

Konzept Palliative Care Appenzell Ausserrhoden

4. Juli 2017



IMPRESSUM

Kanton Appenzell Ausserrhoden
Departement Gesundheit und Soziales
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau
Telefon 071 353 65 92
E-Mail: gesundheit.soziales@ar.ch
www.ar.ch

Das Konzept wurde erarbeitet unter Einbezug und Mitwirkung von:
Monika Müller-Hutter, Organisationsentwicklung

palliative ostschweiz

Spitex Verband SG | AR | AI

CURAVIVA Appenzellerland

Insos Appenzell Ausserrhoden

Appenzellische Ärztesgesellschaft

Römisch-katholische Kirchgemeinden Appenzell Ausserrhoden

Evangelisch-reformierte Landeskirche beider Appenzell

Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden

Gemeindepräsidienkonferenz Appenzell Ausserrhoden

Gestaltung: Silvia Droz, Teufen



Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	4
2	Einleitung	5
3	Ausgangslage	6
3.1	Palliative Care: Eine gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung	6
3.2	Rechtliche Grundlagen	7
3.3	Politische Bedeutung	7
4	Grundlagen der Nationalen Strategie Palliative Care	8
4.1	Definition von Palliative Care	8
4.2	Die Nationale Strategie Palliative Care	8
4.3	Handlungsfelder der Nationalen Strategie Palliative Care	9
4.4	Palliative Care als Versorgungsform	9
4.5	Versorgungsstrukturen der Palliative Care in der Schweiz	10
4.6	Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz	15
4.7	Bedarf an Palliative Care Leistungen im schweizerischen Gesundheitswesen	18
4.8	Finanzierung von Palliative Care Leistungen	18
5	IST-Situation der palliativen Versorgung in Appenzell Ausserrhoden	22
5.1	Aktuelle palliative Versorgungsstrukturen in Appenzell Ausserrhoden	22
5.2	IST-Analyse der Leistungs- und Versorgungsbereiche	23
5.2.1	Ergebnisse IST-Analyse	23
5.2.2	Ergebnisse IST-Analyse in den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung	31
6	Bedarf an Palliative Care Leistungen in Appenzell Ausserrhoden	32
7	Kantonale Strategie Palliative Care	33
7.1	Versorgungsmodell Appenzell Ausserrhoden	34
8	Ziele und Massnahmen	36
8.1	Handlungsfeld Versorgung	36
8.2	Handlungsfeld Finanzierung	37
8.3	Handlungsfeld Sensibilisierung	37
8.4	Handlungsfeld Bildung	38
8.4.1	Erhebung des Fort- und Weiterbildungsbedarfs	39
9	Priorisierte Massnahmen für Appenzell Ausserrhoden	40
9.1	Integrierte Palliative Care Grundversorgung	40
9.2	Spezialisierte Palliative Care Versorgung	42
9.3	Fort- und Weiterbildung	43
	Literaturverzeichnis	44
	Glossar	46

1 Vorwort

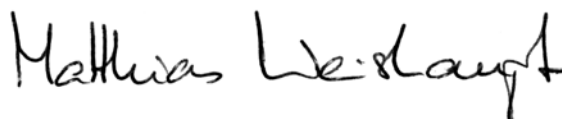
Geschätzte Leserinnen und Leser

**Leiden lindern,
Komplikationen
vermeiden,
Wünsche
respektieren** Die meisten Menschen bei uns sterben nicht plötzlich, sondern nach längerer Krankheit. Früher oder später kommt der Moment, wo nicht mehr Heilung im Vordergrund steht. Es wird deutlich, dass die verbleibende Zeit zum Lebensende führt. Es geht dann darum, den letzten Lebensabschnitt, von dem niemand weiss, wie lange er dauern wird, nach Möglichkeit so zu gestalten, dass Leiden gelindert wird. Gerade in dieser letzten Lebensphase muss, auch bei schwerer Krankheit, der Mensch, nicht der Patient im Zentrum stehen.

