komplexen und instabilen Situationen auf einer eigenständigen, spezialisierten Palliativstation eines Spitals oder in einer Spitalstruktur mit Palliative Care Leistungsauftrag erbracht werden.

In Abhängigkeit von den Verhandlungen und der Datenqualität der Fallcodierungen und Fallcharakterisierungen (Minimal Data Set) der Leistungserbringer besteht die Chance einer zukünftig kostendeckenden Leistungsvergütung im stationären Bereich der Spitäler und Spezialkliniken. Interessant wird sein, welcher Teil der Mindestanforderungen (z.B. ein multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, Kunst- oder Musiktherapie insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche zum Einsatz kommen, oder die Unterstützung und Begleitung durch regelmässige Einzel-, Angehörigen- und Familiengespräche) in welcher Weise in den Kostenberechnungen berücksichtigt werden.

In verschiedenen Kantonen (BS, BL, GE, TG, VS und neu SZ) wurde ein spitalexterner mobiler Palliative-Care-Dienst mit einem Leistungsauftrag des Kantons organisatorisch an das Spital angebunden und ein Teil der Leistungen ergänzend zur Finanzierung durch Fall- oder Tagespauschalen nach SwissDRG oder ambulante Tarife durch den Kanton abgegolten. Dies gilt vor allem für konsiliarische ärztliche und pflegerische spitalexterne Leistungen, welche nicht gegenüber den Patientinnen und Patienten und damit auch nicht gegenüber der Krankenversicherung abgerechnet werden.

In den Kantonen Bern, Luzern und Zürich hält der Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care in Spitälern in Anlehnung an das Leistungsgruppenkonzept des Kantons Zürich (gemäss Empfehlung GDK) unter anderem die Beteiligung an der Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care und die Beteiligung an einer Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanten Leistungserbringer fest. Diese Beteiligungen werden jedoch nicht ausserhalb der Fallpauschalen im Rahmen gemeinschaftlicher Leistungen von den Kantonen vergütet.

In der Gegenüberstellung dieser beiden Finanzierungsmodelle zeigt sich eine unterschiedliche Auffassung über die Kostenbestandteile des Leistungsauftrags, welche in die Spitaltarife eingepreist sind oder sein sollten, sowie den Kostendeckungsgrad, welcher über die Verrechnung von spitalexternen Palliative Care Leistungen nach ambulanten Tarifen (TARMED, KLV-Leistungen der Spitex) oder als Dienstleistungen erzielt werden kann. Es ist offen, in wie weit im Rahmen der Weiterentwicklung des SwissDRG Systems hier eine Klärung und Annäherung erzielt werden kann. Bis dahin bestehen kantonal unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Einbindung der Spitäler in die ambulante, spitalexterne spezialisierte Palliative Care und in die Weiterentwicklung der Prozesse und Standards der regionalen bzw. kantonalen Netzwerke.

disziplinen ohne palliativmedizinische Inhalte in ihrer Weiterbildungsordnung.) in einem dem Gesamtzustand des Patienten gerechten Zimmer,

- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal,
- Multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Arzt und Pflege mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche zum Einsatz kommen: Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie),
- Mindestens wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele,
- Unterstützung und Begleitung durch regelmässige Einzel-, Angehörigen- und Familiengespräche und ggf. entsprechende Massnahmen bei Kindern,
- Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten, gegebenenfalls Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 63/112

Niedergelassene Ärzte und ambulante Spitalleistungen

Das Tarifsystem TARMED ist seit dem 01.01.2004 in Kraft. Die Tarifstrukturen werden von den Tarifpartnern FMH, H+, santésuisse und der Medizinaltarifkommission (MTK) ausgehandelt und vom Bundesrat genehmigt. Die vier Tarifpartner sind bislang in einer einfachen Gesellschaft «TARMED Suisse» zusammengeschlossen, so dass für Anpassungen das Einstimmigkeitsprinzip zwischen den Tarifpartnern notwendig ist. Nachdem eine Tarifrevision zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung unter Wahrung der Kostenneutralität durch die fehlende Einstimmigkeit der Tarifpartner blockiert war, hat der Bundesrat per Verordnung eine Revision auf den 01.10.2014 durchgeführt.

Am 01.03.2015 haben curafutura, FMH, H+ und MTK die «TARMED Suisse AG» gegründet, um eine weitere Überarbeitung der Tarifstruktur bis Ende 2015 voranzutreiben. Es ist offen, in welcher Form die weiteren Verhandlungen unter Einschluss von tarifsuisse bzw. santésuisse geführt werden.

In den letzten Anpassungen des TARMED wurde die Position der Hausärztinnen und -ärzte unter anderem durch die Positionen «Besuchs-Inkonvenienzpauschale» und «Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis» und eine höhere Bewertung der «Notfall-Inkonvenienzpauschalen» gestärkt. Es ist offen, welche Priorität bei der angestrebten Überarbeitung der Tarifstrukturen eine Stärkung der ambulanten spezialisierten Palliative Care und der hausärztlichen Palliativversorgung unter den Tarifpartnern geniesst und in wie weit sich auch die nächste Revision an der Vorgabe einer kostenneutralen Umsetzung messen lassen muss.

In den im Rahmen dieser Studie geführten Interviews stellten die Hausärztinnen und -ärzte jedoch weniger die finanziellen Rahmenbedingungen der Palliative Care als die zeitliche Beanspruchung und die Belastung durch eine hohe Verfügbarkeit in den Vordergrund.

Die Verrechnung von Haus- und Heimbesuchen, Nacht- oder Notfalleinsätzen, von Koordinationsleistungen in Abwesenheit des Patienten oder der Wegzeiten folgt im TARMED einer anderen Struktur als die Vergütung der ambulanten Pflege nach KVG und KLV. Diese ärztlichen Leistungen werden durch die Krankenkassen direkt nach Minuten und über Zuschläge vergütet. Die Krankenkassenbeiträge sind in der ambulanten Pflege hingegen unabhängig von der Länge der Wegzeiten, der Anzahl Nacht- und Wochenendeinsätze oder der Kurzfristigkeit der Einsätze. Werden hausärztliche Leistungen bedarfsgerecht auf eine Pflegefachperson eines mobilen Palliative-Care-Dienstes verlagert und die Hausärztinnen und -ärzte dadurch entlastet, so dürfte dies zu einer finanziellen Entlastung der Krankenversicherung und einer stärkeren Belastung der Restfinanzierer der Pflegeleistungen führen.

Auch die ärztlichen Leistungen eines spezialisierten mobilen Palliative-Care-Dienstes werden nach TARMED abgerechnet, wenn sie nicht über einen Leistungsauftrag des Kantons abgedeckt sind. Nicht verrechnet werden können die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an interprofessionellen Austauschsitzen, die Mitarbeit in der Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Qualitätssicherung, die Teilnahme an Weiterbildungen sowie das «Coaching» von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der Grundversorgung. Der administrative Aufwand dürfte auch die Weiterverrechnung von telefonischen Kurzberatungen in gewissen Fällen übersteigen. Diese Nichtverrechenbarkeit gilt bis auf die beiden letztgenannten Punkte spiegelbildlich für die Ärztinnen und Ärzte sowohl des MPCD als auch der Grundversorgung. Nicht gegenüber der Krankenversicherung abzurechnen sind darüber hinaus ärztliche Konsiliardienste gegenüber Pflegeheimen mit einer Arztpauschale oder medizinischen Pauschale und eine nächtliche Telefonbereitschaft.

Das Schliessen von Lücken in der Abrechnung ärztlicher Leistungen im Bereich der ambulanten Palliative Care liegt wie im Bereich der Spitäler zunächst in den Händen der Tarifpartner und der von ihnen zu beschliessenden Anpassungen der Tarifstruktur. Der zeitliche Rahmen und der Um-

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 64/112

fang der Anpassungen der Tarifpositionen im TARMED sind damit nur schwer prognostizierbar. Entscheidender für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte scheinen gemäss Interviews jedoch die zeitliche Beanspruchung und unmittelbaren Belastungen im Sinne einer hohen Verfügbarkeit (Wochenende und Nacht) zu sein, die vor der Frage nach der finanziellen Abgeltung stehen.

Ein Teil der ärztlichen Leistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes kann Stand der heutigen Tarifstrukturen und der von der Krankenversicherung zugelassenen Typen von Leistungserbringern/Organisationen⁴⁶ aufgrund ihrer Nichtverrechenbarkeit nur indirekt über einen Leistungsauftrag oder die Quersubventionierung einer Trägerorganisation finanziert werden.

Sozialmedizinische Institutionen mit und ohne Palliative Care Auftrag

Gemeinsame Grundlage der Leistungsverrechnung von Pflegeheimen und Spitexorganisationen bildet der Leistungskatalog nach Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Artikel 7. Mit Blick auf Palliative Care, psychische Erkrankungen und instabile und komplexe Situationen allgemein wurde auf den 01.01.2012 die Verrechenbarkeit von Koordinationsleistungen und Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen in die KLV aufgenommen. Diese Leistungen müssen durch spezialisierte Pflegefachpersonen vorgenommen werden, die eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen können.

Ein zusätzliche Erweiterung des Leistungskatalogs nach KLV zur Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial/familiär/kulturell/organisatorisch und existentiell/spirituell/religiös) der Palliative Care, die für das Erreichen der übergeordneten Ziele ineinandergreifen müssen, ist seitens Bundesrat und BAG im Moment nicht vorgesehen. Tätigkeiten und Massnahmen ausserhalb des Leistungskatalogs müssen dann seitens der sozialmedizinischen Institutionen über die Betreuungsleistungen verrechnet oder durch Spenden abgedeckt werden. Die Betreuungsleistungen werden von der Mehrheit der Institutionen unabhängig von der Pflegestufe als Pauschale in Rechnung gestellt und von einer Minderheit in Abhängigkeit von der Pflegestufe verrechnet.

Anstelle einer Überarbeitung des Massnahmenkatalogs der KLV ist eine Überprüfung und Anpassung der Pflegebedarfserhebungsinstrumente auf die Anwendbarkeit in «besonderen» Palliative-Care-Situationen unter Einbezug des BAG, der GDK und des Verbands Curaviva geplant.⁴⁷ Anhand einer Zeitmessung in verschiedenen Pflegeheimen soll überprüft werden, in wie weit die Einstufung in Pflegestufen gemäss der heutigen Pflegebedarfserhebungsinstrumente dem realen Zeitaufwand für ausgewiesene, «codierbare» Palliative-Care-Situationen entspricht, und gegebenenfalls sollen Anpassungen bei der Einstufung vorgenommen werden. Bei diesen Zeitmessungen dürften sich auch Daten zum Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten ergeben, die einen Pflegebedarf von mehr als 240 Minuten pro Tag aufweisen.

Die richtige Abbildung von Palliative Care Situationen in den Pflegebedarfserhebungsinstrumenten und der Zuordnung der Pflegestufen ist auch mit Blick auf eine Zunahme kurzfristiger Aufenthalte oder komplexer und instabiler Situationen und die Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen von Institutionen mit unterschiedlichen Kompetenzen und Ausrichtungen in der Palliative Care entscheidend. Sie betrifft darüber hinaus eine verlässliche und gesetzeskonforme Aufteilung der Kosten auf

⁴⁶ In Deutschland besteht beispielsweise eine Verpflichtung der Krankenkassen, einen Vertrag nach § 132 d SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld mit entsprechenden Leistungserbringern abzuschliessen.

⁴⁷ Die GDK hat hier einen Vorschlag für die Codierung dieser «besonderen» Palliativsituationen erarbeitet, der aber noch nicht publiziert ist.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 65/112

die beiden Positionen Pflege und Betreuung, die angesichts der Unterschiede in den Kostenrechnungen in vielen Kantonen auch unabhängig von Palliativsituationen noch umstritten ist. Zum Teil hat eine Zunahme von komplexen oder instabilen Situationen auch Auswirkungen auf den Skill-Grade-Mix und damit auf die Kosten, indem eine höhere Präsenz (auch in der Nachtdeckung) von diplomiertem Personal notwendig wird.

Die Krankenversicherer spüren eine Zunahme der Komplexität und Instabilität nur anteilmässig über eine Verschiebung der Verteilung der Pflegestufen. Höhere Vollkosten pro Pflegestufe werden durch die öffentliche Hand getragen und eine Erhöhung der durchschnittlichen Betreuungskosten durch die Bewohner/-innen und die Ergänzungsleistungen. Die Anzahl komplexer und instabiler Fälle kann aus der SOMED nicht erschlossen werden, sondern nur die letzten Einstufungen des Pflegebedarfs einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners im Sterbejahr.

Die maximale Pflegestufe berücksichtigt seitens der Krankenversicherungsbeiträge nur einen Zeitaufwand von 220 bis 240 Minuten. Ein höherer Zeitaufwand pro Bewohner/-in und Tag, der Einsatz einer zweiten Person in Krisensituationen oder das Beiziehen einer spezialisierten externen Pflegefachperson wird in den Krankenversicherungsbeiträgen nicht berücksichtigt, sondern fliesst in den Personalaufwand und dann je nach Kostenrechnung anteilmässig in die Restfinanzierung der Pflegevollkosten oder in einen von der Institution zu tragenden negativen Deckungsbeitrag ein.

Die Analyse der Aufenthaltsdauern von Bewohnern und Bewohnerinnen, die in einem Alters- oder Pflegeheim versterben, zeigen im Kanton Luzern einen Anteil von 14 Prozent von Aufenthalten mit einer Dauer von unter einem Monat (siehe Abbildung 9). Die Strukturzeiten (Falladministration, etc.) und der zeitliche Aufwand für Kommunikation und Planung mit den Eintretenden und Unterstützung und Begleitung der Angehörigen verteilen sich dann auf diese begrenzte Aufenthaltsdauer. Ein Pilotprojekt Überbrückungspflege im Kanton Luzern, welches nicht auf die Bedürfnisse von Palliativpatientinnen und -patienten ausgelegt ist, zeigt mit der Vergütung eines Zuschlags für Aufenthalte der Überbrückungspflege für Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt, dass bei der Bereitstellung flexibler und kurzfristiger Kapazitäten Vorhalteleistungen und zusätzliche indirekte Leistungen gegenüber den Klientinnen, Klienten und Angehörigen anfallen, die durch die normalen Tarife nicht abgedeckt sind.

Zusammengefasst bestehen in der Finanzierung der Palliative Care Grundversorgung in Alters- und Pflegeheimen noch erhebliche Unklarheiten über die Abbildung der einzelnen Leistungen in den Pflegebedarfshebungsinstrumenten und in den Kosten- und Leistungsrechnungen. Damit verbunden sind Unsicherheiten über den Grad der Kostendeckung durch die Kostenträger der Pflegefinanzierung. Wenn die Leistungen nicht transparent über die Tarifstrukturen abgebildet und abgegolten werden, besteht die Gefahr, dass finanzielle Barrieren und Fehlanreize geschaffen werden, die verhindern, dass Pflegeheime flexibel und wohnortnah Betten für Palliativpatientinnen und -patienten in komplexen Situationen sowie für kurzfristige Eintritte und/oder Kurzaufenthalte zur Verfügung stellen.

Sozialmedizinische Institutionen mit einem Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care fallen in der Schweiz unter die normale Pflegefinanzierung. Dies bedeutet, dass höhere Kosten in der Pflege entweder über die Restkostenfinanzierung durch die öffentliche Hand oder durch Spenden und Quersubventionierungen gedeckt werden müssen. In verschiedenen Kantonen gehen die Beiträge der Restkostenfinanzierung nicht über die anerkannten Normkosten hinaus. Zum Teil werden den Bewohnern für einen erhöhten Betreuungsaufwand entsprechend angepasste Tagestaxen in Rechnung gestellt oder Defizite werden auch in diesem Bereich über Spenden und Stiftungsgelder getragen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 66/112

Dies gilt auch für die Finanzierung der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof. Sie erfolgt einerseits über die Pflögetaxen nach Krankenversicherungsgesetz und Krankenpflege-Leistungsverordnung aufgrund der allgemeinen Pflegestufen. Der Restfinanzierungsbeitrag Pflege der öffentlichen Hand folgt den Ansätzen der Stadt Luzern für alle Pflegeheime mit Leistungsauftrag. Einzig die Klientinnen und Klienten leisten mit einer um 50 Franken höheren Tagestaxe für Pension, Unterkunft und Betreuung einen höheren Deckungsbeitrag an die Kosten. Die Summe dieser Beiträge ist aufgrund der geschilderten Zusatzaufwände der spezialisierten Pflege und Betreuung und des hohen Anteils an Kurzeintaufenthalt für den Eichhof gemäss Interview aktuell nicht kostendeckend.

Ambulante Palliative Care durch Mobile Palliative-Care-Dienste und Spitexorganisationen

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sieht die gleichen Leistungen bei der Pflege durch Spitexorganisationen und selbständige Pflegefachpersonen wie durch Pflegeheime vor. Dies gilt auch für die im Jahr 2012 eingeführte Verrechenbarkeit von Koordinationsleistungen sowie weiteren Vorkehrungen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.

Damit stehen die Spitexorganisationen vor der gleichen Herausforderung wie die Pflegeheime, trotz der engen Verbundenheit der psychischen, sozialen und spirituell-existenziellen Handlungsdimensionen von Palliative Care eine Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen ausserhalb der Krankenpflege-Leistungsverordnung vorzunehmen. Anders als die Pflegeheime verrechnen Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag jedoch neben den hauswirtschaftlichen Leistungen praktisch keine «sozialbetreuerischen» Leistungen gegenüber ihren Klientinnen und Klienten. Sie müssen deshalb nicht verrechenbare Leistungen im Kontext der Palliative Care auf anderen Wegen finanzieren, wenn diese nicht analog zum Aufwand für die Pflegedokumentation oder Einsatzplanung als notwendige Voraussetzung für die eigentliche Leistungserbringung in die Vollkosten einer Pflegestunde einfließen.⁴⁸

Weitere Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Pflege bestehen in den Tarifstrukturen, Pflegebedarfserhebungsinstrumenten sowie den heutigen Kosten- und Leistungsrechnungen.

Die Spitexorganisationen sind noch nicht in die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) eingeschlossen, obwohl sich in ihrem Leistungsbereich die gleichen Ansprüche an die Transparenz der Kosten- und Leistungsrechnungen stellen. In vielen Kantonen sehen die kantonalen Verordnungen oder die kantonalen oder kommunalen Leistungsaufträge den Einsatz des Bedarfserhebungsinstrumentes RAI-Home Care und eine Kosten- und Leistungsrechnung auf der Basis des Finanzmanuals des Spitex Verbands Schweiz vor. Trotz dieser einheitlichen Grundlage finden sich weiterhin grosse Unterschiede in der Anwendung des Finanzmanuals und damit in den Kosten- und Leistungsrechnungen. Auf der Basis der heutigen Kostenrechnungen ist es schwierig, bei den Spitexorganisationen der Grundversorgung den Einfluss einer qualitativ guten Palliative Care auf die Vollkosten nach Leistungsart abzubilden und in ein Benchmarking einzubeziehen. Das gleiche gilt für den interkantonalen Vergleich der Pflegevollkosten von mobilen Palliative-Care-Diensten.

Bei mobilen Palliative-Care-Diensten, die ihre spezialisierten Leistungen in der Pflege zu einem grossen Teil direkt gegenüber Patientinnen und Patienten und damit auch den Krankenkassen ver-

⁴⁸ Verordnung zum Pflegefinanzierungsgesetz (Pflegefinanzierungsverordnung) des Kantons Luzern, §4, Abs. 2: Die Gemeinden berücksichtigen die notwendigen Leistungen der Leistungserbringer und deren Kosten, insbesondere die Kosten der Ausbildung des Pflegepersonals.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 67/112

rechnen, erfolgt ein wichtiger Teil der Finanzierung über die Restkostenfinanzierung der Pflegevollkosten durch die öffentliche Hand. Die Pflegevollkosten bilden auch eine zentrale Grundlage für die Verrechnung von konsiliarischen Leistungen zwischen dem MPCD und anderen Organisationen wie Pflegeheimen oder anderen sozialmedizinischen Institutionen, falls diese Leistungen nicht über einen Leistungsauftrag der öffentlichen Hand direkt abgegolten werden.

Anhand individueller Kostenrechnungen von mobilen Palliative-Care-Diensten lässt sich zeigen, dass ihre Vollkosten pro verrechenbarer Stunde Pflege aufgrund verschiedener Faktoren wie

- die höhere Qualifikation der Mitarbeitenden
- ein höherer Skill-Grade-Mix,
- höhere Weiterbildungskosten,
- die Vergütung von Nachtbereitschaft, Nacht- und Wochenenddiensten,
- deutlich höhere Wegzeiten,
- Kapazitäten für kurzfristige (Notfall-)Einsätze ausserhalb der geplanten Touren,
- ein höherer Planungsaufwand in komplexen und instabilen Situationen
- ein höherer Dokumentationsaufwand zur Einbindung aller beteiligten Partner
- die Vorbereitung von Klientinnen- und Klientenaufnahmen, die sich noch im letzten Moment zerschlagen können,
- nicht verrechenbare Koordinationsleistungen,
- nicht verrechenbare Beratungs- und Unterstützungsleistungen gegenüber Angehörigen,
- im Durchschnitt markant weniger verrechenbare Stunden pro Klientin und Klient

deutlich über denjenigen einer normalen Pflegestunde in der Grundversorgung liegen. Für die MPCD bedeutet dies, dass sie ihre Pflegevollkosten über eine höhere Restkostenfinanzierung oder einen separaten Leistungsauftrag der öffentlichen Hand decken müssen.

Die Krankenkassenbeiträge an die spezialisierte palliative Pflege sind gleich wie diejenigen an die nicht spezialisierte Pflege. Die Kosten für die Krankenkasse steigen nur mit der Intensität und Dauer der Inanspruchnahme von Leistungen, nicht mit dem Anstieg der Vollkosten nach Leistungsart (unterteilt in Massnahmen der a) Abklärung, Beratung und Koordination, b) Untersuchung und Behandlung, c) Grundpflege). Mit der Einführung der Verrechenbarkeit der Leistungen zur Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen zu Lasten der Krankenversicherung wurde der Kostenfaktor der nicht verrechenbaren Koordinationsleistungen zwar gesenkt. Alle anderen Faktoren, die zu höheren Vollkosten pro verrechenbare Stunde führen, sind von dieser Anpassung unberührt. Sie fallen heute unter die Finanzierungsverantwortung der öffentlichen Hand. Die Aufteilung zwischen Kanton und Gemeinden folgt zumeist den Finanzierungsregeln der Langzeitpflege. Dies bedeutet, dass die zusätzlichen Kosten der ambulanten spezialisierten Palliative Care zu Lasten des Kostenträgers der Restfinanzierung Langzeitpflege gehen, auch wenn die Kostenträger anderer Versorgungsbereiche, vor allem der Spitäler und der ambulanten ärztlichen Versorgung, entlastet werden.

Die voranstehend aufgeführten Kostenfaktoren beeinflussen jeder für sich auch die Kostenrechnung einer Spitexorganisation mit einer qualitativ gut ausgebauten Palliative Care Grundversorgung. Die Grösse der einzelnen Faktoren ist aufgrund der weniger komplexen und stabileren Fälle durchschnittlich weniger ausgeprägt als im Fall der spezialisierten Dienste.

Die verrechneten Stunden in der Palliative Care werden jedoch von praktisch allen Spitexorganisationen der Grundversorgung nicht separat ausgewiesen, sondern fliessen in die Vollkosten Pflege ein. Dies gilt auch für Investitionen in eine gute Palliative Care Grundversorgung wie beispielsweise finanzielle Beiträge an die Aus- und Weiterbildungen von Mitarbeitenden und an Supervisionen oder die Vergütung eines Nachtpiketts. Werden beispielsweise 5 Prozent aller geleisteten Stunden

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 68/112

einer Spitexorganisation in der Grundversorgung als Palliative Care von höher qualifizierten Personen mit einem geringeren Anteil von verrechenbaren zu geleisteten Stunden (aufgrund Wegzeiten, nicht verrechenbaren Koordinations-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Zeitzuschlägen für Nachteinsätze, etc.) zu Vollkosten von 200 Franken gegenüber Vollkosten von 120 Franken einer normalen Pflegestunde erbracht, dann würden die Vollkosten dieser Leistungsart insgesamt nur um 4 Franken auf 124 Franken pro verrechnete Stunde ansteigen. Auf die einzelne Stunde betrachtet, wird ein solcher Aufschlag in den heutigen Kostenrechnungen praktisch nie berechnet und ausgewiesen. Über alle verrechneten Stunden hinweg bedeutet dieser aber eine deutliche Mehrbelastung in der Restfinanzierung der Spitex durch die öffentliche Hand.

Mit dieser Ausgangslage könnte bei einer Weiterverrechnung der Vollkosten eines mobilen Palliative Care Teams gegenüber Spitexorganisationen der Grundversorgung der Fehlanreiz geschaffen werden, dass Spitexorganisationen mit niedrigen Vollkosten bei einem Einkauf der subsidiären Leistungen eines MPCD vor dem hohen Kostenunterschied zurückschrecken könnten und versuchen, die Leistungen mehrheitlich selbst in der ihnen möglichen Qualität zu erbringen. Im Moment der Inanspruchnahme eines MPCD werden dessen höhere Kosten pro geleisteter Stunde und nicht die über das ganze Jahr hinweg in der eigenen Organisation eingesparten Vorhaltekosten und der zusätzliche Nutzen für die Patientinnen und Patienten gesehen.

Mit Blick auf die Schnittstelle der Spitäler zur ambulanten und stationären Nachsorge wurde mit Einführung der Fallpauschalen das Instrument der Akut- und Übergangspflege geschaffen, welche auf Anordnung der Spitalärztinnen und -ärzte befristet auf maximal 14 Tage verordnet werden kann. Die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung folgt zumeist der Spitalfinanzierung. In einzelnen Kantonen, so auch im Kanton Luzern, wurde die Finanzierungsverantwortung den Gemeinden übertragen. In den Leistungsverträgen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern (Spitexorganisationen und Pflegeheime) werden die Kriterien der Anwendbarkeit weiter ausdifferenziert.⁴⁹ Die Leistungsverträge formulieren mehr oder weniger einheitlich fünf Kriterien, von denen vier unmittelbar auf Palliativsituationen übertragen werden können. Einzig das Kriterium: *«Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin, der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.»* wäre zu ergänzen. Das erweiterte Ziel könnte den Aufbau einer stabilen Versorgungsstruktur und die Rückkehr in das private Wohnumfeld als Beitrag an die Lebensqualität am Lebensende umfassen. Umstritten ist auch die Angemessenheit der Begrenzung der Leistungen auf 14 Tage in Palliativsituationen, da die Dauer einer Begleitung in komplexen Situationen oft nicht prognostizierbar ist.

Mobile Palliative-Care-Dienste übernehmen aufgrund ihrer besonderen Stellung im Netzwerk der Leistungserbringer oft zusätzliche Aufgaben in Bereichen der Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierung, der Bildung/Supervision, der Vernetzung von Organisationen/relevanten Akteure und Beratung auf der Ebene von Organisationen und Netzwerken, der Entlastung und psychosozialen Beratung für Angehörige sowie der Förderung der Freiwilligenarbeit. Diese Leistungen werden über einen erweiterten Leistungsauftrag der öffentlichen Hand, Spenden und zu einem geringen Teil auch Dienstleistungserträgen finanziert.

Ein Einblick in die heutigen Kosten- und Leistungsrechnungen von verschiedenen mobilen Palliative-Care-Diensten, die Pflegeleistungen gegenüber der Krankenversicherung und ihren Klientinnen

⁴⁹ Im Kanton Luzern wurden diese Kriterien bereits in der Verordnung zum Pflegefinanzierungsgesetz (Pflegefinanzierungsverordnung) festgehalten.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 69/112

und Klienten verrechnen, als auch von Spitexorganisationen in der Grundversorgung zeigt, dass die Leistungserfassung und die Erstellung der Kosten- und Leistungsrechnungen durch die Organisationen noch zu heterogen ist, um ohne eine nachträgliche Harmonisierung ein Benchmarking zwischen Organisationen unter der Berücksichtigung ihres konkreten Leistungsspektrums und ihrer Klientinnen-/Klientenstrukturen im Bereich Palliative Care durchzuführen.

Diese Ausgangslage erschwert eine Klärung der Abgrenzung nicht verrechenbarer Leistungen, welche als notwendige Voraussetzung zur Erbringung der direkten Pflege beim Klienten bzw. der Klientin vor Ort in die anerkannten Vollkosten einfließen kann, sowie die eigentliche Festlegung der Höhe der Vollkosten unter Ausweis der zentralen Kostenbestandteile. Eine betriebsübergreifende differenzierte Analyse und Auswertung von Kosten- und Leistungsdaten, wie sie im Bereich der Tarifstrukturen SwissDRG und TARMED vorgenommen werden kann, fehlt heute noch im Bereich der ambulanten, spitalexternen Palliativpflege.

Zwischenfazit Finanzierung

Palliative Care ist mit seinen zentralen Anforderungen ein Paradebeispiel integrierter Versorgungsstrukturen und -prozesse, in diesem Fall innerhalb eines Netzwerks spezialisierter Leistungserbringer und Leistungserbringer der Grundversorgung.

Angesichts der Tatsache, dass sich der Einbezug der Palliative Care oft über einen längeren Zeitraum erstreckt, von Übergängen zwischen Versorgungsbereichen und teilweise kurzen Aufenthaltsdauern geprägt ist, Leistungen soweit möglich und erwünscht im privaten Wohnumfeld erbracht werden sollen und umgekehrt Pflegeheime komplexe und instabile Fälle soweit möglich selber betreuen, ist es wichtig, dass die entsprechenden Leistungen in allen Versorgungsbereichen erbracht werden können. Die Zuweisung und Arbeitsteilung zwischen den Bereichen sollte fallbezogen erfolgen. Bei der Weiterentwicklung der Tarifstrukturen (SwissDRG, TARMED, anerkannte Voll- oder Normkosten in der ambulanten Pflege und stationären Langzeitpflege) ist daher zu beachten, dass zentrale Leistungen der Palliative Care wie beispielsweise die aktive, ganzheitliche Behandlung durch ein multidisziplinäres Team oder eine vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung in allen Versorgungsbereichen bedarfs- und kostengerecht abgebildet werden.

Eine sachgerechte Abbildung in den verschiedenen Systemen verringert Fehlanreize innerhalb des Netzwerkes. Zugleich erlaubt sie eine klarere Abgrenzung derjenigen Leistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes, die über die Leistungen der Einzelleistungsvergütungssysteme hinausgehen und in Form eines zusätzlichen Leistungsauftrags oder anderweitig abgegolten werden müssen. Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen ist deshalb eine Verbesserung der Datenerfassung und betriebsübergreifenden Auswertung.

In Bezug auf die Weiterentwicklung der einzelnen Tarifstrukturen stellen sich mit Fokus auf eine angemessene Palliativversorgung im privaten oder gewohnten Wohnumfeld folgende zentrale Fragen:

- **Klärung der Tarifstruktur Palliative Care in Spitälern:** Welche Kosten der Minimalanforderungen aus SwissDRG für die Abrechnung einer Palliativmedizinische Komplexbehandlung (allgemein und spezialisiert) und welche Kosten der Anforderungen der Kantone für die Zulassung auf der Spitalliste als Spital oder Spitalstruktur mit einem Leistungsauftrag in spezialisierter Palliative Care werden in die Weiterentwicklung der Tarifstruktur und Festlegung der Tarifhöhe einfließen? Wichtig mit Blick auf die Vernetzung mit der ambulanten spitalexternen Versorgung ist hier auch die Klärung der Berücksichtigung der Kosten der Beteiligung der Spitäler an der Entwicklung und Evaluation von Prozessen und

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 70/112

- Standards für Palliative Care, an einer Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer.
- **Klärung der Finanzierung von Sozialmedizinischen Institutionen mit einem Palliative Care Leistungsauftrag:** Diese Institutionen sind ein wichtiger Bestandteil der spitalexternen Versorgung, auch als Option, wenn die Begleitung im privaten Wohnumfeld an ihre Grenzen stösst. Aufgrund der höheren Komplexität der Fälle und eines hohen Anteils kurzfristiger Eintritte mit kurzen Aufenthaltsdauern besitzen sie eine andere Kostenstruktur als sozialmedizinische Institutionen in der Palliative Care Grundversorgung. Eine Klärung ihrer Kostenstrukturen und Finanzierungsgrundlagen dürfte auch einen Beitrag zur Klärung der Kostenträger eines Bezugs eines mobilen Palliative-Care-Dienstes durch Pflegeheime leisten, der von rein konsiliarischen Einsätzen bis hin zu einem intensiveren Einbezug dieser Dienste vor Ort reichen kann, um flexible, wohnortnahe Plätze zur Versorgung von Menschen in einer komplexen Palliativsituation, die keine Spitalinfrastruktur benötigt, zu schaffen.
 - **Klärung der Tarifstrukturen in der ambulanten, spitalexternen Palliativpflege:** Anerkannte Vollkosten oder Normkosten bilden im heutigen Finanzierungssystem die eigentlichen Tarife in der ambulanten, spitalexternen Pflege. Eine betriebsübergreifende differenzierte Analyse und Auswertung von Kosten- und Leistungsdaten, wie sie im Bereich der Tarifstrukturen SwissDRG und TARMED vorgenommen werden kann, würde im Bereich der ambulanten, spitalexternen Palliativpflege sowohl in der Grundversorgung wie auch der spezialisierten Versorgung einen wichtigen Beitrag zur Abgeltung dieser Leistungen und Klärung der Finanzierungsverantwortung leisten.

4.3. Ausgestaltung eines flächendeckenden Angebots an Mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern

4.3.1. Wichtige Dimensionen für die Etablierung eines flächendeckenden Angebots im Kanton Luzern aus Sicht der Studie

Die Bedarfsabklärung hat gezeigt, dass mit den Leistungsaufträgen «Palliative Care Kompetenzzentrum» an die Spitäler Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Kantonsspital Nidwalden und das Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil gemäss Spitalliste, mit der Palliativabteilung des Be tagtenzentrums Eichhof und mit dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern bereits zentrale Elemente der spezialisierten Versorgungsstrukturen Palliative Care im Kanton existieren. Dieses Potenzial gilt es in eine flächendeckende Lösung einzubinden. Die Reichweite dieser Angebote ist heute jedoch noch stark auf die Stadt Luzern und die per Vertrag an den Brückendienst der Spitex Stadt Luzern angeschlossenen Agglomerationsgemeinden beschränkt. Zudem ist die mittelfristige Finanzierung noch nicht sichergestellt.

In den anderen Regionen des Kantons ist das Angebot und die Vernetzung in der Palliative Care Grundversorgung unterschiedlich weit fortgeschritten. Die Grösse und Bevölkerungsdichte der insgesamt 29 Spitexregionen des Kantons variiert stark, ebenso die Angebotsdichte und -struktur der hausärztlichen Versorgung.

Diese Heterogenität erfordert regional differenzierte Lösungen, die sich aber an kantonal einheitlichen Standards und gemeinsamen Zielvorgaben orientieren. Aus Sicht der vertieften Bedarfsabklärung sollte sich die Ausarbeitung der Ausgestaltungsvarianten auf die folgenden Dimensionen abstützen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 71/112

Stärkung der Grundversorgung

Die spezialisierte ambulante Palliative Care muss auf eine qualitativ gute und vernetzte palliative Grundversorgung aufbauen können. Dies bedeutet neben der Etablierung eines Angebots an Mobil-Palliative-Care-Diensten für den ganzen Kanton auch einen Ausbau der Palliative Care Grundversorgung durch entsprechende Weiter- und Fortbildung der Leistungserbringer in der Grundversorgung und die Förderung der bestehenden regionalen Vernetzung.

Bei der Ausgestaltung der mobilen Palliative-Care-Dienste sollte das Angebot auf eine Stärkung der Grundversorgung und einen möglichst intensiven Einbezug der Grundversorger ausgerichtet sein. Dies setzt die Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses der Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care zwischen allen Leistungserbringern in der Versorgungskette voraus.

Die Spitäler des Kantons Luzern sind an allen Standorten wichtige Ansprechpartner der Grundversorger in Palliativsituationen. Sie sind, wie die Analyse der Patientepfade und Einzugsgebiete zeigt, eng in die regionalen Patientenströme eingebunden. In den Interviews hat sich gezeigt, dass einzelne regionale Spitexorganisationen ihre Kompetenzen und ihr Angebot an Palliative Care ausgebaut haben oder ausbauen wollen. Diese Ressourcen und Kompetenzen gilt es in die Ausgestaltung regional differenzierter Lösungen einzubeziehen.

Verhältnis zwischen Einsätzen in 1. und 2. Linie

Gemäss Definition der «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» des Bundesamts für Gesundheit (BAG), palliative.ch und der GDK ist ein MPCD vorwiegend konsiliarisch tätig.⁵⁰ In der Praxis zeigte die nationale Bestandaufnahme der Organisationsformen und Finanzierungsgrundlagen von mobilen Palliative-Care-Diensten in der Schweiz eine grosse Bandbreite in der Ausrichtung der Organisationen zwischen rein konsiliarischer Tätigkeit und direkter Beteiligung an der Behandlung, Pflege und Begleitung einer Patientin oder eines Patienten bis hin zur Fallübernahme.

Angesichts der grossen Unterschiede in der Versorgungsdichte und den Fallzahlen in den einzelnen Spitexregionen, einer unterschiedlichen Verfügbarkeit von Palliative Care Kompetenzen und personellen Ressourcen in der Grundversorgung und einer grossen Streuung in der Häufigkeit, Intensität und zeitlichen Dauer von Einsätzen empfiehlt sich aus Sicht der Bedarfsabklärung eine flexible Ausrichtung der Mobil-Palliative-Care-Dienste als geeignete Form für den Kanton Luzern. Die Ausrichtung sollte grundsätzlich konsiliarisch sein, aber fallbezogen sollte auch die Möglichkeit der direkten Beteiligung an Pflegeleistungen vor Ort bis hin zur mit dem Grundversorger abgestimmten Fallübernahme gegeben sein.

Zur Finanzierung dieser Flexibilität in der Ausrichtung sollte die Verrechenbarkeit der medizinisch-pflegerischen Leistungen gegenüber den Patientinnen und Patienten und der Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, auch wenn dadurch ein Koordinationsaufwand bei der Pflegeplanung und Abrechnung (u.a. der Patientenbeteiligung und Restfinanzierung) entsteht.