Palliative Care kann dies leisten. Die entsprechende Behandlung, Pflege und Betreuung werden von Fachpersonen, von Freiwilligen und insbesondere auch von nahestehenden Bezugspersonen der unheilbar erkrankten Menschen erbracht. Die Nächsten müssen emotionale Ausnahmesituationen oft über eine lange Zeit hinweg aushalten. Nichts ist mehr planbar, die Verläufe sind sehr individuell und entsprechend müssen immer wieder mitunter schwierige Entscheidungen getroffen werden. Alle Beteiligten sind laufend gefordert, sich untereinander zu verständigen und gemeinsam mit der erkrankten Person darüber zu befinden, wie die Behandlung, Pflege und Betreuung angemessen erbracht werden sollen. Gelingt dies, so kann eine der Situation angepasste, bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod erhalten werden.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden hat im Gesundheitsbericht 2012 mit der strategischen Position «Würdevolles Sterben» Palliative Care eine grosse Bedeutung zugemessen. Im Kanton wird bereits seit vielen Jahren palliative Versorgung, zum Teil regional koordiniert, geleistet. Es handelt sich dabei um eigentliche Pionierarbeit mit hohem individuellem Engagement. Um die palliative Versorgung künftig im ganzen Kanton auf gutem Niveau anbieten zu können, hat das zuständige Departement Gesundheit und Soziales – in enger Zusammenarbeit mit *palliative ostschweiz*, den Leistungserbringern, den römisch-katholischen Kirchgemeinden, der evangelisch-reformierten Landeskirche, den Branchenverbänden und den Gemeinden – das «Konzept Palliative Care Appenzell Ausserrhoden» erarbeitet. Aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen wurde eine Grundlage geschaffen, damit in allen Ausserrhoder Gemeinden die palliative Versorgung zugänglich wird: von guter Qualität, wirtschaftlich und zweckmässig vernetzt.

Die Behandlung, Pflege und Betreuung ist für alle Beteiligten eine grosse Herausforderung. Allen – den Fachpersonen, den Freiwilligen und nahestehenden Bezugspersonen –, die sich zum Wohl unserer Mitmenschen in ihrer letzten Lebensphase engagieren, gebührt ein grosser Dank.



Regierungsrat Dr. Matthias Weishaupt
Direktor Departement Gesundheit und Soziales

2 Einleitung

Palliative Care¹ umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.

Der Aufbau der palliativen Versorgung in Appenzell Ausserrhoden ist seit mehreren Jahren ein Bestreben sowohl der Politik als auch von Vertretungen des Fachbereichs der Palliative Care sowie einer Vielzahl von Leistungserbringern aus allen Versorgungsbereichen. In verschiedenen Gemeinden wird Palliative Care angeboten und es wurden lokale Netzwerke gebildet. Der Verein *palliative ostschweiz*² engagiert sich seit 2003 für die Vernetzung der Institutionen und Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialwesens mit dem Ziel, Palliative Care in der Fachwelt und in der breiten Öffentlichkeit zu etablieren.

Mit der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care will der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden die bestehenden Angebote weiter entwickeln und dafür sorgen, dass im ganzen Kantonsgebiet eine bedarfsgerechte palliative Versorgung im Gesundheits- und Sozialwesen gewährleistet ist und alle Schwerkranken Zugang zu Palliative Care finden.

Folgende Leistungserbringer sind massgeblich an der Versorgung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen beteiligt:

- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Spitäler
- Alters- und Pflegeheime
- Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Organisationen)
- Zugelassene Fachpersonen der Medizin, Pflege und Therapie

Diese Institutionen und Fachpersonen werden durch das Departement Gesundheit und Soziales bewilligt und stehen unter dessen Aufsicht.

Auch Einrichtungen für Menschen mit Behinderung werden zunehmend gefordert, ihre Klienten und Klientinnen in palliativen Situationen zu betreuen und zu pflegen. Als wichtige Akteure und Leistungserbringer der Palliativ Care Versorgung übernehmen auch die Kirchen und verschiedene Freiwilligenorganisationen unverzichtbare ergänzende Leistungen. Die Seelsorgenden unterstehen der kirchlichenrechtlichen Aufsicht.

Das vorliegende Konzept soll eine flächendeckende Versorgung im Bereich der Palliative Care in Appenzell Ausserrhoden sicherstellen und als Entscheidungsgrundlage für die kantonale Massnahmenplanung dienen. Eine Diskussion über Sterbehilfe wird in diesem Konzept nicht geführt.

1 «Palliativ» stammt vom lateinischen Verb «palliare» (umhüllen) bzw. von «pallium» (der Mantel) ab. Der Begriff «care» stammt aus dem Englischen und bedeutet Sorge, Achtsamkeit, Pflege. Unter dem Begriff «Palliative Care» wird die «Palliative Medizin, Pflege, Betreuung und Begleitung» verstanden.

2 Der Verein *palliative ostschweiz* ist eine Sektion der nationalen Gesellschaft *palliative ch*.

3 Ausgangslage

3.1 Palliative Care: Eine gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung

Die sich wandelnden Lebens- und Arbeitsbedingungen, der medizinisch-technische Fortschritt und das sich ändernde Gesundheitsverhalten führen dazu, dass die durchschnittliche Lebenserwartung kontinuierlich steigt. Die gewonnenen Lebensjahre sind meist solche bei guter Gesundheit, gleichzeitig nimmt die Pflegebedürftigkeit mit steigendem Alter exponentiell zu.