Organisations- und Prozessentwicklung / Schulung / Weiterbildung

Der mobile Palliative-Care-Dienst ist aufgrund seiner fachlichen Kompetenzen, interprofessionellen Zusammensetzung, Funktion und Vernetzung eine zentrale Ressource zur Stärkung der Palliative-Care-Netzwerke. Aus diesem Grund sollte eine Beteiligung an der Organisations- und Prozess-

⁵⁰ Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 15.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 72/112

entwicklung, Schulung und Weiterbildung innerhalb dieser Netzwerke Teil des Leistungsauftrags und der Kompetenzen der MPCD im Kanton Luzern sein.

Bei der Festlegung des Leistungsauftrags ist die Aufgabenteilung mit dem Verein Palliativ Luzern und in zweiter Linie mit dem Spitex Kantonalverband Luzern, Curaviva Luzern und der Ärztesellschaft Kanton Luzern abzustimmen.

Zugang zu den konsiliarischen Leistungen der MPCD

Die Interviews und die Analyse der Patientenpfade haben gezeigt, dass Pflegeheime und sozialmedizinische Institutionen versuchen, auch komplexere und instabile Fälle soweit möglich ohne Verlegung in eine Institution mit einem Leistungsauftrag in spezialisierter Palliative Care zu begleiten. Zugleich ist der Bedarf an wohnortnahen Kapazitäten für zum Teil kurzfristige Eintritte mit kurzen Aufenthaltsdauern gross. Hier ist zu prüfen, in welcher Form ein MPCD ein dezentrales Angebot an einzelnen, flexiblen Betten auch für komplexere Fälle unterstützen könnte.

Die Ausgestaltung der personellen Ressourcen und der Finanzierungsregelungen sollten im Kanton Luzern aus diesen Gründen den Zugang der Pflegeheime und sozialmedizinischen Institutionen zu den Leistungen der MPCD sicherstellen.

Das gleiche gilt für die Hausärztinnen und -ärzte, die durch eine Aufgabenteilung mit den MPCD in komplexeren Situationen und durch eine geeignete Form der Nachtdeckung entlastet werden.

Angesichts des Anteils der privaten Spitexorganisationen und der selbständigen Pflegefachpersonen an der Versorgung im Kanton Luzern sollte auch der Zugang dieser Leistungserbringer zu den Leistungen der MPCD sichergestellt sein. Umgekehrt sollte ihr Leistungsangebot in das Palliative Care Netzwerk im Kanton einbezogen werden.

Auch wenn Patientinnen, Patienten und ihnen nahestehende Bezugspersonen im nationalen Konzept der Versorgungsstrukturen nur als sekundäre Zielgruppe der MPCD bezeichnet werden, zeigte die nationale Bestandesaufnahme der MPCD eine intensive Inanspruchnahme, die derjenigen der primären Zielgruppen gleich kommt oder sie zum Teil sogar übertrifft.⁵¹ Angesichts des grossen Bedarfs dieser Zielgruppe an Orientierung und Information ist aus Sicht der Studie zu prüfen, in welcher Form die mobilen Palliative-Care-Dienste in Abstimmung und Arbeitsteilung mit der Informations- und Beratungsstelle des Vereins Palliativ Luzern hier im Kanton Luzern einen Beitrag leisten können und sollen.

Interprofessionelle Zusammensetzung

Angesichts der voranstehend genannten Zielgruppen ist die Einbindung von Ärztinnen und Ärzten neben Pflegefachpersonal eine wichtige Anforderung an die Ausgestaltung mobiler Palliative-Care-Dienste im Kanton Luzern. Die Häufigkeit und Art der Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes dürfte in den verschiedenen Versorgungsregionen des Kantons jedoch unterschiedlich ausfallen.

Die Niederlassung der spezialisierten Ärzte des Kantons konzentriert sich auf die Stadt Luzern und die Agglomerationsgemeinden. Darüber hinaus kennen die Pflegeheime der Stadt Luzern das Heimarztprinzip. In den anderen Regionen des Kantons sind die Dichte der Arztpraxen und die Beanspruchung der Hausärztinnen und -ärzte unterschiedlich. Sie übernehmen meistens auch die ärztliche Betreuung der Pflegeheime der Region. Vor allem in den ländlichen Regionen stellen sich

⁵¹ Wächter, M., Bommer, A. (2014), S. 33-34.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 73/112

die Frage des Generationenwechsels und der Nachfolgeregelungen und damit auch die Frage nach sinnvollen Entlastungsmöglichkeiten.

Damit empfiehlt sich aus Sicht der Bedarfsabklärung, dass neben einem telefonischen Konsiliar-dienst in einzelnen Fällen auch konsiliarische ärztliche Einsätze vor Ort möglich sein müssten. Neben ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal ist die Verfügbarkeit der anderen verschiedenen Professionen – Psychotherapeuten, Seelsorgende, Sozialarbeitende – und ihr Einbezug in multidis-ziplinäre Fallbesprechungen und Koordinationssitzungen sicherzustellen.

Nacht- und Wochenendabdeckung

Im Bereich der Nacht- und Wochenendabdeckung wird auf der Grundlage der vertieften Bedarfsab-klärung ein zweistufiges Vorgehen vorgeschlagen. Die Bedeutung der kontinuierlichen Verfügbar-keit von Fachpersonen mit einem entsprechenden ärztlichen und pflegerischen Hintergrund in Palli-ative Care über 24 Stunden und alle Tagen der Woche ist sowohl in der Literatur als auch in den Interviews, die im Rahmen dieser Studie geführt wurden, unbestritten. Abzuwägen ist der Anteil der Leistungen für Palliativpatientinnen und -patienten an der Auslastung von Nachtdiensten mit geplanten regelmässigen Einsätzen und damit die Rechtfertigung für den Aufbau eines noch nicht bestehenden Angebots im Kontext mobiler Palliative-Care-Dienste. Aus Sicht der Studie sollte die Frage der Einführung und Finanzierung von regelmässigen, geplanten Nachteinsätzen im Rahmen der allgemeinen Ausrichtung der Akut-, Übergangs- und Langzeitpflege behandelt werden.

Aus diesem Grund sollten in einem ersten Schritt die mobilen Palliative-Care-Dienste im Kanton Luzern ein Nachtpikett an allen Tagen der Woche mit folgenden Eigenschaften anbieten:

- 24h/7 Tage telefonische Erreichbarkeit des medizinischen und pflegerischen Konsiliar-dienstes beziehungsweise Pikettdienstes des MPCD
- in Notfallsituationen Nachteinsätze durch Fachpersonen des MPCD vor Ort
- Geplante Nachteinsätze in der Stadt Luzern und Agglomerationsgemeinden in Zusammen-arbeit mit dem Nachtdienst der Spitex Stadt Luzern, in den anderen Regionen in einzelnen Fällen unter Einbezug privater Anbieter oder anderer Lösungen

In einem zweiten unabhängigen Schritt wäre dann auch in den Spitexregionen ausserhalb der Stadt Luzern und Agglomeration die Einführung eines Nachtdienstes mit geplanten, regelmässigen Eins-ätzen vor dem Hintergrund des Nutzens für alle Patientinnen- und Patientengruppen zu prüfen.

Koordination der Freiwilligenarbeit stärken

In der vertieften Bedarfsabklärung wurde auf die Bedeutung einer systematischeren Einbindung der Freiwilligenarbeit in die palliative Betreuung zu Hause hingewiesen. Gleichzeitig wurde die bereits beachtliche regionale Abdeckung durch Freiwilligengruppen im Kanton Luzern aufgezeigt.

Massnahmen, die zu möglichst einheitlichen Standards und Prozessen im Bereich der Freiwilligen-koordination, der Rekrutierung und Schulung führen, sollten aufgrund der zentralen, koordinieren-den und zugleich überregionalen Rolle der MPCD in ihren Leistungsauftrag aufgenommen und die verantwortlichen Personen in die Organisation des MPCD eingebunden werden.

Vermittlung von Hilfsmitteln/Notfall- und Reservemedikationen

Die mobilen Palliative-Care-Dienste sollten in Abstimmung mit den regionalen Versorgungsstruk-turen (Spitäler, Apotheken, Gesundheitszentren) einen Beitrag zur Vermittlung von Hilfsmitteln leisten und den Zugang zu Notfall- und Reservemedikationen sicherstellen.

Zugang zu gemeinsamer Dokumentation

Der Bund hat mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) im Juni 2015 einen Rahmen für die Einführung dieser Dossiers und verabschiedet und die Zugangs- und Zugriffsberechtigungen geregelt. Die Spitäler sind bereits gesetzlich verpflichtet, sich als Gemeinschaft oder Mitglied einer Gemeinschaft für die Bearbeitung von Daten eines elektronischen Patientendossiers zertifizieren zu lassen.

Angesichts der grossen Bedeutung des Zugangs zu einer gemeinsamen Dokumentation in der Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten ist zu prüfen, ob im Kanton Luzern eine Gemeinschaft aus den Spitälern, Pflegeheimen und Spitexorganisationen gebildet werden könnte, aus der heraus in einem Pilotprojekt die für die palliative Betreuung notwendigen Daten in einem elektronischen Dossier abgespeichert werden. Die Patientinnen und Patienten könnten den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern einen abgestuften Zugang zu den Daten, darunter auch zur Patientenverfügung, erteilen. Ein solches Instrument wurde in einem Pilotprojekt im Kanton Solothurn mit dem elektronischen «Betreuungsplan Kanton Solothurn» bereits geschaffen.

4.3.2. Ausgestaltungsvarianten eines kantonal flächendeckenden Angebots

Die voranstehend aufgeführten Dimensionen bilden die Grundlage für die Ausarbeitung von drei Ausgestaltungsvarianten. Diese unterscheiden sich vor allem in der Frage der Organisationsform (eigenständige Organisation oder Anbindung an bestehende Organisationen), des Einbezugs der Organisationen der Grundversorgung sowie der Anzahl und regionalen Verteilung der mobilen Palliative-Care-Dienste im Kanton.

Das nationale Konzept der Versorgungsstrukturen geht gestützt auf die Empfehlungen der European Association of Palliative Care (EAPC) von mindestens einem mobilen Palliative-Care-Dienst (MPCD) pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner aus. In der nationalen Bestandesaufnahme zeigte sich jedoch, dass die meisten MPCD in der Schweiz eine deutlich höhere Bevölkerungsdichte abdecken, mehrheitlich in einer Grössenordnung von 200'000 Einwohnerinnen und Einwohner und darüber hinaus. Dies würde mit Blick auf die Bevölkerungszahl des Kantons Luzern (390'349 Personen Ende 2013) und die heutige Abdeckung des Brückendienstes der Spitex Stadt Luzern mit einem Einzugsgebiet von rund 170'000 Personen (unter Einbezug der Spitexregion Rontal Plus, die zur Planungsregion Langzeitpflege Luzern gehört, wären es 200'000 Personen) eine optimale Anzahl von zwei bis drei Diensten für den Kanton Luzern bedeuten.

In der Studie wurden drei Ausgestaltungsvarianten überprüft:

1. Zentrale Organisation (eigenständige Organisation oder Angliederung an Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Spitex Stadt Luzern oder Verein Palliativ Luzern)
2. Mobile Palliative-Care-Dienste angegliedert an die drei Standorte des Kantonsspitals Luzern und gegebenenfalls an die Klinik St. Anna
3. Dezentrale Organisation der mobilen Palliative-Care-Dienste angegliedert an drei regionale Netzwerke mit einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung

Variante 1: Zentrale Organisation (eigenständige Organisation oder Angliederung an Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Spitex Stadt Luzern oder Verein Palliativ Luzern)

Die erste Variante bündelt das Leistungsspektrum mobiler Palliative-Care-Dienste in einer zentralen Organisation für den ganzen Kanton. Wichtiges Merkmal dieser Variante ist eine klare eigenständige Identität des MPCD mit einer einheitlichen Struktur für den ganzen Kanton. Dieses Modell schliesst die Bildung regionaler Teams nicht aus, um die Wegzeiten vor Ort zu verkürzen.

Ein solcher MPCD kann als eigenständige Organisation geführt werden. In diesem Moment wird aber auf Synergien mit bestehenden Institutionen in Bezug auf eine gemeinsame Nutzung der Infrastruktur, den direkten Austausch von Fachpersonal oder geteilte administrative Prozesse verzichtet.

Bei Angliederung an eine bereits bestehende Organisation mit einem Leistungsauftrag in Palliative Care bieten sich im Kanton Luzern verschiedene Optionen an: Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Spitex Stadt Luzern oder Verein Palliativ Luzern. Sie führen angesichts der Standorte der genannten Institutionen jedoch zu einer weiteren Konzentration des Angebots in der Stadt Luzern.

Tabelle 10 stellt die wichtigsten Stärken und Schwächen dieser Variante gegenüber.

Tabelle 10: Stärken und Schwächen der Variante Zentrale Organisation

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> – Klare Identität des MPCD und klare Abgrenzung des Leistungsangebots – Sichtbare Fachkompetenz – Einheitliche Struktur für den ganzen Kanton, klare Ansprechstrukturen – Einsicht in Angebotsstrukturen ganzer Kanton – Höhere Fallzahl, hohe Erfahrungswerte 	<ul style="list-style-type: none"> – Inkaufnahme Wegzeiten oder Standortwahl Satelliten – Sicherstellung der Konstanz der Auslastung – Distanz zur Grundversorgung / erschwelter Aufbau von Zusammenarbeit – Schwacher oder nur indirekter Kontakt zu den regionalen Unterstützungsnetzwerken – Einbezug der bereits bestehenden Leistungserbringer / Erfahrungen – Weitere Konzentration des Angebots in Luzern

Quelle: Eigene Darstellung

Zentrale Stärken dieser Ausgestaltungsvariante sind erstens die höhere Fallzahl aufgrund der Konzentration des Angebots, die zu einem raschen Aufbau und einer ständigen Aktualisierung des klinischen Erfahrungswissens führen, und zweitens die klare Identität des mobilen Palliative-Care-Dienstes und eine klare Abgrenzung des spezialisierten Angebots von den Leistungen der Grundversorgung. Der MPCD erhält darüber hinaus Einsicht in die Angebotsstrukturen des ganzen Kantons und kann diese für eine einheitliche Ausgestaltung der Schnittstellen und die Erarbeitung und Einhaltung gemeinsamer Standards in der Palliative Care Versorgung im ganzen Kanton nutzen.

Wichtige Schwächen dieser Lösung liegen in der Distanz zur Grundversorgung und einem indirekten und nur punktuellen Zugang zu den regionalen Unterstützungsnetzwerken der Palliative Care Grundversorgung. In dieser Variante müssten längere Wegzeiten in Kauf genommen werden, wenn nicht regionale Teams etabliert werden. Wahrscheinlich würde dies eine konsiliarische Ausrichtung fördern und fallbezogene flexible Arrangements, auch mit Blick auf eine kontinuierliche Auslastung der Mitarbeitenden erschweren.

In der Planungsregion Luzern sind heute die Leistungen der spezialisierten Palliative Care auf verschiedene Schultern verteilt und wirken in die ambulante spezialisierte Versorgung hinein (u.a. telefonischer medizinischer Konsiliardienst und medizinischer Hintergrunddienst des LUKS, Brückendienst und Nachtpikett der Spitex Stadt Luzern). Sie funktionieren als Netzwerk unter Einbezug der verschiedenen Akteure (Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Spitex Stadt Luzern, Betagtenzentrum Eichhof, Verein Palliativ Luzern). Es stellt sich die Frage, welchen Einfluss der Zusammenzug der Leistungen in einer kantonalen Lösung und eigenständigen Organisation auf die Balance dieses Netzwerks hat.

Variante 2: MPCD angegliedert an die drei Standorte des Kantonsspitals LUKS und gegebenenfalls die Klinik St. Anna

Die zweite Variante berücksichtigt die starke Einbindung der Spitäler in die regionalen Patientenströme und die Versorgung einer grossen Gruppe von Palliativpatientinnen und -patienten (mit oft onkologischen oder neurologischen Grunderkrankungen). In vielen Kantonen werden die Fachkompetenz der Spitäler und Synergien mit internen Palliativ-Konsiliardiensten genutzt, um darauf aufbauend auch spitalextern einen mobilen Palliative-Care-Dienst anzubieten.

Tabelle 11: Stärken und Schwächen der Variante Angliederung an die Spitäler

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> – Klare Identität/Abgrenzung des Leistungsangebots – Sichtbare Fachkompetenz – Einheitliche Struktur für den ganzen Kanton, klare Ansprechstrukturen – Einbindung in regionale Patientenströme (für Patienten mit einem Kontakt zum Spital), zum Teil auch regionale Austauschforen – Kontakt zu regionalen Zuweisenden – Höhere Fallzahl, hohe Erfahrungswerte – Zugang zu Hilfsmitteln, Notfall- und Reservemedikationen 	<ul style="list-style-type: none"> – Die beiden Standorte Sursee und Wolhusen haben kein eigenes Angebot an spezialisierter Palliative Care, sondern verfügen personengebunden über entsprechende Qualifikationen – Distanz zur Grundversorgung / erschwelter Aufbau von Zusammenarbeit – Für Kontakt zu Patienten ohne Spitalaufenthalt: Distanz und Wahrnehmung der Zuständigkeit als mobiler Dienst – Infrastruktur und personelle Ressourcen – Sicherstellung personeller Ressourcen für den Einsatz vor Ort: eher konsiliarische Ausprägung

Quelle: Eigene Darstellung

Mit der Berücksichtigung aller drei Spital Standorte des Luzerner Kantonsspitals strebt diese Variante eine Einbindung in die regionalen Netzwerke der zuweisenden Ärzte und der regionalen Palliative Care Grundversorgung an. Bei der weiteren Ausarbeitung dieser Variante ist zu prüfen, in wie weit auch die Klinik St. Anna spitalextern einen mobilen Palliative-Care-Dienst anbieten würde.

Die zweite Variante teilt mit der ersten Variante die Stärke, dass durch die Zusammenführung der ambulanten mobilen und der stationären spezialisierten Palliative Care eine höhere Fallzahl gegeben ist und damit auch eine kontinuierliche Aktualisierung des klinischen Erfahrungswissens stattfindet. Das Fachwissen der stationären Versorgung kann direkt in die ambulante Versorgung einfließen. Auch in dieser Variante ist eine klare Identität der mobilen Palliative-Care-Dienste als Anbieter von spezialisierter Palliative Care und eine klare Abgrenzung des spezialisierten Angebots von den Leistungen der Grundversorgung gegeben. Eine weitere Stärke dieser Variante ist die bereits erwähnte Einbindung in die regionalen Patientenströme (siehe auch Abbildung 6) und die Vernetzung mit regionalen Zuweisenden wie auch Nachsorgenden.

Eine Schwäche dieser Variante ist die Ausgangslage, dass die beiden Standorte Sursee und Wolhusen kein eigentliches eigenes Angebot an spezialisierter Palliative Care haben, sondern personengebunden über entsprechende Qualifikationen verfügen. Die direkte Angliederung eines mobilen Palliative-Care-Dienstes an diese beiden Standorte würde eine Änderung in der heutigen Aufgabenteilung zwischen den drei Spitalstandorten und eine Aufstockung des Personals bedeuten. Es stellt sich dann unmittelbar die Frage nach der Konstanz der Auslastung und der Verfügbarkeit von personellen Ressourcen für den Einsatz vor Ort.

Die Distanz zur Grundversorgung ist aufgrund der bestehenden regionalen Vernetzung kleiner als in der ersten Variante. Jedoch sind die anderen Versorgungsbereiche nicht direkt in die mobilen Palliative-Care-Dienste eingebunden.

Variante 3: Dezentrale Organisation der MPCD angegliedert an drei regionale Netzwerke mit einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung

Die dritte Variante hat ihren Ausgangspunkt in der sehr heterogenen Gliederung des Kantons. Die Heterogenität spiegelt sich nicht nur in der geographischen und sozio-demografischen Ausgangslage und daraus abgeleitet in den zu erwartenden Fallzahlen. Grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen finden sich auch in den Versorgungsstrukturen.

Die dritte Variante schlägt eine dezentrale Organisation der mobilen Palliative-Care-Dienste angegliedert an drei regionale Netzwerke mit einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung vor. Im Gegensatz zu den ersten beiden Varianten lässt sie je nach Region eine unterschiedliche Aufgabenteilung zwischen Leistungserbringern für die Sicherstellung der zentralen Leistungsmerkmale eines MPCD zu. Als Grundeinheit der mobilen Palliative-Care-Dienste für den Kanton Luzern sieht sie ein regionales Netzwerk vor, in das beispielsweise über die Spitäler hinaus regionale Spitexorganisationen mit entsprechend ausgebildeten Fachpersonen oder niedergelassene Ärzte unter einer regionalen Leitung und Koordination als Team Leistungen in der spezialisierten Palliative Care im Aufgabenspektrum des MPCD erbringen. Zur Entwicklung gemeinsamer Standards, optimierter Schnittstellen und Prozesse und eines gemeinsamen Verständnisses über die Möglichkeiten und Grenzen der Palliative Care im ganzen Kanton stehen die mobilen Palliative-Care-Dienste unter einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung.

Die Einzugsgebiete der Spitäler und die Gliederung der Notfallpraxen und Hintergrunddienste decken sich nicht mit den Gebieten der fünf Planungsregionen Langzeitpflege. Letztere haben darüber hinaus eine sehr unterschiedliche Grösse (zwischen 50'000 und 200'000 Einwohnerinnen und Einwohnern). Mit Blick auf die Fallzahlen und das klinisch relevante Erfahrungswissen und die heutigen Patientenfunde (siehe hierzu auch Abbildung 6) plädiert die Studie für eine Zusammenarbeit über die Grenzen der heutigen Planungsregionen hinaus und schlägt eine Angliederung der MPCD an drei regionale Netzwerke vor.

Tabelle 12: Stärken und Schwächen der Variante Dezentrale Organisation der MPCD angegliedert an drei regionale Netzwerke

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> – Einbezug der Grundversorger / Nähe zu den regionalen Netzwerken – Einbindung in regionale Patientenströme, zum Teil auch regionale Austauschforen – Stärkung der Netzwerkstrukturen der Grundversorgung – Optimierung der Wegzeiten bei Einsätzen vor Ort – Bedarfs- und fallorientierte Möglichkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung – Flexibler Umgang mit unterschiedlicher Auslastung 	<ul style="list-style-type: none"> – Bedingt Einigung der regionalen Leistungserbringer auf Fachpersonen und Leitung im regionalen Netzwerk – Abgrenzung zwischen Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung – Grössere Anzahl Ansprechpartner im Kanton und in der Region – Findet sich in allen Regionen ein medizinischer Hintergrunddienst?

Quelle: Eigene Darstellung

Eine zentrale Stärke der dritten Variante ist es, mit regional differenzierten Lösungen besser auf die unterschiedliche Ausgangslage in den verschiedenen Regionen des Kantons eingehen zu können. Indem die Leistungserbringer der Grundversorgung unter der Voraussetzung der Verfügbarkeit entsprechend ausgebildeter Fachpersonen in die Sicherstellung des Leistungsspektrums des MPCD einbezogen werden (z.B. über Zweitstellung, Übernahme bestimmter Aufgaben im Mandats- oder Auftragsverhältnis), besteht eine grosse Chance für eine unmittelbare Nutzung des Dienstes sowie für eine direkte Stärkung der Palliative Care Grundversorgung. Die regionale Anbindung der

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 78/112

MPCD erlaubt eine Einbindung in die wichtigen regionalen Netzwerke der Grundversorgung und gleichzeitig umgekehrt auch eine Stärkung dieser Netzwerkstrukturen. Die geografische Nähe sollte zu einer Optimierung der Wegzeiten und zu schnellen Umdisponierungen für notwendige, ungeplante Einsätze vor Ort führen. Trotz der regionalen Orientierung sollten auch in dieser Variante Synergien beispielsweise mit dem telefonischen medizinischen Konsiliardienst des Luzerner Kantonsospitals oder dem Nachtdienst und Nachtpikett der Spitex Stadt Luzern als erste telefonische Triagestelle für Patientinnen, Patienten und ihre Bezugspersonen in der Nacht kantonal genutzt werden.

Eine Schwäche dieses Ansatzes bzw. eine Herausforderung stellt die Einigung der regionalen Leistungserbringer auf das zur Verfügung stellen von Fachpersonen und auf die Zuteilung der Leitungsfunktion im regionalen Netzwerk dar. Eine weitere kritische Hürde könnte auch die Etablierung eines regionalen medizinischen Hintergrunddienstes darstellen, der Einsätze vor Ort wahrnehmen kann.

Die grössere Anzahl an Ansprechpersonen und die regionale Ausgestaltung darf nicht zu einer unklaren Wahrnehmung der Möglichkeiten und Versorgungsstrukturen von Palliative Care in der Öffentlichkeit und bei den betroffenen Personen führen. Alle Lösungen müssen ein gleichermassen verbindliches und fassbares Angebot darstellen und sich innerhalb des Kantons an gleichen Standards orientieren. Durch eine einheitliche Datenerfassung und -weiterbearbeitung und eine einheitliche Kosten- und Leistungsrechnung sollten die regionalen MPCD einen gemeinsamen Beitrag zur Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und einer Evaluation der angestrebten Verbesserung der Behandlungspfade und Versorgungsketten leisten. Die medizinisch-pflegerische Gesamtleitung unterstützt die einzelnen MPCD bei diesen Aufgaben.

4.4. Finanzierungsmodelle und Kostenschätzungen

Die Studie schlägt ein Finanzierungsmodell vor, welches Fehlanreize für eine zu späte Inanspruchnahme von bedarfsgerechten Leistungen der spezialisierten Versorgung vermeiden und eine bedarfsgerechte Zuweisung der Klientinnen und Klienten zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung ermöglichen soll.

Das Finanzierungsmodell trennt zwischen:

- a. gegenüber den Klientinnen und Klienten nach TARMED und Krankenpflege-Leistungsverordnung verrechenbaren ärztlichen und pflegerischen Leistungen
- b. konsiliarischen Leistungen gegenüber Pflegeheimen, sozialmedizinischen und anderen Institutionen, die je nach Leistungsauftrag eines MPCD gegenüber der Organisation verrechnet werden oder nicht
- c. nicht verrechenbaren Leistungen eines MPCD, die aber für die Erfüllung der Aufgaben in der Behandlung und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten und den ihnen nahestehenden Bezugspersonen notwendig sind: multidisziplinäre Austauschsitzen, nicht verrechenbare Unterstützungsleistungen gegenüber Betroffenen, nicht verrechenbare Beratungs- und Koordinationsleistungen, vorbereitete, aber nicht zustande gekommene Einsätze, Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, Coachings, Nachtpikett, nicht verrechenbare ärztlich konsiliarische Leistungen
- d. der Einbindung von psychosozialer Beratung, seelsorgerischer Beratung oder einer systematischen Freiwilligenkoordination in das Leistungsangebot eines MPCD
- e. Leistungen des MPCD im Bereich der Schulung, Weiterbildung, Organisations- und Prozessentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen eines erweiterten Leistungsauftrags

In der Abgeltung von Einsätzen vor Ort (Elemente a. und b.) soll das Finanzierungsmodell gegenüber den Wohnortgemeinden und den Spitexorganisationen der Grundversorgung keinen Finanzie-

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 79/112

rungsanreiz setzen, ob eine Pflegefachperson der Basisorganisation in einfachen und stabilen Situationen selbst die Beratung und Behandlung im Rahmen der Palliative Care Grundversorgung durchführt oder aufgrund der Indikation einer komplexen oder instabilen Situation eine spezialisierte Pflegefachperson des mobilen Palliative-Care-Dienstes beizieht. Die Restfinanzierung zu Lasten der Wohnortgemeinde sollte in beiden Fällen annähernd gleich hoch sein.

Unterschiede in den Kostenstrukturen zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung sollen über erstens einen Deckungsbeitrag und zweitens einen Sockelbeitrag abgebildet und abgebolten werden. Bei der Berechnung der Kosten, die über diese beiden Komponenten abgebolten werden sollen, ist es wichtig, transparent zwischen den Kostenanteilen c) bis e) zu trennen, soweit dies mit den heutigen Daten möglich ist.

Leistungsrahmen als Grundlage der Kostenschätzung

Für die Abschätzung des Leistungsrahmens der Pflegeleistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes werden zwei Quellen herangezogen. Zum einen ergab eine Abschätzung auf der Basis der Sterbefälle 2013 in Kapitel 3.1 eine Zahl von 384 Personen, die im Kanton Luzern pro Jahr im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung behandelt werden sollten. Diese Abschätzung schlüsselt die Zahlen nicht nach Versorgungsbereichen auf und macht auch keine Aussage über Mehrfachbehandlungen in verschiedenen Versorgungsbereichen.

Als zweite Quelle werden die bisherigen Klientinnen-, Klienten- und Leistungszahlen des Brückendienstes aus den ersten drei Betriebsjahren herangezogen (siehe Tabelle 7 auf S. 33). In den Jahren 2012 bis 2014 wurden in einem Einzugsgebiet von rund der Hälfte der Wohnbevölkerung des Kantons zwischen 160 und 271 Klientinnen und Klienten pro Jahr betreut. Die durchschnittliche Anzahl verrechneter Stunden pro Klient/-in betrug im Schnitt der drei Jahre 15 Stunden pro Klient/-in und Jahr. Der Median lag deutlich unter dieser Stundenzahl. Aus diesem Grund wird davon ausgegangen, dass die durchschnittliche Stundenzahl von 15 Stunden durchaus als sinnvolle Steuerungsgrösse betrachtet werden kann, die im Schnitt der folgenden Jahre angestrebt werden kann.

Die Annahme von zwischen 350 bis 400 Patientinnen und Patienten pro Jahr und durchschnittlich 15 Stunden pro Fall führt zu einem geschätzten Total von 5'250 bis 6'000 Stunden pro Jahr, die seitens der mobilen Palliative-Care-Dienste bei einem flächendeckenden Angebot im Kanton Luzern in den kommenden Jahren im Rahmen der **ambulanten Pflege zu Hause** erbracht werden.

Im Bereich der **Pflegeheime und sozialmedizinischen** Institutionen beruht die Hochrechnung auf der Annahme von 1 bis 2 Patientinnen bzw. Patienten pro Jahr und Pflegeheim (60 Institutionen: entspricht 60-120 Fällen) sowie maximal weiteren 5 Sterbefällen (von 14 im Jahr 2013) in anderen sozialmedizinischen Institutionen, bei denen ein Einbezug eines MPCD angezeigt erscheint. Dies führt bei durchschnittlich fünf Stunden pro Fall und Jahr (in einem Leistungsmix zwischen rein konsiliarischen Fällen und einer intensiveren Begleitung bei der kurzfristigeren Aufnahme von komplexen Fällen) zu einem Total von 325 bis 625 Stunden pro Jahr.

Im Bereich der Spitäler wird davon ausgegangen, dass rund 10-20 Patientinnen/Patienten ausserhalb der Spitäler mit einem Leistungsauftrag als Palliative Care Kompetenzzentrum durch einen mobilen Palliative-Care-Dienst konsiliarisch begleitet werden müssen. Aufgrund der Kooperationen unter den Spitalern und Spitalstandorten ist davon auszugehen, dass diese konsiliarischen Aufgaben von den Palliativteams der Spitäler selbst wahrgenommen werden.

Tabelle 13 auf der folgenden Seite fasst diesen Leistungsrahmen nochmals zusammen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 80/112

Tabelle 13: Leistungsrahmen nach Versorgungsbereichen

<p>Konsiliarische medizinisch-pflegerische Einsätze, begleitende Einsätze oder Notfalleinsätze vor Ort</p> <p>Ambulante Pflege zu Hause</p> <ul style="list-style-type: none"> - 350 bis 400 Klientinnen/Klienten pro Jahr, die im Rahmen der ambulanten Pflege zu Hause betreut werden - Im Schnitt rund 15 Stunden pro Fall <p>Total: 5'250 bis 6'000 Stunden</p> <p>Pflegeheime oder andere sozialmedizinische Institutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65-125 Klientinnen/Klienten pro Jahr, die in Pflegeheimen oder anderen sozialmedizinischen Institutionen leben - Im Schnitt rund 5 Stunden <p>Total: 325-625 Stunden</p> <p>Spitäler</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10-20 Patientinnen/Patienten pro Jahr in Spitälern ohne einen Leistungsauftrag als Palliative Care Kompetenzzentrum, die durch einen mobilen Palliative-Care-Dienst konsiliarisch begleitet werden - Im Schnitt rund 3 Stunden <p>Total: 30-60 Stunden</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Das Finanzierungsmodell

Das Finanzierungsmodell geht davon aus, dass der direkte Personalaufwand eines MPCD pro direkt geleisteter Stunde spezialisierte Palliativpflege aufgrund einer höheren Qualifikation der Mitarbeitenden, eines höheren Skill-Grade Mixes, eines grösseren Anteils von bezahlter Weiterbildung und eines grösseren Anteils an Abend- und Wochenendzuschlägen höher ist als für eine normale Stunde Behandlungspflege in der Grundversorgung. Zum anderen ist die Produktivität, definiert als der Anteil verrechenbarer Stunden zur Gesamtzahl aller geleisteten Stunden, der Mitarbeitenden eines MPCD pro verrechnete Stunde Pflege aufgrund durchschnittlicher längerer Wegzeiten und eines höheren Anteils an nicht verrechenbaren indirekten Kundenleistungen niedriger als in der Grundversorgung. Beide Effekte führen zu einem deutlich höheren Aufwand pro Stunde bereits vor dem Einbezug weiterer Kosten für Führung, Administration und weiterer Hintergrundleistungen.

Im Finanzierungsmodell wird von der Annahme eines direkten Personalaufwands von Fr. 55.00 pro Stunde Behandlungspflege in der Grundversorgung inkl. Sozialversicherung, Krankheit, Unfall, Pausen und Weiterbildungsabsenzen ausgegangen. Die Produktivität ist pro Spitexorganisation unterschiedlich. Bei einer Produktivität von 50 Prozent läge der Aufwand pro verrechneter Stunde bei 110 Franken, bei einer Produktivität von 45 Prozent bei 122 Franken (vgl. Tabelle 14, oberer Teil). Für die weiteren Berechnungen wird von einem Kostensatz von 120 Franken pro Stunde ausgegangen. Zur besseren Einordnung dieser Grösse wird die Verteilung der Vollkosten nach Leistungsart der gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Luzern im Jahr 2014 in Tabelle 19 im Anhang dargestellt.

Tabelle 14: Grundstruktur des Deckungsbeitrags des Finanzierungsmodells

Behandlungspflege Grundversorgung (normaler Skill-Grade-Mix)							
	Fr. 55.00 pro Stunde inkl. Sozialversicherung, Krankheit, Unfall, Pausen und Weiterbildungsabsenzen			Kosten bei 5'575 geleiste- ten verrechneten Stunden	Kosten bei 6'625 geleiste- ten verrechneten Stunden		
	verre- chenbar	Nicht verrech.	Total				
Produktivität I	50%	50%	Fr. 110.00	Fr. 613'250			Fr. 728'750
Stunden	1.00	1.00	2.00	11'150			13'250
Produktivität II	45%	55%	Fr. 122.22	Fr. 681'389			Fr. 809'722
Stunden	1.00	1.22	2.22	12'389			14'722
Behandlungspflege durch einen mobilen Palliative-Care-Dienst							
	Fr. 67.00 pro Stunde inkl. Sozialversicherung, Krankheit, Unfall, Pausen und Weiterbildungsabsenzen			Kosten bei 5'575 geleiste- ten verrechneten Stunden	Differenz zu Stundenvergü- tung CHF 120 ergibt De- ckungsbeitrag	Kosten bei 6'625 geleiste- ten verrechneten Stunden	Differenz zu Stundenvergü- tung CHF 120 ergibt De- ckungsbeitrag
	verre- chenbar	Nicht verrech.	Total				
Produktivität III	40%	60%	Fr. 167.50	Fr. 933'813	Fr. 264'813	Fr. 1'109'688	Fr. 314'688
Stunden	1.00	1.50	2.50	13'938		16'563	
Produktivität IV	30%	70%	Fr. 223.33	Fr. 1'245'083	Fr. 576'083	Fr. 1'479'583	Fr. 684'583
Stunden	1.00	2.33	3.33	18'583		22'083	
Produktivität V	45%	55%	Fr. 148.89	Fr. 830'056	Fr. 161'056	Fr. 986'389	Fr. 191'389
Stunden	1.00	1.22	2.22	12'389		14'722	

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung.

Bei der Behandlungspflege durch einen mobilen Palliative-Care-Dienst wird aus den genannten Gründen von einem direkten Personalaufwand von Fr. 67.00 pro Stunde inkl. Sozialversicherung, Krankheit, Unfall, Pausen und Weiterbildungsabsenzen ausgegangen.

Die Produktivität liegt aufgrund der höheren Wegzeiten und einem höheren Anteil nicht verrechenbarer indirekter Leistungen für Klientinnen und Klienten unter derjenigen der Spitexorganisationen der Grundversorgung. Sie wird im Modell mit 40 Prozent angesetzt, unter der Voraussetzung, dass weitere nicht verrechenbare Leistungen innerhalb der mobilen Palliative-Care-Dienste wie ein Anteil der übergeordneten Leitungskosten, Koordinationssitzungen, Beratungen in der Organisations- und Netzwerkentwicklung und im Prozessmanagement, nicht verrechenbare Unterstützung von Angehörigen, telefonische Kurzberatungen, telefonische Nachtabdeckung und Pikettdienste oder Freiwilligenkoordination separat erfasst und über den Sockelbeitrag abgegolten werden. Der Deckungsbeitrag soll den höheren Anteil der variablen Kosten pro verrechnete Stunde ausweisen.

Verzichtet man auf die vorgeschlagene Unterscheidung der beiden Arten nicht verrechenbarer Stunden würde die Gesamtproduktivität eines mobilen Palliative-Care-Dienstes eher bei 30 Prozent liegen. Eine Produktivität von 40 Prozent führt auf einen Stundenansatz von 167.50 Franken pro verrechenbare Stunde.

Die Differenz zwischen diesem Stundenansatz und den mit 120 Franken angesetzten Kosten einer Stunde Behandlungspflege in der Grundversorgung in Höhe von 47.50 Franken sollte nicht in die Restfinanzierung durch die Wohnortgemeinden fallen, sondern über einen Deckungsbeitrag an die MPCD auf der Basis der geleisteten Stunden finanziert werden. Die dafür notwendige Zusatzfinanzierung beträgt bei 5'575 verrechneten Stunden 265'000 Franken, bei 6'625 Stunden 315'000 Franken.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 82/112

Die Krankenversicherer, Patientinnen und Patienten und die Wohnortgemeinden leisten über die Finanzierung der 120 Franken pro verrechnete Stunde weiterhin einen Beitrag von 670'000 bis 800'000 Franken an die spezialisierte palliative Pflege. Es ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil dieser Stunden auch in der Grundversorgung ohne entsprechende Zusatzqualifikation angefallen wäre. Ein Teil dieses Betrages stellt aber eine Kostenverschiebung aus anderen Versorgungsbereichen dar (Spitäler, Pflegeheime), wenn der Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die zu Hause betreut werden können, steigt.