Palliative Care betrifft alle Altersgruppen - Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Die Anzahl der Todesfälle betrifft immer mehr Personen im Alter von 80 und mehr Jahren.³ Im höheren Lebensalter treten unheilbare, lebensbedrohliche und/oder chronisch fortschreitende Erkrankungen häufiger und oft auch gleichzeitig auf.⁴

Die Leistungserbringer werden zunehmend mit den Herausforderungen einer komplexen Behandlung, Pflege und Betreuung und dem zu erfüllenden Anspruch, spezifische Bedürfnisse von Menschen am Lebensende und von deren nahestehenden Bezugspersonen⁵ zu erkennen, konfrontiert. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) rechnen mit einem deutlich steigenden Bedarf an Palliative Care Leistungen in den kommenden Jahren.⁶ So gewinnt die Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Seelsorge an Bedeutung. «Palliative Care entspricht dem Wunsch vieler Menschen nach Selbstbestimmung und dem Wunsch, bis zum Lebensende zu Hause bleiben zu können.»⁷

Diese Entwicklungen stellen Bund und Kantone, im Hinblick auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, vor eine grosse gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung. Um die Situation der Sterbenden zu verbessern und sich auf den zunehmenden Bedarf an Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen vorzubereiten, verabschiedeten Bund und Kantone 2009 die Nationale Strategie Palliative Care.⁸ Diese hatte zur Zielsetzung,

3 Bundesamt für Statistik (BFS): <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>: Sterblichkeit, Todesursachen-Daten, Indikatoren, Todesfälle und Sterbeziffer (5. September 2016)

4 BAG und GDK (2011, aktualisierte Version 2014): Nationale Leitlinien Palliative Care, Seite 4

5 Zu den nahestehenden Bezugspersonen werden diejenigen Personen gezählt, die der kranke Mensch als solche bezeichnet. Es können dies nächste Verwandte wie Eltern, Kinder und Geschwister sein, Ehe- und Lebenspartner/-partnerin und weitere Personen, mit der die kranke Person in einem Vertrauensverhältnis steht (auch ausserhalb der Verwandtschaft).

6 BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, Seite 9

7 BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, Seite 11

8 BAG: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang.de>: Strategie Palliative Care (10. Mai 2016)

Palliative Care in der Schweiz zu fördern und diese in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Akteuren in das Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Forschungswesen zu integrieren. Im Oktober 2012 wurde die Nationale Strategie Palliative Care um drei Jahre⁹ verlängert. Nachdem in den drei ersten Jahren der Umsetzung der Nationalen Strategie der Schwerpunkt auf die Erarbeitung von Grundlagendokumenten und die spezialisierte Palliative Care gelegt wurde, lag der Schwerpunkt der zweiten Phase 2013 bis 2015 in der verbesserten Verankerung der allgemeinen Palliative Care in den bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Bildungswesens.

3.2 Rechtliche Grundlagen

In Appenzell Ausserrhoden ist die Gesundheitsversorgung im Gesundheitsgesetz (GG; bGS 811.1) und in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz (bGS 811.11) geregelt. Demnach haben Kanton und Gemeinden den gemeinsamen Grundauftrag, zusammen Voraussetzungen für eine ausreichende und kostenbewusste medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu schaffen. Sie tragen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben der Gesundheit der Bevölkerung Rechnung und unterstützen die Schaffung von Lebensbedingungen, die der Gesundheit zuträglich sind.¹⁰

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Beratung und Untersuchung, Behandlung und Pflege nach medizinischen Grundsätzen und, wenn möglich, in ihrer gewohnten Umgebung. Ihre persönliche Freiheit und Privatsphäre ist zu respektieren. Unheilbar Kranke und Sterbende haben Anspruch auf angemessene Pflege und auf Linderung ihrer Leiden. Sterbenden soll eine würdevolle Sterbebegleitung zukommen und ein würdevolles Abschiednehmen ermöglicht werden. Spitäler und Heime sorgen dafür, dass Sterbende von ihren nahestehenden Bezugspersonen begleitet werden können.¹¹

Der Kanton stellt die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung¹² und die Gemeinden die Versorgung mit Alters- und Pflegeheimen sowie mit Diensten der Hilfe und Pflege zu Hause sicher.¹³

3.3 Politische Bedeutung

Im «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012» wird der Palliative Care eine grosse Bedeutung beigemessen. Der Regierungsrat stellt anerkennend fest, dass Palliative Care in Appenzell Ausserrhoden bereits in verschiedenen Gemeinden angeboten wird. In den nächsten Jahren sollen die flächendeckende Versorgung mit Dienstleistungen der Palliative Care aufgebaut und die Finanzierung sichergestellt werden.¹⁴

Im Regierungsprogramm 2016-2019¹⁵ spricht sich der Regierungsrat für ein breit gefächertes Angebot an Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsangeboten in Appenzell Ausserrhoden aus. Er setzt sich dafür ein, dass bedürfnisgerechte und vielfältige Pflege- und Betreuungsangebote wohnortnah zur Verfügung stehen.