Bei pflegerischen Leistungen eines MPCD für Klientinnen und Klienten in Pflegeheimen entfällt die Verrechenbarkeit gegenüber den Krankenversicherern. Hier schlägt das Finanzierungsmodell einen Beitrag der Pflegeheime in der Höhe einer qualifizierten Pflegefachkraft / Leitung pro Stunde (z.B. in Höhe des direkten Personalaufwands von 67 Franken) und eine Restfinanzierung der Deckungslücke bis zu dem Beitrag von 120 Franken pro Stunde über die Gemeinden nach Wohnortprinzip vor. Darüber hinaus käme auch hier der Deckungsbeitrag an die MPCD zum Tragen.

Dieses Finanzierungsmodell käme in allen drei Varianten für die Ausgestaltung der mobilen Palliative-Care-Dienste im Kanton Luzern bei der Abgeltung der nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung verrechenbaren Pflegeleistungen zur Anwendung.

Zusätzlich fallen weitere Kosten der MPCD für die Finanzierung der übergeordneten Leitungskosten (medizinische oder pflegerische Gesamtleitung, Bereichsleitungen regionale Dienste, Koordinationssitzungen, Prozessmanagement) und des zusätzlichen Aufwands für nicht verrechenbare Leistungen (Beratung von Angehörigen, telefonische Kurzberatungen, nicht verrechenbare Koordinationsleistungen), für Piktettdienste oder Supervision an, die über einen Sockelbeitrag den regionalen mobilen Palliative-Care-Diensten abgegolten werden. Dieser Sockelbeitrag ist vor einem Variantenentscheid und der konkreten Ausdifferenzierung der gewählten Variante schwieriger abzuschätzen. Zum Teil hängt er auch davon ab, in wie weit Synergien beispielsweise mit dem telefonischen medizinischen Konsiliardienst des Luzerner Kantonsspitals oder mit dem telefonischen Nachtpikett des Brückendienstes der Spitex Stadt Luzern in ein zukünftiges, flächendeckendes Angebot einfließen können. Zum Teil wird der Sockelbeitrag auch durch den Umfang des Leistungsauftrags der MPCD im Bereich der Netzwerkentwicklung, des Prozess- und Qualitätsmanagements und der Schulung und Weiterbildung bestimmt.

Tabelle 15 nimmt eine grobe Aufwandsschätzung des Sockelbeitrags anhand der Variante 3, einer dezentralen Organisation der MPCD angegliedert an drei regionale Netzwerke vor.

Tabelle 15: Aufwandsschätzung des Sockelbeitrags des Finanzierungsmodells (Variante 3)

Bereich	Aufwand
Medizinische Leitung (Gesamt und pro regionalem MPCD (2), inkl. Sitzungsentschädigungen, nicht verrechenbare Beratung/Koordination): 30-40 Stellenprozent	Fr. 60'000-80'000
Pflegerische Leitung (Gesamt und pro regionalem MPCD (2), inkl. Sitzungsentschädigungen, nicht verrechenbare Beratung/Koordination): 60% Gesamtleitung, 20% pro regionalem MPCD = 100%	Fr. 130'000
Nachtpikett	Fr. 40'000-80'000
Freiwilligenkoordination: 30 %	Fr. 30'000
Weitere Sitzungsgelder und Arbeitsgruppen: interprofessionelle Zusammenarbeit, regionale Koordination	Fr. 20'000
Total	Fr. 280'000-340'000

Sie geht davon aus, dass die Gesamtleitung mit der regionalen Leitung eines der drei MPCD kombiniert wird, um Synergien aus den Leitungsfunktionen zu nutzen. Die Aufwandsschätzung be-

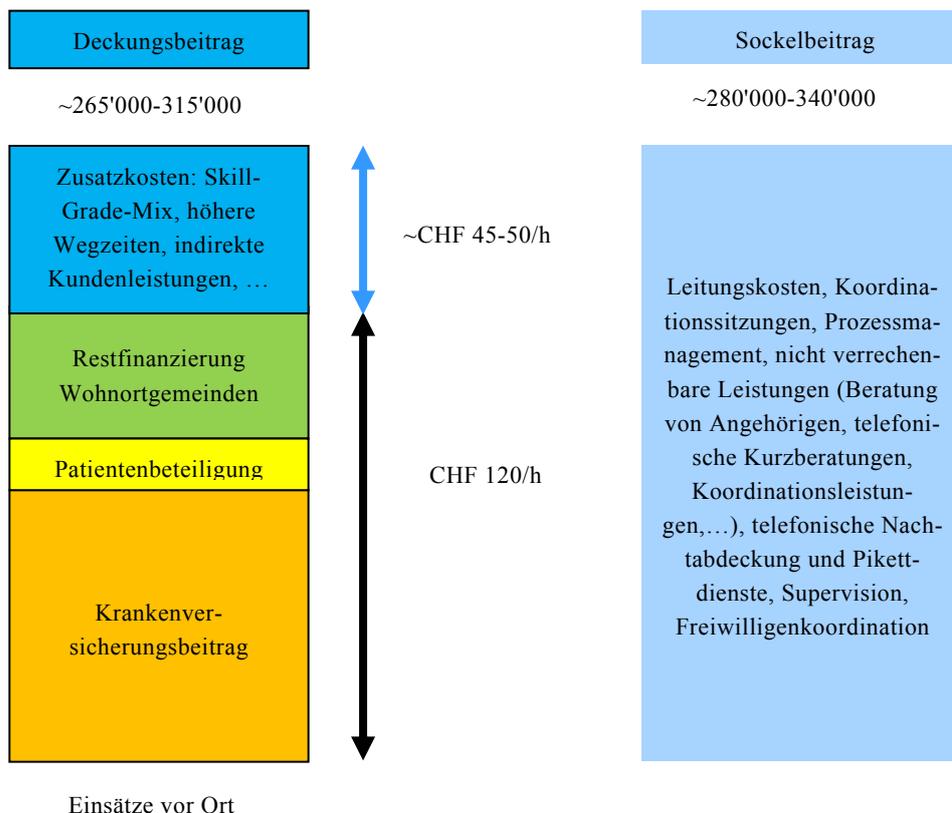
schränkt sich auf die Leistungen und die Koordinationsaufgaben der mobilen Palliative-Care Dienste. In diesem Sinne eingeschlossen in den Aufwand sind multidisziplinäre und interprofessionelle Koordinationssitzungen und Stellenprozente für den Ausbau und die Systematisierung der Freiwilligenkoordination. Nicht abgebildet sind hingegen der direkte Aufwand beispielsweise einer aufsuchenden ambulanten Sozialberatung, die Kosten eines Ausbaus der seelsorgerischen, psychologischen und spirituellen Unterstützung in den verschiedenen Regionen oder die Kosten für die Aus- und Weiterbildung und einer engen Führung und Einbindung der Freiwilligen selbst.

Die grobe Schätzung des Aufwands für den Sockelbeitrag führt auf einen Betrag von 280'000 bis 340'000 Franken.

Eine saubere Abgrenzung zwischen dem Deckungsbeitrag und dem Sockelbeitrag und eine Feinjustierung des Finanzierungsmodells kann erst auf der Grundlage verfeinerter und harmonisierter Kostenrechnungen vorgenommen werden. Im Bereich der Grundversorgung hat der Spitex Kantonalverband Luzern eine interessante Initiative für eine Harmonisierung und Ausdifferenzierung der Kostenrechnungen der Spitexorganisationen gestartet, die auch eine gute Grundlage für verfeinerte Kostenrechnungen der regionalen mobilen Palliative-Care-Dienste bietet.

Abbildung 13 fasst die beiden Säulen der Zusatzfinanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste nochmals zusammen.

Abbildung 13: Die zwei Säulen der Zusatzfinanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste



Quelle: Eigene Darstellung

Der Aufwand für die Zusatzfinanzierung zur Sicherstellung eines Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten im ganzen Kanton beläuft sich in der Summe der beiden Beiträge auf einen geschätzten Gesamtbetrag zwischen 545'000 und 655'000 Franken pro Jahr.

4.5. Zusammenfassung

Die Ausgestaltung mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen (I)

- Die nationale Bestandesaufnahme mobiler Palliative-Care-Dienste (Stand November 2013) durch die Hochschule Luzern im Auftrag des BAG und der GDK zeigt eine breite Vielfalt von Umsetzungs- und Finanzierungsformen der heutigen Angebote. Trotz dieser Heterogenität lassen sich die MPCD in zwei grosse Gruppen unterteilen:
 - In Kantonen, in denen kein übergeordneter Leistungsauftrag durch den Kanton besteht, sondern die Finanzierung von den einzelnen Gemeinden getragen wird, finden sich Organisationsformen mit einer Spitexbewilligung:
 - Der MPCD als spezialisierte Spitexorganisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein (oft Krebsliga) oder einer Stiftung
 - Der MPCD als Fachstelle, Spezialteam oder -dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung
 - In Kantonen mit einem übergeordneten Leistungsauftrag des Kantons, der zum Teil im Rahmen des innerkantonalen Finanzausgleichs oder gesetzlicher Regelungen von den Gemeinden mitfinanziert wird, finden sich folgende Organisationsformen:
 - Der MPCD als Organisationseinheit eines Spitals
 - Der MPCD als versorgungsbereichsübergreifende Institution (Spital/Spitex/Institutionen der Sozialen Arbeit und Freiwilligenarbeit)
 - Der MPCD im Rahmen eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Palliative-Care-Dienst ausserhalb von Spitalstrukturen
- Die Inanspruchnahme der MPCD variiert stark in Abhängigkeit vom Leistungsauftrag und weiteren ergänzenden Angeboten im Kanton. In vielen Kantonen findet sich neben der regelmässigen Inanspruchnahme durch öffentlich-rechtliche oder gemeinnützige Spitexorganisationen auch eine starke Beanspruchung durch sozialmedizinische Institutionen der Langzeitpflege und für Menschen mit Behinderungen sowie Suchtkranke, Hausärztinnen und -ärzte, private Spitexorganisationen und freischaffende Pflegefachleute, Patientinnen, Patienten und Angehörige.
- Die Ausgestaltung der Leistungsaufträge und Finanzierung entscheidet darüber hinaus, in welchem Ausmass die mobilen Palliative-Care-Dienste weitere Aufgaben übernehmen in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierung, Bildung/Supervision, Vernetzung der Organisationen/der relevanten Akteure und Beratung auf der Ebene von Organisationen und Netzwerken, Entlastung und psychosoziale Beratung für Angehörige oder Förderung und Koordination der Freiwilligenarbeit.

Die Ausgestaltung mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen (II)

- Kritische Erfolgsfaktoren für einen Verbleib zu Hause der der gewohnten Wohnumgebung sind aus Sicht der MPCD
 - die rechtzeitige Inanspruchnahme des mobilen Palliative-Care-Dienstes durch die Grundversorger und die Patientinnen, Patienten und Angehörige selbst. Konkurrenzdenken zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung, fehlende Kenntnis der Indikationskriterien für den Beizug eines spezialisierten Dienstes, fehlendes Wissen in der Bevölkerung über die Möglichkeiten und Grenzen der Palliative Care, Verdrängung des Themas bei Betroffenen und ihnen nahestehenden Bezugspersonen sind wichtige Hindernisse, die aktiv überwunden werden müssen.
 - ein starkes soziales Umfeld und die Vermeidung der Überlastung der Betroffenen und ihnen nahestehenden Bezugspersonen, auch durch psychosoziale Faktoren und Ängste. Die MPCD verweisen auf die grosse Bedeutung der sozialen, psychischen und spirituellen Dimension von Palliative Care. Ohne ein entsprechendes Angebot auf diesen Ebenen führt ein Ausbau der ärztlichen und pflegerischen Kompetenzen in spezialisierter Palliative Care nicht zum Ziel.

Finanzierung

- Je nach Versorgungsbereich kommen unterschiedliche Tarifstrukturen und Prozesse der Tarifverhandlungen bzw. Festsetzungen zum Tragen. Die Integration der Palliative Care in die Tarifsysteme ist unterschiedlich weit vorangeschritten. Sie ist in keinem Bereich abgeschlossen. Der Klärungsbedarf in den Tarifsystemen der verschiedenen Versorgungsbereiche (SwissDRG, Tarmed, anerkannte Voll- oder Normkosten in der stationären und ambulanten Pflege) setzt an unterschiedlichen Punkten an. Angesichts der Tatsache, dass sich der Einbezug der Palliative Care oft über einen längeren Zeitraum erstreckt, von Übergängen zwischen Versorgungsbereichen und teilweise kurzen Aufenthaltsdauern geprägt ist, Leistungen soweit möglich und erwünscht im privaten Wohnumfeld erbracht werden sollen und umgekehrt Pflegeheime komplexe und instabile Fälle soweit möglich selber weiter betreuen wollen, ist es wichtig, dass die notwendigen Leistungen der Palliative Care in allen Versorgungsbereichen bedarfsgerecht erbracht werden können und dementsprechend auch in den Tarifsystemen aller Versorgungsbereichen kostengerecht abgebildet sind.
- Die Kosten eines mobilen Palliative-Care-Dienstes (MPCD) können aktuell nicht über die Verrechenbarkeit ihrer Leistungen gedeckt werden, sondern werden über Beiträge aus einem Leistungsauftrag, Quersubventionierungen oder Spenden mitgetragen. Anhand individueller Kostenrechnungen von mobilen Palliative-Care-Diensten lässt sich zeigen, dass ihre Vollkosten pro verrechenbare Stunde Pflege aufgrund verschiedener Faktoren deutlich über denjenigen einer normalen Pflegestunde in der Grundversorgung liegen.
- Die Leistungserfassung und die Erstellung der Kosten- und Leistungsrechnungen durch die mobilen Palliative-Care-Dienste und Spitexorganisationen der Grundversorgung sind heute noch zu heterogen, um ohne eine nachträgliche Harmonisierung ein Benchmarking unter der Berücksichtigung ihres konkreten Leistungsspektrums und ihrer Klientinnen-/Klientenstrukturen im Bereich Palliative Care durchzuführen. Eine betriebsübergreifende differenzierte Analyse und Auswertung von Kosten- und Leistungsdaten, wie sie im Bereich der Tarifstrukturen SwissDRG und Tarmed vorgenommen werden kann, würde auch im Bereich der ambulanten, spitalexternen Palliativpflege einen wichtigen Beitrag zur Klärung der Abgeltung dieser Leistungen leisten.

Ausgestaltungsvarianten eines flächendeckenden Angebots an mobiler Palliative Care

- Aufbauend auf der Analyse der Angebotsstrukturen und der vertieften Bedarfsabklärung wurden drei Umsetzungsvarianten für die Etablierung eines flächendeckenden Angebots an mobilen Palliative Care Diensten im Kanton Luzern ausgearbeitet:
 1. Zentrale Organisation (eigenständige Organisation oder Angliederung an Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Spitex Stadt Luzern oder Verein Palliativ Luzern)
 2. Mobile Palliative-Care-Dienste angegliedert an die drei Standorte des Kantonsspitals Luzern und gegebenenfalls an die Klinik St. Anna
 3. Dezentrale Organisation der mobilen Palliative-Care-Dienste angegliedert an drei regionale Netzwerke mit einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung
- Die erste Variante bündelt das Leistungsspektrum mobiler Palliative-Care-Dienste in einer zentralen Organisation für den ganzen Kanton. Wichtiges Merkmal dieser Variante ist eine klare eigenständige Identität des MPCD mit einer einheitlichen Struktur für den ganzen Kanton. Dieses Modell schliesst nicht aus, dass es zur Bildung regionaler Teams kommt, um die Wegzeiten vor Ort zu verkürzen.
- Die zweite Variante berücksichtigt die starke Eingebundenheit der Spitäler in die regionalen Patientenströme und die Versorgung einer grossen Gruppe von Palliativpatientinnen und -patienten (mit oft onkologischen oder neurologischen Grunderkrankungen). In vielen Kantonen wurden die Fachkompetenz der Spitäler und Synergien mit internen Palliativ-Konsiliardiensten genutzt, um darauf aufbauend auch spitalextern einen mobilen Palliative-Care-Dienst anzubieten.
- Die dritte Variante sieht die Bildung regionaler Teams eingebunden in die regionalen Netzwerke der Grundversorger vor. Je nach Region lässt sie eine unterschiedliche Aufgabenteilung zwischen Leistungserbringern für die Sicherstellung der zentralen Leistungsmerkmale eines MPCD zu. Spitäler, regionale Spitexorganisationen mit entsprechend ausgebildeten Fachpersonen und niedergelassene Ärzte erbringen unter einer regionalen Leitung und Koordination als Team die Leistungen in der spezialisierten Palliative Care im Aufgabenspektrum des MPCD. Zur Entwicklung gemeinsamer Standards, optimierter Schnittstellen und Prozesse und eines gemeinsamen Verständnisses über die Möglichkeiten und Grenzen der Palliative Care im ganzen Kanton stehen die mobilen Palliative-Care-Dienste unter einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung.
- Aufgrund der Bedeutung einer starken und gut vernetzten Grundversorgung und einer angesichts kurzfristiger Übertritte und oft kurzer Aufenthaltszeiten notwendigen guten Abstimmung zwischen den Leistungserbringern sollten alle drei Varianten auf eine Stärkung der Grundversorgung und einen möglichst intensiven Einbezug der Grundversorger ausgerichtet sein. Alle Lösungen müssen ein gleichermassen verbindliches und für die Betroffenen und ihnen nahestehenden Bezugspersonen fassbares Angebot darstellen. Durch eine einheitliche Datenerfassung und -weiterbearbeitung und eine einheitliche Kosten- und Leistungsrechnung sollten die MPCD einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und einer Evaluation der angestrebten Verbesserung der Behandlungspfade und Versorgungsketten leisten.

Finanzierungsmodelle und Kostenschätzungen

- Die Studie schlägt ein Finanzierungsmodell vor, welches die Verrechenbarkeit von Pflegeleistungen nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung ausschöpft und die zusätzlichen Kosten eines mobilen Palliative-Care-Dienstes durch eine Zusatzfinanzierung in Form von einem Deckungsbeitrag und einem Sockelbeitrag abdeckt. Diese Zusatzbeiträge ergänzen die Restfinanzierung der Pflege durch die Wohnortgemeinden in Höhe der im Modell mit 120 Franken angesetzten Kosten einer Stunde Behandlungspflege in der Grundversorgung.
- Der Deckungsbeitrag ist eine Abgeltung für die höheren variablen Kosten pro verrechnete Stunde (u.a. höhere Qualifikationen und höherer Skill-Grade Mix, längere Wegzeiten, grösserer Anteil nicht verrechenbarer indirekter Leistungen für Klientinnen und Klienten, ein höherer Anteil von Abend-, Nacht- und Wochenendzuschlägen). Die Kosten dieses Deckungsbeitrags belaufen sich in der Summe je nach Stundenzahl (5'575 bis 6'625 verrechnete Stunden) auf zwischen 265'000 Franken und 315'000 Franken.
- Der Sockelbeitrag berücksichtigt die Kosten aus übergeordneten Leitungs- und Koordinationsfunktionen (medizinische oder pflegerische Gesamtleitung, Bereichsleitungen regionale Dienste, Koordinationssitzungen, Prozessmanagement) und weiteren nicht verrechenbaren Leistungen (Beratung von Angehörigen, telefonische Kurzberatungen, nicht verrechenbare Koordinationsleistungen), für Pikettdienste oder Supervision eines MPCD. Die Kosten des Sockelbeitrags belaufen sich je nach Umsetzungsmodell auf zwischen 280'000 und 340'000 Franken.
- Der Aufwand für die Zusatzfinanzierung zur Sicherstellung eines Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten im ganzen Kanton beläuft sich in der Summe der beiden Beiträge auf einen geschätzten Gesamtbetrag zwischen 545'000 und 655'000 Franken pro Jahr.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 88/112

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

5.1. Handlungsbedarf zur Umsetzung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung durch mobile Palliative-Care-Dienste im Kanton Luzern

Die Studie weist im Kanton Luzern grosse regionale Unterschiede in der Umsetzung des grundsätzlichen Anspruchs von unheilbar kranken und sterbenden Menschen auf eine angemessene palliative Behandlung, Pflege und Betreuung aus.

Die Analyse der heutigen Angebotsstrukturen und die vertiefte Bedarfsabklärung zeigen auf, dass mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) einen wichtigen Beitrag zu einer angemessenen Versorgung sowohl im Bereich der spezialisierten Palliative Care wie auch – über eine Stärkung der Leistungserbringer und ihrer Vernetzung – im Bereich der Palliative Care Grundversorgung leisten.

Handlungsbedarf zur Umsetzung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung durch mobile Palliative-Care-Dienste im Kanton Luzern besteht in den folgenden Bereichen:

1. Aufhebung der grossen regionalen Unterschiede in der ambulanten palliativen Versorgung im Kanton Luzern

Das heutige Angebot an spezialisierter Palliative Care ist in allen Versorgungsbereichen sehr stark auf die Stadt Luzern und Agglomerationsgemeinden konzentriert. Dazu trägt auch der Standort der wichtigsten Institutionen in der Stadt Luzern bei, der zwar den Wirkungs- und Einzugsbereich des Leistungsangebots nicht zwingend einschränken muss, aber in der Wahrnehmung der Leistungserbringer und der Bevölkerung vor allem in den ländlichen Regionen eine wichtige Zugangsbarriere darstellt.

Eine verbindliche Vernetzung sowohl unter den Leistungserbringern der spezialisierten Versorgungsstrukturen als auch mit der Palliative Care Grundversorgung hat sich erst in der Stadt Luzern und in den dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern angeschlossenen Agglomerationsgemeinden entwickelt. Die mittelfristige Finanzierung der Leistungen dieses Netzwerks ist in verschiedenen Bereichen aber noch nicht sichergestellt.

In den anderen Regionen des Kantons Luzern hängt die Tragfähigkeit der Versorgung in komplexeren Fällen sehr stark von personengebundenen fachlichen Kompetenzen und dem Engagement der Grundversorger ab. Zugleich sind das Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care, die fachlichen Kompetenzen im Bereich Palliative Care und die Verfügbarkeit von psychischen, sozialen, spirituellen und seelsorgerischen Unterstützungsleistungen noch sehr unterschiedlich.

Diese regionalen Unterschiede gilt es durch ein regional verankertes Angebot an ambulanter spezialisierter Palliative Care und eine Stärkung der regionalen Netzwerke auszugleichen.

2. Etablierung eines flächendeckenden Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten

Die Analyse der Angebotsstrukturen und die vertiefte Bedarfsanalyse hat in verschiedenen Bereichen – Zugang zu Angeboten der spezialisierten Palliative Care, Nachtdeckung, Stärkung der Grundversorgung und Aufbau eines versorgungsbereichsübergreifenden gemeinsamen Verständnisses von Palliative Care, Kapazitäten für kurzfristige Eintritte in Pflegeheime, Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte, Zugang zu psychologischer, spiritueller und seelsorgerischer Unterstützung, Stärkung der Freiwilligenarbeit – Angebotslücken und Verbesserungspotenziale identifiziert, die in Kapitel 3.4 näher beschrieben sind.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 89/112

Darauf aufbauend wurden die wichtigsten Anforderungen an die Ausgestaltung eines Angebots an mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern formuliert und drei Umsetzungsvarianten ausgearbeitet.

Aufgrund der Bedeutung einer starken und gut vernetzten Grundversorgung und einer angesichts kurzfristiger Übertritte und oft kurzer Aufenthaltszeiten notwendigen guten Abstimmung zwischen den Leistungserbringern empfehlen die Autorinnen und der Autor der Studie, die Umsetzungsvariante 3 «Dezentrale Organisation der MPCD angegliedert an drei regionale Netzwerke mit einer medizinisch-pflegerischen Gesamtleitung» vertieft zu prüfen. Diese Variante sieht die Bildung regionaler Teams eingebunden in die regionalen Netzwerke der Grundversorger vor. Je nach Region lässt sie eine unterschiedliche Aufgabenteilung zwischen Leistungserbringern für die Sicherstellung der zentralen Leistungsmerkmale eines MPCD zu. Spitäler, regionale Spitexorganisationen mit entsprechend ausgebildeten Fachpersonen und niedergelassene Ärzte erbringen unter einer regionalen Leitung und Koordination als Team die Leistungen in der spezialisierten Palliative Care im Aufgabenspektrum des MPCD.

Diese Variante bietet die grössten Chancen eines Einbezugs und einer Stärkung der Grundversorgung und eines rechtzeitigen und niederschweligen Zugangs zu Leistungen der Palliative Care. Umgekehrt erschliesst sie der spezialisierten Versorgung in komplexen und instabilen Situation die Ressourcen der regionalen Unterstützungsnetzwerke.

3. Finanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste über eine ergänzende Sockelfinanzierung ausserhalb der Restfinanzierung der Pflege durch die Wohnortgemeinden

Die Finanzierung der Aufgaben mobiler Palliative-Care-Dienste ist im Rahmen der heutigen Regelfinanzierung noch nicht sichergestellt. Im Kapitel 4.2 wurden die wichtigsten Gründe für Unterschiede in den Kostenstrukturen der mobilen Palliative-Care-Dienste gegenüber derjenigen der Spitexorganisationen der Grundversorgung aufgezeigt.

Wenn die zusätzlichen Kosten der ambulanten spezialisierten Palliative Care nicht über einen expliziten Leistungsauftrag abgegolten werden, gehen sie häufig zu Lasten des Kostenträgers der Restfinanzierung Langzeitpflege, auch wenn die Kostenträger anderer Versorgungsbereiche, vor allem der Spitäler und der ambulanten ärztlichen Versorgung, entlastet werden.

Die Studie schlägt ein Finanzierungsmodell vor, welches die Verrechenbarkeit von Pflegeleistungen nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung ausschöpft und die zusätzlichen Kosten eines mobilen Palliative-Care-Dienstes durch eine Zusatzfinanzierung in Form von einem Deckungsbeitrag und einem Sockelbeitrag abdeckt. Diese Beiträge ergänzen die Restfinanzierung der Pflege durch die Wohnortgemeinden in Höhe der im Modell mit 120 Franken angesetzten Kosten einer Stunde Behandlungspflege in der Grundversorgung. Die Kosten des Deckungsbeitrags für die höheren variablen Kosten pro verrechnete Stunde belaufen sich in der Summe je nach Stundenzahl auf zwischen 265'000 Franken und 315'000 Franken. Die Kosten des Sockelbeitrags für die Kosten aus übergeordneten Leitungs- und Koordinationsfunktionen und nicht verrechenbaren Leistungen belaufen sich je nach Umsetzungsmodell auf zwischen 280'000 und 340'000 Franken.

Die Zusatzfinanzierung des Deckungs- und des Sockelbeitrags sollte ausserhalb der den Wohnortgemeinden obliegenden Restfinanzierung der Pflege erfolgen, um keine Fehlanreize für eine verzögerte Inanspruchnahme von notwendigen Leistungen der spezialisierten Pflege zu setzen und die Beiträge, die die Gemeinden an eine gute, vernetzte Palliative Care Grundversorgung und weitere gemeindenahen Unterstützungsleistungen leisten müssen, nicht zu konkurrenzieren.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 90/112

4. Verankerung des Anspruchs auf eine angemessene bzw. angepasste Betreuung bei Revision des Pflegefinanzierungsgesetzes

Der Anspruch von unheilbar kranken und sterbenden Menschen auf eine angemessene bzw. angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege wurde im Gesundheitsgesetz und im Spitalgesetz des Kantons Luzern festgehalten. Bei einer Revision des Pflegefinanzierungsgesetzes sollte dieser Anspruch auch im Bereich der ambulanten Pflege und der Hilfen zu Hause sowie der stationären Pflege und Betreuung im Pflegeheim gesetzlich verankert werden.

5. Kapazitäten für kurzfristige Eintritte und kurze Aufenthalte in Pflegeheimen stärken

Die Pflegeheime bilden mit Kapazitäten für kurzfristige Eintritte mit kurzen Aufenthaltsdauern in zum Teil komplexen, aber stabilen Situationen ein wichtiges Glied in der Versorgungskette. Dies gilt, wie das Beispiel der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof zeigt, sowohl für Eintritte von zu Hause als auch aus dem Spital. In der Planungsregion Luzern deckt der Eichhof einen wichtigen Teil des Bedarfs ab. Sein Angebot wird aber von Bewohnerinnen und Bewohnern der anderen Regionen des Kantons nicht genutzt. Mit Blick auf optimierte Versorgungsketten stellt sich die Frage, mit welchen Massnahmen in diesen Regionen ein ausreichendes Angebot an flexiblen Betten für kurzfristige Aufnahmen und kurze Aufenthaltsdauern geschaffen werden kann. Aus Sicht der Studie könnten mobile Palliative-Care-Dienste auch hier einen Beitrag leisten.

6. Monitoring der Leistungen und Patientenpfade

Für eine Evaluation der Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen empfiehlt sich eine Vereinheitlichung der Klientinnen-, Klienten- und Leistungserfassung, um aus den Primärdaten der Leistungserbringer ohne einen grossen Zusatzaufwand aussagekräftige Daten über die Patientinnen- und Patientenpfade und die Leistungsprofile der Netzwerke zu erhalten. Im Rahmen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der SOMED liegen bereits anonymisierte Individualdaten zu den einzelnen Fällen vor. Eine entsprechende Ergänzung mit anonymisierten Individualdaten zu den Leistungen der Spitexorganisationen und der mobilen Palliative-Care-Dienste würde eine wichtige Datenlücke im Bereich der ambulanten Versorgung schliessen.

5.2. Grenzen der Studie / Weiterer Forschungsbedarf

Beitrag zur Weiterentwicklung der Tarifsysteme

Die Berücksichtigung der Palliative Care in den Tarifstrukturen der Regelversorgung ist ein zentraler Faktor. Je nach Versorgungsbereich stellen sich unterschiedliche Herausforderungen in der Weiterentwicklung der Tarifsysteme. Ihnen gemeinsam ist der Bedarf an einer einheitlichen Erfassung und Darstellung von Kosten- und Leistungsdaten. Die Leistungserbringer im Kanton Luzern könnten mit einer durchgängigen Erfassung von Daten in einer hohen Qualität hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Im Bereich der ambulanten, spitalexternen Palliativpflege fehlt heute noch eine betriebsübergreifende differenzierte Analyse und Auswertung von Kosten- und Leistungsdaten, wie sie im Bereich der Tarifstrukturen SwissDRG und TARMED vorgenommen werden kann. Auch hier besteht ein weiterer Bedarf an einer Differenzierung und Harmonisierung der Kosten- und Leistungsrechnungen. Die mobilen Palliative-Care-Dienste könnten im Kanton Luzern von Beginn an eine entsprechend differenzierte Grundlage anstreben und im engen Austausch mit bestehenden Diensten anderer Kantone die Basis für ein interkantoniales Benchmarking legen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 91/112

Stärkung der psychologischen, sozialen, spirituellen und seelsorgerischen Dimension von Palliative Care

Ein stabiles soziales Umfeld und die psychologische, soziale, spirituelle und seelsorgerische Unterstützung der Palliativpatientinnen und -patienten sind eine wichtige Voraussetzung, um den Verbleib im vertrauten Wohnumfeld zu ermöglichen, Spitaleintritte aus der Überlastung heraus zu vermeiden und die Lebensqualität zu fördern. Dies zeigte sich sowohl in der Auswertung der Dokumentenanalyse als auch der Interviews.

In der Berechnung der Kosten eines MPCD im Rahmen der vertieften Bedarfsabklärung wurden die Kosten für interprofessionelle Austausch- und Koordinationsitzungen sowie für personelle Ressourcen zur Förderung der Freiwilligenkoordination berücksichtigt. Nicht näher untersucht wurden hingegen die Kosten einer aufsuchenden ambulanten Sozialberatung, eines Ausbaus der seelsorgerischen, psychologischen und spirituellen Unterstützung in den verschiedenen Regionen oder der Weiter- und Fortbildung und einer engen Führung und Einbindung der Freiwilligen selbst. Die Sicherung dieser Finanzierungsgrundlagen ist eine wichtige zusätzliche Herausforderung.

Einführung einer elektronischen Dokumentation und eines elektronischen Patientendossiers

In der Erhebung wurde wiederholt die Bedeutung einer gemeinsamen Dokumentation für eine optimierte Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten hervorgehoben. Diese Dokumentation sollte auch bei Notfalleinsätzen oder bei der Inanspruchnahme eines Nachtpikettdienstes zugänglich sein.

Im Rahmen der Studie konnten die Voraussetzungen zur Einführung einer elektronischen Dokumentation für Palliativpatientinnen und -patienten nicht näher untersucht werden. Es ist zu prüfen, ob sich um diesen Themenschwerpunkt herum eine e-Health Gemeinschaft im Kanton Luzern bilden kann und ein elektronisches Dossiers für diesen Patientinnen- und Patientenkreis ein Pilotprojekt für die Weiterentwicklung der elektronischen Patientendossiers sein kann. Im Kanton Solothurn wurden beispielsweise bereits Erfahrungen mit einem elektronischen «Betreuungsplan» gewonnen, die dazu herangezogen werden können.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 92/112

6. Bibliografie

- Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative.ch (2014a): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Version vom 15. Juli 2014. Bern
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative.ch (2014b): Formelle Freiwilligenarbeit in der Palliative Care. Empfehlungen für kantonale und kommunale Behörden sowie interessierte Organisationen. Bern
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2013). Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2011). Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care.
- 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 (2009). Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012.
- Cornaz, S. et al. (2012). Evaluation du programme cantonal de soins palliatifs dans le canton de vaud. Rapport final. Lausanne: Raisons de santé 201.
- Gesundheitsamt Thurgau. (2010). Palliative Care Thurgau Umsetzungskonzept.
- GfK Switzerland AG (2009). Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Ferrari Schiefer V., Solioz E., Voll P. (2010). Equipe mobile de Soins Palliatifs: Estimation des Besoins 2011-2021. Rapport à l'attention du Réseau Santé Valais. Sion: HES SO.
- Fournier Frédéric (2013). Développement d'une équipe mobile de soins palliatifs: Expériences, vision et perspectives. In: Bulletin Suisse du Cancer, Nr. 1/2013
- Groh G., Vyhnalek B., Feddersen B. et al. (2013). Effectiveness of Specialized Outpatient Palliative Care Service as Experienced by Patients and Caregivers. In: Journal of Palliative Medicine. Vol. 15: 8
- Imhof, L., Waldboth, V. Kipfer, S. (2013). Evaluation der Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich. Forschungsbericht des Bereichs Forschung und Entwicklung Pflege, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Winterthur: ZHAW. http://www.spitex-zuerich.ch/fileadmin/customer/Download-Dokumente/Spitex_allgemein/Management_Summary_ZHAW-Studie_PallCare.pdf
- IOM (Institute of Medicine) (2014). Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life. Washington, DC: The National Academies Press.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 93/112

- Junker, Ch. (2012). Inventar der Datensituation über Palliative Care. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de>.
- Obsan (2013). BAG_Lieu_Deces_Def.xlsx, im Auftrag des BAG, publiziert unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/index.html?lang=de>
- palliative.ch, Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012). Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.
- Palliativ Luzern. (2008). Konzept - Palliative Care im Kanton Luzern.
- Palliative Care Netzwerk Thun (2012). Konzept Mobile Palliative Dienste (MDP) im Netzwerk
- Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen: Palliative Care. <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>
- Sottas, B., Brügger, S., Brühlhart, D. (2012). «Freiwilligenarbeit in der Palliative Care: Welcher Handlungsbedarf besteht in der Schweiz?» Bedarfsanalyse aufgrund von Expertengesprächen und einer online-Erhebung.
- Spitex Stadt Luzern (o.A.). Reglement der Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Palliativecare & Onkologiepflege (namentlich Brückendienst Spitex Stadt Luzern inkl. Nachtdienst/Abenddienst nach Absprache) und der ambulanten Pflege & Betreuung von Spitexorganisationen mit Zusammenarbeitsvertrag sowie von Spitex Stadt Luzern.
- Trütsch, M., Grünig, S. (2012). Palliative Care im Kanton Schwyz - Umsetzungskonzept.
- Wächter, M., Bommer, A. (2014). Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Studie im Auftrag des BAG mit Unterstützung der GDK und der Fachgesellschaft palliative.ch. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/14706/index.html?lang=de> [Zugriff am 23.07.2015]
- Wyss, N., Coppex, P. (2013). Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 94/112

Anhang A: Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamts für Gesundheit
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
BFS	Bundesamt für Statistik
FMH	Swiss Medical Association
GDK	Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
H+	Die Spitäler der Schweiz
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LAK	Luzerner Altersheimleiter und Altersheimleiterinnen Konferenz
LUKS	Luzerner Kantonsspital
LUPS	Luzerner Psychiatrie
LUSTAT	LUSTAT Statistik Luzern
MDC	Major Diagnostic Category
MDS-HC	Minimum Data Set - Home Care
MPCD	Mobile Palliative-Care-Dienste
MTK	Medizinaltarifkommission
RAI-HC	R esident A ssessment I nstrument – Home Care
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPZ	Schweizer Paraplegikerzentrum
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 95/112

Anhang B: Ergänzende Tabellen

Tabelle 16 löst die Angaben zu den Todesfällen und den Palliativpatientinnen und -patienten aus Abbildung 2 weiter nach den einzelnen Spitexregionen auf. Die Berücksichtigung dieser signifikanten Unterschiede in der Nachfrage und Angebotsdichte ist eine wichtige Planungsvoraussetzung.

Tabelle 16: Schätzung der Anzahl Patientinnen in der Palliative Care gemäss nationaler Strategie

Versorgungsregion	Wohnbevölkerung		Spitex Austrittsgrund verstorben		Todesfälle in den Gemeinden		Davon: PC Grundversorgung		Davon: PC Spez. Versorgung	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
Versorgungsregion 1	209'772	277	206	1'698	1'719	906	917	226	229	
Spitex Luzern	80'501	125	88	766	754	409	402	102	101	
Spitex Rontal Plus	37'709	28	23	201	203	107	108	27	27	
Spitex Emmen	28'926	35	23	214	243	114	130	29	32	
Spitex Kriens	26'957	44	35	227	210	121	112	30	28	
Spitex Horw	13'790	21	17	121	137	65	73	16	18	
Spitex Malters	8'593	11	8	65	45	35	24	9	6	
Spitex Meggen	6'762	7	8	51	66	27	35	7	9	
Spitex der Seegemeinden Greppen Vitznau Weggis	6'534	6	4	53	61	28	33	7	8	
Versorgungsregion 2	34'864	26	25	210	204	112	109	28	27	
Spitex Hochdorf und Umgebung	19'413	13	13	118	115	63	61	16	15	
Spitex Hitzkirchertal	8'213	7	1	60	49	32	26	8	7	
Spitex Rothenburg	7'238	6	11	32	40	17	21	4	5	
Versorgungsregion 3	71'728	87	55	430	378	229	202	57	50	
Spitex Sursee und Umgebung	19'042	36	17	113	113	60	60	15	15	
Spitex Sempach und Umgebung	10'375	8	8	57	40	30	21	8	5	
Spitex Michelsamt	9'188	k. A.	k. A.	57	56	30	30	8	7	
Spitex-Ruswil	6'763	12	10	52	33	28	18	7	4	
Spitex Buttisholz/Nottwil	6'739	6	7	27	37	14	20	4	5	
Spitex Neuenkirch	6'391	6	1	31	32	17	17	4	4	
Spitex Triengen	4'450	5	1	39	24	21	13	5	3	
Spitex Grosswangen	3'097	7	5	22	14	12	7	3	2	
Spitex Büron-Schlierbach	3'058	7	5	18	17	10	9	2	2	
Spitex Geuensee	2'625	0	1	14	12	7	6	2	2	
Versorgungsregion 4	51'009	66	51	390	369	208	197	52	49	
Spitex Region Willisau	23'227	19	15	191	178	102	95	25	24	
Spitex Wiggertal	8'203	21	8	67	56	36	30	9	7	
Spitex Dagmersellen-Uffikon-Buchs	5'095	9	9	32	26	17	14	4	3	
Spitex Schötz-Ebersecken-Ohmstal	4'344	6	4	37	29	20	15	5	4	
Spitex Nebikon-Altishofen	4'042	4	5	23	27	12	14	3	4	
Spitex Wauwil-Egolzwil	3'203	4	7	17	26	9	14	2	3	
Spitex Pfaffnau / St. Urban-Roggliswil	2'895	3	3	23	27	12	14	3	4	
Versorgungsregion 5	22'976	42	27	200	209	107	111	27	28	
Spitex Region Entlebuch	22'976	42	27	200	209	107	111	27	28	
Total	390'349	498	364	2'928	2'879	1'562	1'535	390	384	

Quelle: BFS BEVNAT, eigene Auswertung von Dokumenten und Adresslisten sowie Ergebnis der Interviews

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 96/112

Tabelle 17 zeigt die Grösse der regionalen Versorgungsgebiete, die die Spitexorganisationen abdecken und ordnet ihnen die Anzahl Klientinnen und Klienten, Pflegeheime, Pflegebetten, Arztpraxen und Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung zu. Oft bewegen sich die Spitexorganisationen in einer klaren regionalen Struktur, in der die anderen Akteure bekannt sind.

Tabelle 17: Übersicht über die verschiedenen Versorgungsregionen

Versorgungsregion	Wohnbevölkerung 2013	Klientinnen/Klienten 2013	Davon Pflege	Betten Langzeitpflege 2013	Alters- und Pflegeheime 2013	Hausärzte/-ärztinnen 2013	Arztpraxen 2013
Versorgungsregion 1	209'772	4'391	3'182	2'698	34	274	157
Spitex Luzern	80'501	1'725	1'387	1'336	14	176	94
Spitex Rontal Plus	37'709	556	356	287	7	27	17
Spitex Emmen	28'926	539	381	289	2	22	14
Spitex Kriens	26'957	749	508	268	4	20	14
Spitex Horw	13'790	368	215	232	2	14	8
Spitex Malters	8'593	211	167	77	2	6	3
Spitex Meggen	6'762	141	92	124	1	4	3
Spitex der Seegemeinden Grep-pen Vitznau Weggis	6'534	102	76	85	2	5	4
Versorgungsregion 2	34'864	607	430	464	7	19	14
Spitex Hochdorf und Umgebung	19'413	326	232	314	5	10	8
Spitex Hitzkirchertal	8'213	142	99	97	1	4	3
Spitex Rothenburg	7'238	139	99	53	1	5	3
Versorgungsregion 3	71'728	1'319	838	667	13	59	37
Spitex Sursee und Umgebung	19'042	414	262	200	3	23	14
Spitex Sempach und Umgebung	10'375	182	101	82	3	6	3
Spitex Michelsamt	9'188	82	1	7	5
Spitex-Ruswil	6'763	159	87	84	1	8	4
Spitex Buttisholz/Nottwil	6'739	148	99	54	2	5	3
Spitex Neuenkirch	6'391	97	61	60	1	3	2
Spitex Triengen	4'450	116	89	53	1	3	2
Spitex Grosswangen	3'097	87	58	52	1	2	2
Spitex Büron-Schlierbach	3'058	65	46			1	1
Spitex Geuensee	2'625	51	35			1	1
Versorgungsregion 4	51'009	1'203	931	696	11	34	20
Spitex Region Willisau	23'227	542	403	384	7	14	10
Spitex Wiggertal	8'203	249	240	138	1	8	2
Spitex Dagmersellen-Uffikon-Buchs	5'095	125	89	59	1	4	3
Spitex Schötz-Ebersecken-Ohmstal	4'344	88	64	50	1	4	2
Spitex Nebikon-Altishofen	4'042	91	63			2	2
Spitex Wauwil-Egolzwil	3'203	51	31			2	2
Spitex Pfaffnau / St.Urban-Roggiswil	2'895	57	41	65	1	0	0
Versorgungsregion 5	22'976	638	442	351	4	20	12
Spitex Region Entlebuch	22'976	638	442	351	4	20	12
Total	390'349	7'698	5'472	4'876	69	406	240

Quelle: BFS BEVNAT sowie eigene Auswertung von Dokumenten und Adresslisten

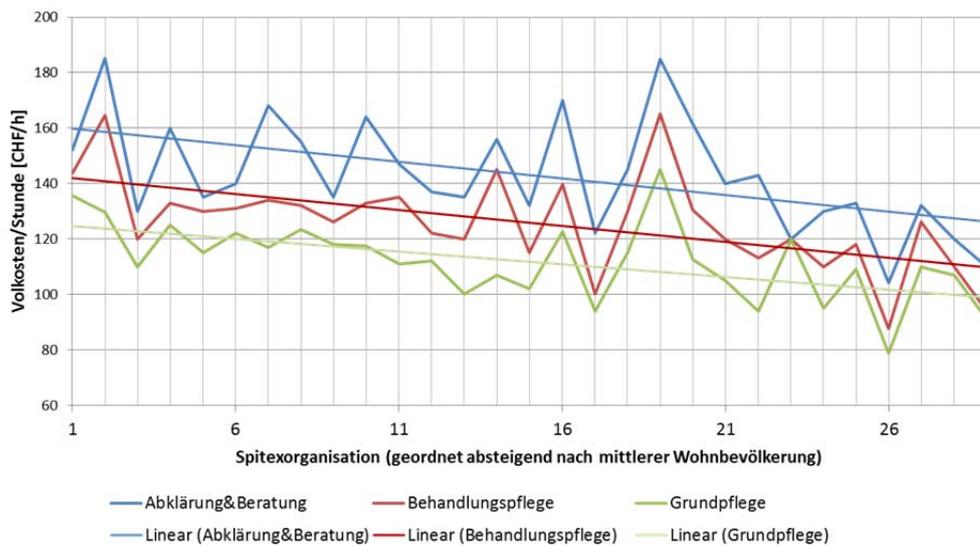
Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 97/112

Tabelle 18: Übersicht über die Altersstruktur der Verstorbenen (2011 - 2013)

	Palliativabteilung Eichhof				Alle anderen Pflegeheime	
	Alle Austritte		Verstorben		Verstorben	
15-34					2	0.0%
35-49	6	3.2%	6	3.9%	5	0.1%
50-64	56	30.1%	47	30.9%	66	1.6%
65-79	63	33.9%	55	36.2%	606	14.6%
80-84	27	14.5%	22	14.5%	750	18.1%
85-89	25	13.4%	17	11.2%	1'137	27.4%
90+	9	4.8%	5	3.3%	1'577	38.1%
Total	186		152		4'143	

Tabelle 19: Vollkosten der gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Luzern nach Leistungsart (2014)



Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 98/112

Anhang C: Interviewleitfäden

C.1) Spitexorganisationen der Grundversorgung

Vertiefte Bedarfsabklärung mobile Palliative-Care-Dienste Kanton Luzern

Qualitative Interviews mit rund 60 Grundversorgern (Spitexorganisationen, Hausärztinnen und -ärzte, Pflegeheime, Spitäler, sozialmedizinische Institutionen) aus allen Versorgungsregionen des Kantons Luzern

Ziele der Interviews

- Eine regional differenzierte Übersicht und ein vertieftes Verständnis der Aufgaben, Leistungen und Kompetenzen in der Palliative Care, die von Ihrer Organisation innerhalb der Versorgungsstrukturen Ihres Einzugsgebietes übernommen werden.
- Erhebung der Herausforderungen und des Unterstützungsbedarfs, die sich im Bereich Palliative Care für Ihre Organisation ergeben, und ausgehend von Ihren Erfahrungen für die Betroffenen und Angehörigen selbst
- Ein regional differenziertes Bild von für Sie wichtigen Zusammenarbeitsformen und Netzwerken im Bereich Palliative Care und Anforderungen an eine Weiterentwicklung
- Ableitung von gegebenenfalls regional unterschiedlichen Anforderungsprofilen für die Ausgestaltung eines mobilen Palliative-Care-Dienstes im Kanton Luzern.

Allgemeine Informationen zum Interview

- Wir würden das Interview gerne aufzeichnen, damit wir bei der Auswertung auf Ihre tatsächlichen Aussagen zurückgreifen können.
- Wir garantieren Ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität, indem die Interviewaufnahmen und Auswertungsprotokolle absolut vertraulich bleiben. Wenn wir in Auswertungen oder Publikationen Originalzitate verwenden, werden diese soweit anonymisiert, dass sie nicht auf Sie oder Ihre Institution zurückgeführt werden können.
- Der folgende Interviewleitfaden dient lediglich als Orientierungsrahmen, welche Themen wir aufgreifen werden. Wir «arbeiten» im Interview nicht Frage für Frage ab und haben nicht den Anspruch, dass Sie Ihre Antworten «vorbereiten».
- Das Interview dauert insgesamt ca. 90 Minuten.

Dem Interview zugrundeliegende Ausgangsdefinition von Palliative Care:

„Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 99/112

vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“⁵²

„Die **spezialisierte Palliative Care** unterscheidet sich zur Palliative Care in der Grundversorgung darin, dass eine instabile Krankheitssituation vorliegt, eine komplexe Behandlung bzw. eine Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigt wird oder bei nahstehenden Personen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Sie richtet sich auch an Patientinnen und Patienten, die weiterhin durch die Grundversorgung betreut werden sollen bzw. wollen, wo aber die Leistungserbringer der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen und auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind“⁵³

Der Interviewleitfaden

A: Einstieg

1. Begrüssung und generelle Fragen zur Organisation

- Vorstellung (Alle Personen)
- Projekt vorstellen / Offene Fragen zum Interview klären
- „Können Sie Ihre Organisation kurz vorstellen?“
(Organisation, Einzugsgebiet, Anzahl Mitarbeitende, Grössenordnung Stunden und Klienten in den Kerndienstleistungen, Beziehung zum Spitex-Kantonverband, besondere Beziehungen innerhalb Versorgungsregion)

B: Hauptteil

2. Palliative Care in Ihrer Organisation

- „Welche Aufgaben nimmt Ihre Organisation im Bereich Palliative Care wahr?“
- „Wie oft begleitet Ihre Organisation Menschen in ihrer letzten Lebensphase?“
 - *Mit welchen Krankheitsbildern und Klientensituationen sind Sie in der letzten Lebensphase konfrontiert?*
 - *Wie gross schätzen Sie den Anteil von Personen, die eine spezialisierte Versorgung benötigen würden?*
- „Was kann Ihre Organisation im Bereich Palliative Care, auch mit Blick auf komplexe oder instabile Situationen, heute leisten?“ (Medizinische Instrumente, Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Beratung und Begleitung, etc.)
- „Verfügt Ihre Organisation bereits über einen spezifischen Leistungsauftrag für die ambulante Palliative Care Versorgung?“

⁵² Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care.

⁵³ In Anlehnung an: Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 100/112

- „In welchen Bereichen sind oder wären Sie auf externe Unterstützung angewiesen? Wo kommen Sie als Spitexorganisation an ihre Grenzen?“
- „Wo finden Sie Unterstützung bereits heute und wo nicht?“
- „Wie gehen Sie in Situationen vor, in denen Sie keine Unterstützung erhalten?“

3. Palliative Care aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen

- „Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen bezüglich der Palliativversorgung?“
 - *Was ist den Patienten besonders wichtig in der letzten Lebensphase- bzw. Stunden?*
- „Inwiefern gelingt es Ihrer Organisation diese Bedürfnisse zu decken?“
- „Wie gestaltet sich die Entscheidungsfindung am Lebensende?“
 - *Sind Prozesse für die Berücksichtigung der Patientenwünsche vorhanden (Gespräche usw.?) In welcher Form ist Ihre Organisation an diesen Prozessen beteiligt?*
- „In welcher Form finden Angehörige in Ihrem Einzugsgebiet Unterstützung?“
- „Was sind aus Ihrer Sicht die häufigsten Gründe, dass ein Palliativpatient letztlich doch nicht zuhause sterben kann?“

4. Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden in Ihrer Organisation

- „Wie viele Mitarbeitende in Ihrer Organisation haben eine Aus- bzw. Weiterbildung im Bereich Palliative Care?“
- „Wie werden die Aus- bzw. Weiterbildungen in diesem Bereich finanziert?“

5. Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und regionale Verankerung der Palliative Care

- „Welche Angebote anderer Leistungserbringer/Organisationen sind für Sie für die ambulante Palliativversorgung essentiell?“
- „Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern in der Palliativversorgung in Ihrem Einzugsgebiet?“
- „Ist die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren bei der Betreuung eines Palliativpatienten an den wichtigsten Schnittstellen sichergestellt?“
- „In welchen Situationen im Bereich Palliativ Care werden von Ihrer Organisation Freiwillige einbezogen?“
- „Ist Bevölkerung ausreichend zum Thema und den vorhandenen Möglichkeiten der Palliativversorgung informiert?“

6. Kostenstrukturen und Finanzierung von Palliative Care

- „Bestehen aus der Perspektive Ihrer Organisation Schwierigkeiten und Lücken bei der Finanzierung von Palliative Care?“ (*Wenn ja, inwiefern/weshalb?*)
- „Inwieweit sind die Kosten für Palliativeinsätze durch die heutigen Tarifstrukturen abgebildet?“

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 101/112

- *In welchen Situationen fallen Zusatzaufwände an?*
- *In welchem Masse setzen Sie Spendengelder zur Finanzierung ein?*
- *„Welche Lösungsansätze sehen Sie für die Sicherstellung der Finanzierung?“*

C: Blick in die Zukunft

7. Weiterentwicklung von Palliativ Care – zukünftige Ausgestaltung der Palliativversorgung

- *„Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten für die Palliativversorgung in Ihrer Region/Gemeinde?“*
- *„Welche Anregungen hätten Sie aus Sicht Ihrer Institution und im Rückblick auf das heutige Gespräch für die (gegebenenfalls regional differenzierte) Ausgestaltung eines mobilen Palliative-Care-Dienstes für den ganzen Kanton Luzern?“*

D: Ergänzungen und Abschluss

- *„Gibt es Aspekte, die Ihnen fehlen oder im Interview zu wenig berücksichtigt wurden?“*
- *„Haben Sie noch Rückfragen?“*
- *Kurze Information zum weiteren Verlauf des Projektes*

Kontakt

Hochschule Luzern – Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Dr. Matthias Wächter
matthias.waechter@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 32

Angela Bommer
angela.bommer@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 20

Sarah Rabhi-Sidler
sarah.rabhi-sidler@hslu.ch
T direkt +41 41 367 48 82

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 102/112

C.2) Interviewleitfaden Spitäler

Vertiefte Bedarfsabklärung mobile Palliative-Care-Dienste Kanton Luzern

Qualitative Interviews mit sechs Spitälern (drei Standorte des LUKS, Klinik St. Anna, LUPS, SPZ) und rund 50 Grundversorgern aus anderen Leistungsbereichen (Spitexorganisationen, Pflegeheime und sozialmedizinische Institutionen, Hausärztinnen und -ärzte) in allen Versorgungsregionen des Kantons Luzern

Ziele der Interviews

- Eine regional differenzierte Übersicht und ein vertieftes Verständnis der Leistungen in der Palliative Care, die von Ihrem Spital innerhalb der Versorgungsstrukturen Ihres Einzugsgebietes übernommen werden, einschliesslich der für Sie wichtigsten Formen der Zusammenarbeit.
- Erhebung der Herausforderungen und des Unterstützungsbedarfs, die sich im Bereich Palliative Care in der Zusammenarbeit Ihres Spitals mit den Grundversorgern ergeben – und ausgehend von Ihren Erfahrungen für die Patientinnen und Patienten selbst.
- Ableitung von gegebenenfalls regional unterschiedlichen Anforderungsprofilen für die Ausgestaltung eines mobilen Palliative-Care-Dienstes im Kanton Luzern.

Allgemeine Informationen zum Interview

- Wir würden das Interview gerne aufzeichnen, damit wir bei der Auswertung auf Ihre tatsächlichen Aussagen zurückgreifen können.
- Wir garantieren Ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität, indem die Interviewaufnahmen und Auswertungsprotokolle vertraulich bleiben. Wenn wir in Auswertungen oder Publikationen Originalzitate verwenden, werden diese soweit anonymisiert, dass sie nicht auf Sie oder Ihre Institution zurückgeführt werden können.
- Der folgende Interviewleitfaden dient lediglich als Orientierungsrahmen, welche Themen wir aufgreifen werden. Wir «arbeiten» im Interview nicht Frage für Frage ab und haben nicht den Anspruch, dass Sie Ihre Antworten «vorbereiten».
- Das Interview dauert insgesamt 70 - 75 Minuten.

Dem Interview zugrundeliegende Ausgangsdefinitionen von Palliative Care:

„Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasst optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“⁵⁴

Eine Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag führt komplexe medizinische Behandlungen mit folgen-

⁵⁴ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 103/112

den Aufgaben und Zielen durch:

- die Klärung der Prioritäten, auch unter Einbezug der diagnosebezogenen Fachspezialisten,
- die zur Problemlösung notwendige Diagnostik,
- die ursächlichen, lindernden und betreuenden Massnahmen mit dem Ziel einer bestmöglichen Lebensqualität,
- die Vorbereitung (inkl. palliative Rehabilitation) und Organisation eines Austritts nach Hause oder in eine andere nachfolgende Versorgungsstruktur,
- die spezifische Unterstützung des familiären Umfelds,
- die Begleitung des Sterbeprozesses für Patientinnen und Patienten ohne Möglichkeit eines Austritts.⁵⁵

A: Einstieg

1. Begrüssung (5')

B: Hauptteil

2. Palliative Care in Ihrem Spital

2.1. Ausgangslage (15')

- „Welche Angebote, Strukturen und Prozesse wurden im Bereich Palliative Care an Ihrem Spital aufgebaut?“
- „Welche Rolle und Kernaufgaben übernimmt Ihr Spital in den Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Grundversorgung im Kanton Luzern/in Ihrer Region?“
 - Was sind die wichtigsten Gründe für einen Spitaleintritt (Stabilisierung, Abklärungen, Schmerz-einstellungen, Infusionen, künstliche Ernährung, Delir, psychische Stabilisierung...)?(Patientinnen-/Patientenprofile, Krankheitsbilder)
 - Was sind die wichtigsten Zuweisungsprozesse und Patientinnen-/Patientenpfade (in Bezug auf die Palliativstation des LUKS: Vor und nach Öffnung für externe Zuweisungen)?
- „Was leistet Ihr Spital heute im Bereich spezialisierte Palliative Care, mit Blick auf komplexe oder instabile Situationen?“
 - Was sind die zentralen Herausforderungen für Ihr Spital bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben im Bereich Palliative Care?
- „Haben sich im Kanton Luzern bestimmte Formen der Zusammenarbeit bzw. Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Spitälern etabliert oder wurden festgelegt?“
- „Ist ein Ausbau des Angebots Ihres Spitals im Bereich Palliative Care in der nächsten Planungsperiode vorgesehen?“

2.2. Kriterien und Indikation von Palliative Care (15')

- „Wie grenzen Sie Palliative Care im Rahmen der Grundversorgung und spezialisierte Palliative

⁵⁵ In Anlehnung an: Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 104/112

Care voneinander ab?“

- „Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Indikationskriterien für eine Palliativversorgung im Spital in der Grundversorgung/in der spezialisierten Versorgung?“
- „Wer stellt die Indikation für eine Palliativversorgung einer Patientin/eines Patienten im Spital?“
 - *Was verändert diese Indikation, was löst sie aus?*
- „Welche Rolle spielen die Spitäler in der versorgungsübergreifenden/interdisziplinären Entscheidungsfindung über den Einbezug einer ergänzenden oder ablösenden palliativen Behandlung und Pflege?“
 - *Wie sind die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen in die Entscheidungsfindung eingebunden?*

3. Ist-Situation im Schnittstellenmanagement und in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (15')

- „Mit wem arbeitet Ihr Spital in der Palliativversorgung eng zusammen? Und wo liegen für Ihr Spital wichtige Herausforderungen in der Verbesserung der Zusammenarbeit?“ (Hausärzte, Pflegeheime und andere sozialmedizinische Institutionen, Spitex, Brückendienst, spitalexterne Seelsorge, Non- Profitorganisationen, EXIT)
- „Was liesse sich im Bereich des Eintrittsmanagements in Zusammenarbeit mit den Zuweisenden oder seitens der Zuweisenden verbessern?“
- „Was liesse sich in der Palliativversorgung im Bereich der Austrittsprozesse und des Austrittsmanagements verbessern?“
- „Wo sehen Sie Hindernisse in der heutigen Palliativversorgung in Ihrer Region oder im Kanton? Welche Angebote fehlen heute?“
- „Wie können aus Ihrer Sicht im Bereich Palliative Care Einweisungen oder Rehospitalisationen vermieden werden?“
- „Was sind aus Ihrer Sicht die häufigsten Gründe, dass ein Palliativpatient letztlich doch nicht zu Hause sterben kann?“
- „In welcher Form bieten Sie als Spital in Ihrer Region anderen Organisationen Unterstützung im Bereich Palliative Care bereits heute an?“

C: Blick in die Zukunft

4. Weiterentwicklung von Palliative Care – zukünftige Ausgestaltung der Palliativversorgung (15')

- „Was müsste ein Mobiler Palliative-Care-Dienst (im Kanton Luzern/in Ihrer Region) aus Ihrer Sicht und Erfahrung leisten können, um die Leistungserbringer der Grundversorgung wirkungsvoll zu unterstützen und zu ergänzen? Welche Anregungen und Empfehlungen haben Sie für die Ausgestaltung eines flächendeckenden Angebots an mobiler Palliative Care?“

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 105/112

- „Mobile Palliative-Care-Dienste sind in der Schweiz oft selbst bereits als Netzwerk organisiert. In wie weit und unter welchen Voraussetzungen könnten die Spitäler im Kanton Luzern selbst einen Beitrag an Lösungen leisten, die eine flächendeckende Versorgung in allen Regionen sicherstellen (Bsp. GR, BS, Thun)? Macht es Sinn, die Spitäler in bestimmten Versorgungsregionen direkt in die Ausgestaltung eines MPCD einzubeziehen?“
- „Welche Vor- bzw. Nachteile für Ihr Spital und andere Leistungserbringer würden Sie in einem mobilen Palliative-Care-Dienst im Kanton Luzern sehen?“
- „Wo sehen Sie weitere Verbesserungsmöglichkeiten für die Palliativversorgung in Ihrer Region/Ihrem Einzugsgebiet?“

D: Ergänzungen und Abschluss (5')

- „Gibt es Aspekte, die Ihnen fehlen oder die im Interview zu wenig berücksichtigt wurden?“
- „Haben Sie Rückfragen?“

Kurze Information über den weiteren Verlauf des Projektes

Kontakt

Hochschule Luzern – Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Dr. Matthias Wächter
matthias.waechter@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 32

Angela Bommer
angela.bommer@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 20

Sarah Rabhi-Sidler
sarah.rabhi-sidler@hslu.ch
T direkt +41 41 367 48 82

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 106/112

C.3) Interviewleitfaden Pflegeheime

Vertiefte Bedarfsabklärung mobile Palliative-Care-Dienste Kanton Luzern

Qualitative Interviews mit rund 60 Grundversorgern aus allen Leistungsbereichen (Spitexorganisationen, Pflegeheime und sozialmedizinische Institutionen, Hausärztinnen und -ärzte, Spitäler) und allen Versorgungsregionen des Kantons Luzern

Ziele der Interviews

- Eine regional differenzierte Übersicht und ein vertieftes Verständnis der Leistungen in der Palliative Care, die von Ihrer Institution innerhalb der Versorgungsstrukturen Ihres Einzugsgebietes übernommen werden, einschliesslich der für Sie wichtigsten Formen der Zusammenarbeit.
- Erhebung der Herausforderungen und des Unterstützungsbedarfs, die sich im Bereich Palliative Care für Ihre Institution ergeben – und ausgehend von Ihren Erfahrungen für die Bewohnerinnen und Bewohner selbst.
- Ableitung von gegebenenfalls regional unterschiedlichen Anforderungsprofilen für die Ausgestaltung eines mobilen Palliative-Care-Dienstes im Kanton Luzern.

Allgemeine Informationen zum Interview

- Wir würden das Interview gerne aufzeichnen, damit wir bei der Auswertung auf Ihre tatsächlichen Aussagen zurückgreifen können.
- Wir garantieren Ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität, indem die Interviewaufnahmen und Auswertungsprotokolle vertraulich bleiben. Wenn wir in Auswertungen oder Publikationen Originalzitate verwenden, werden diese soweit anonymisiert, dass sie nicht auf Sie oder Ihre Institution zurückgeführt werden können.
- Der folgende Interviewleitfaden dient lediglich als Orientierungsrahmen, welche Themen wir aufgreifen werden. Wir «arbeiten» im Interview nicht Frage für Frage ab und haben nicht den Anspruch, dass Sie Ihre Antworten «vorbereiten».
- Das Interview dauert insgesamt maximal 60 Minuten.

Dem Interview zugrundeliegende Ausgangsdefinitionen von Palliative Care:

„Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasst optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“⁵⁶

⁵⁶ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 107/112

„Die *spezialisierte Palliative Care* unterscheidet sich zur *Palliative Care* in der Grundversorgung darin, dass eine instabile Krankheitssituation vorliegt, eine komplexe Behandlung bzw. eine Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigt wird oder bei nahstehenden Personen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Sie richtet sich auch an Patientinnen und Patienten, die weiterhin durch die Grundversorgung betreut werden sollen bzw. wollen, wo aber die Leistungserbringer der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen und auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind.“⁵⁷

Der Interviewleitfaden

A: Einstieg

1. Begrüssung

- Vorstellung (alle Personen)
- Projekt vorstellen / offene Fragen zum Interview klären
- „Können Sie Ihr Pflegeheim kurz vorstellen?“
 - (Einzugsgebiet, Trägerschaft, Organisation, Anzahl Mitarbeitende, Anzahl Kurzzeit-/Langzeitpflegeplätze)

B: Hauptteil

2. Palliative Care in Ihrer Institution

- „Ab wann bezeichnen Sie die Pflege und Betreuung eines Bewohners/einer Bewohnerin Ihres Pflegeheims als palliativ?“
 - Aufgrund welcher Kriterien beurteilen sie, ob eine Bewohnerin/ein Bewohner mit der üblichen Pflege betreut werden kann bzw. eine erweiterte Betreuung im Sinne einer Palliativversorgung benötigt?
 - Wer stellt eine Indikation für die Palliativversorgung einer Bewohnerin/eines Bewohners? Was verändert diese Indikation, was löst sie aus? Gibt es Richtlinien/Hilfsmittel/Checklisten/Kriterien für die Indikationsstellung eines Palliativpatienten?
 - Wie grenzen Sie Palliative Care im Rahmen der Grundversorgung und spezialisierte Palliative Care voneinander ab? Anhand welcher Kriterien erfolgt diese Abgrenzung?
 - Wie gross schätzen Sie den Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern, die eine spezialisierte Versorgung benötigen?
- „Welche Krankheitsbilder dominieren bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit der Indikation palliative Pflege und Betreuung?“
 - Übernehmen Sie auch die Pflege von Menschen, welche noch nicht im AHV-Alter sind?

⁵⁷ In Anlehnung an: Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 108/112

- „Was kann Ihre Institution im Bereich spezialisierte Palliative Care, mit Blick auf komplexe oder instabile Situationen, heute leisten?“ (*Medizinische Instrumente, Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Beratung und Begleitung, etc.*)
- „In welchen Bereichen sind oder wären Sie auf externe Unterstützung angewiesen, um eine Bewohnerin, einen Bewohner in einer Palliativsituation optimal zu versorgen/zu behandeln? Wo kommen Sie als Pflegeheim heute an Ihre Grenzen?“
- „In welchen Situationen werden eine Überweisung in ein Spital oder eine spezialisierte Einrichtung wie der Eichhof notwendig?“
- „Wo finden Sie als Pflegeheim bereits heute Unterstützung und wo nicht?“

3. Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden in Ihrer Institution

- „Wie viele Mitarbeitende in Ihrer Institution haben eine Aus- bzw. Weiterbildung im Bereich Palliative Care?“
- „Bieten Sie hausinterne Fortbildungen an?“
- „Wie leicht ist es für Ihr Heim allgemein und mit Blick auf Palliative Care qualifiziertes Personal zu finden?“

4. Kostenstrukturen und Finanzierung von Palliative Care

- „Bestehen aus der Perspektive der Pflegeheime in der Palliative Care Schwierigkeiten und Lücken bei der Finanzierung?“

5. Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und regionale Verankerung der Palliative Care

- „Mit wem arbeitet Ihr Pflegeheim in der Palliativversorgung eng zusammen?“
 - *Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Synergien? Was die wichtigsten Herausforderungen?*
 - *Wo könnten Sie von einer verbesserten Zusammenarbeit profitieren?*
- „In welchen Situationen werden im Bereich Palliative Care von Ihrer Institution Freiwillige einbezogen?“
- „Ist die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren bei der Betreuung eines Palliativpatienten an den wichtigsten Schnittstellen sichergestellt?“

6. Palliative Care aus Sicht der Bewohner/-innen und Angehörigen

- „Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner/-innen bezüglich der Palliativversorgung?“
 - *Was ist den Bewohner/-innen besonders wichtig in der letzten Lebensphase bzw. Stunden?*
- „Inwiefern gelingt es Ihrer Institution diese Bedürfnisse zu decken?“
- „Was sind aus Ihrer Sicht die häufigsten Gründe, die einen Eintritt in ein Spital oder in Ihr Pflegeheim notwendig machen, so dass ein Palliativpatient letztlich doch nicht zu Hause sterben kann?“

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 109/112

C: Blick in die Zukunft

7. Weiterentwicklung von Palliative Care – zukünftige Ausgestaltung der Palliativversorgung

- „Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten für die Palliativversorgung in Ihrer Region?“
- „Was müsste ein Mobiler Palliative-Care-Dienst (im Kanton Luzern/in Ihrer Region) leisten können, um Ihre Institution wirkungsvoll zu unterstützen?“

D: Ergänzungen und Abschluss

- „Gibt es Aspekte, die Ihnen fehlen oder die im Interview zu wenig berücksichtigt wurden?“
- „Haben Sie Rückfragen?“
- *Kurze Information über den weiteren Verlauf des Projektes*

Kontakt

Hochschule Luzern – Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Dr. Matthias Wächter
matthias.waechter@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 32

Angela Bommer
angela.bommer@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 20

Sarah Rabhi-Sidler
sarah.rabhi-sidler@hslu.ch
T direkt +41 41 367 48 82

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 110/112

C.4) Interviewleitfaden Hausärztinnen und -ärzte

Vertiefte Bedarfsabklärung mobile Palliative-Care-Dienste Kanton Luzern Qualitative Interviews mit den Grundversorgern (Spitexorganisationen, Hausärztinnen und -ärzte, Pflegeheime, Spitäler, sozialmedizinische Institutionen aus allen Versorgungsregionen des Kantons Luzern)

Ziele der Interviews

- Ableitung von gegebenenfalls regional unterschiedlichen Anforderungsprofilen für die Ausgestaltung eines mobilen Palliative-Care-Dienstes im Kanton Luzern.
- Eine regional differenzierte Übersicht und ein vertieftes Verständnis der Aufgaben, Leistungen und Kompetenzen in der Palliative Care, die von den Hausärzten und -ärztinnen und anderen Grundversorgern innerhalb der Versorgungsstrukturen Ihres Einzugsgebietes übernommen werden.
- Erhebung der Herausforderungen und des Unterstützungsbedarfs, die sich im Bereich Palliative Care aus Ihrer Sicht und ausgehend von Ihren Erfahrungen für die Betroffenen und Angehörigen selbst ergeben.

Allgemeine Informationen zum Interview

- Wir würden das Interview gerne aufzeichnen, damit wir bei der Auswertung auf Ihre tatsächlichen Aussagen zurückgreifen können.
- Wir garantieren Ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität, indem die Interviewaufnahmen und Auswertungsprotokolle absolut vertraulich bleiben. Wenn wir in Auswertungen oder Publikationen Originalzitate verwenden, werden diese soweit anonymisiert, dass sie nicht auf Sie oder Ihre Institution zurückgeführt werden können.
- Der folgende Interviewleitfaden dient lediglich als Orientierungsrahmen, welche Themen wir aufgreifen werden. Wir «arbeiten» im Interview nicht Frage für Frage ab und haben nicht den Anspruch, dass Sie Ihre Antworten «vorbereiten».
- Das Interview dauert insgesamt 45 bis maximal 60 Minuten.

Dem Interview zugrundeliegende Ausgangsdefinition von Palliative Care:

„Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasst optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“⁵⁸

*„Die **spezialisierte Palliative Care** unterscheidet sich zur Palliative Care in der Grundversorgung darin, dass eine instabile Krankheitssituation vorliegt, eine komplexe Behandlung bzw. eine Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigt wird oder bei nahestehenden Personen die Überschreitung der*

⁵⁸ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 111/112

Belastungsgrenze erkennbar wird. Sie richtet sich auch an Patientinnen und Patienten, die weiterhin durch die Grundversorgung betreut werden sollen bzw. wollen, wo aber die Leistungserbringer der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen und auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind.“⁵⁹

Der Interviewleitfaden

A: Einstieg

1. Begrüssung

- Vorstellung (Alle Personen)
- Projekt vorstellen / Offene Fragen zum Interview klären
- „Können Sie Ihre Praxis und Tätigkeitsbereiche kurz vorstellen?“
(Praxis, Einzugsgebiet, Hintergrund, bestimmte medizinische Schwerpunkte, Hausbesuche)

B: Hauptteil

2. Palliative Care in der hausärztlichen Versorgung

- „Wie oft begleiten Sie Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase?“
- „Ab wann bezeichnen Sie selbst einen Patienten/eine Patientin als Palliativpatienten/-in?“
- „Welche Rolle nehmen Sie bzw. Ihre Kolleginnen und Kollegen als Hausärzte in der heutigen Palliativversorgung wahr? Was können Sie als Hausärztin/Hausarzt im Bereich Palliative Care, auch mit Blick auf komplexe oder instabile Situationen, heute leisten? (Medizinische Instrumente, Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Beratung und Begleitung, etc.)“
- „In welchen Bereichen sind oder wären Sie auf externe Unterstützung angewiesen, um einen Palliativpatienten optimal zu versorgen/zum behandeln? Wo kommen Sie als Hausärztin / Hausarzt heute an Ihre Grenzen?“

3. Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und regionale Verankerung der Palliative Care

- „Welchen Bereich der Palliative Care decken die Grundversorger Spitex und Pflegeheime heute bereits ab? Was ist heute bereits möglich, auch mit Blick auf die spezialisierte Palliative Care?“
- „Welche weiteren Angebote anderer Leistungserbringer/Organisationen sind für Sie und die Hausärztinnen und Hausärzte in Ihrer Region für die ambulante Palliativversorgung essentiell?“
- „Ist die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren bei der Betreuung eines Palliativpatienten an den wichtigsten Schnittstellen sichergestellt?“

⁵⁹ In Anlehnung an: Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 112/112

4. Palliative Care aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen

- „Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen bezüglich der Palliativversorgung ein? Was ist den Patienten besonders wichtig in der letzten Lebensphase- bzw. Stunden?“
- „In welcher Form sind Sie an der Entscheidungsfindung am Lebensende beteiligt?“
- „Was sind aus Ihrer Sicht die häufigsten Gründe, dass ein Palliativpatient letztlich doch nicht zuhause sterben kann?“
- „Ist die Bevölkerung ausreichend zum Thema und den vorhandenen Möglichkeiten der Palliativversorgung informiert?“

5. Aus- und Weiterbildung für Hausärztinnen und Hausärzte in Palliative Care

- „Verfügen Sie über eine Aus- oder Weiterbildung in Palliative Care?“
- „Wie schätzen Sie den Bedarf in Ihrer Versorgungsregion ein, dass sich Hausärztinnen und -ärzte im Bereich Palliative Care weiterbilden?“

6. Kostenstrukturen und Finanzierung von Palliative Care

- „Inwieweit sind die Kosten für die hausärztliche Palliativversorgung im heutigen TARMED abgedeckt? In welchen Situationen fallen Zusatzaufwände an?“
- „Bestehen aus der Perspektive der Hausärzte und -ärztinnen andere Schwierigkeiten und Lücken bei der Finanzierung von Palliative Care?“

C: Blick in die Zukunft

7. Weiterentwicklung von Palliative Care – zukünftige Ausgestaltung der Palliativversorgung

- „Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten für die Palliativversorgung in Ihrer Region?“
- „Welche Anregungen hätten Sie aus Ihrer persönlichen Sicht und aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte der Region im Rückblick auf das heutige Gespräch für einen zukünftigen mobilen Palliative-Care-Dienst im Kanton Luzern?“

D: Ergänzungen und Abschluss

- „Gibt es Aspekte, die Ihnen fehlen oder im Interview zu wenig berücksichtigt wurden?“
- „Haben Sie noch Rückfragen?“

Kontakt

Hochschule Luzern – Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Dr. Matthias Wächter
matthias.waechter@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 32

Angela Bommer
angela.bommer@hslu.ch
T direkt +41 41 228 99 20

Sarah Rabhi-Sidler
sarah.rabhi-sidler@hslu.ch
T direkt +41 41 367 48 82