9 BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, Seite 3

10 Art. 3 Abs. 1 und 2 GG

11 Art. 22 GG

12 Art. 4 GG

13 Art. 5 GG

14 Departement Gesundheit: Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, Kapitel 7.3, Seite 117-119

15 Kanton Appenzell Ausserrhoden: Regierungsprogramm 2016-2019, Seite 10

4

Grundlagen der Nationalen Strategie Palliative Care

4.1 Definition von Palliative Care

Palliative Care wird in den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» wie folgt definiert: «Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die 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 angemessen miteinbezogen und unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.»¹⁶

Im Zentrum der Palliative Care steht der Mensch, der als einzigartiges Individuum anerkannt und respektiert wird. Unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts bestimmen er und/oder die nahestehenden Bezugspersonen den Zeitpunkt, in dem Palliative Care erbracht werden soll.¹⁷

4.2 Die Nationale Strategie Palliative Care

Bund und Kantone haben im Rahmen der Plattform «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» beschlossen, Palliative Care in der Schweiz zu fördern. Sie haben deshalb am 22. Oktober 2009 die «Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012»¹⁸ verabschiedet. Darauf basierend wurden im Jahr 2010 die «Nationalen Leitlinien Palliative Care»¹⁹ erarbeitet. Diese definieren Palliative Care, formulieren die Grundwerte und Prinzipien und beschreiben die Zielgruppen, die Behandlungs- und Betreuungssettings sowie die Leistungserbringer von Palliative Care. «Die Bilanz der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012» zeigt, dass viele der geplanten Massnahmen umgesetzt wurden. Wichtige Grundlagendokumente wurden erarbeitet, womit eine gute Basis für die Förderung und Verankerung von Palliative Care in der Schweiz gelegt ist.»²⁰ An der Umsetzung der Massnahmen in den Bereichen Versorgung,

16 BAG und GDK (2011, aktualisiert 2014): Nationale Leitlinien Palliative Care, Seite 8

17 BAG und GDK (2011, aktualisiert 2014): Nationale Leitlinien Palliative Care, Seite 9

18 BAG: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang.de>: Strategie Palliative Care (5. September 2016)

19 BAG und GDK (2011, aktualisiert 2014): Nationale Leitlinien Palliative Care

20 BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, Seite 31

Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung, Forschung und Freiwilligenarbeit haben zahlreiche Akteure mitgearbeitet.

Die «Nationale Strategie Palliative Care» wurde im Oktober 2012 um drei Jahre verlängert. Da jedoch 2016 weiterhin Bedarf an politischer Unterstützung für Palliative Care in der Schweiz analysiert wurde, wird ab 2017 eine nationale Plattform Palliative Care eingesetzt. Im Zentrum stehen Fragen der Versorgung und Finanzierung, der Bildung sowie die Koordination der Aktivitäten mit weiteren Partnern. Aus- und Weiterbildung sollen weiter gefördert werden. Mit der Plattform Palliative Care soll die Wissensvermittlung und die Vernetzung weiterhin sichergestellt werden. Umgesetzt und koordiniert wird sie vom BAG in enger Zusammenarbeit mit der GDK, den Kantonen, der Fachgesellschaft palliative.ch und weiteren kompetenten Partnern.²¹

4.3 Handlungsfelder der Nationalen Strategie Palliative Care

In der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012» wurden folgende sechs Handlungsfelder identifiziert:

- **Versorgung** mit dem Ziel, dass in der ganzen Schweiz genügend Angebote der Palliative Care zur Verfügung stehen;
- **Finanzierung** mit dem Ziel, dass der Zugang zu Palliative Care Leistungen für alle Menschen vorhanden ist, unabhängig ihres sozio-ökonomischen Status;
- **Sensibilisierung** mit dem Ziel, dass die Bevölkerung in der Schweiz um den Nutzen von Palliative Care weiss und die Angebote kennt;
- **Bildung** mit dem Ziel, dass die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen und Freiwilligen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen und ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care verfügen;
- **Forschung** mit dem Ziel, die Forschung zur Palliative Care zu etablieren;
- **Übergreifend** mit dem Ziel, dass die Voraussetzungen für die Umsetzung der Nationalen Strategie mittels geeigneter Instrumente geschaffen sind.

4.4 Palliative Care als Versorgungsform

«Palliative Care ist ein innovatives Versorgungsmodell, das die Herausforderungen der Gesundheitspolitik - unsere immer älter werdende Gesellschaft sowie das Bedürfnis vieler Menschen nach Selbstbestimmung oder die Notwendigkeit einer integrierten Versorgung²² -

21 BAG: <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=57455> (10. Mai 2016)

22 Der Begriff «Integrierte Versorgung» beschreibt eine Behandlungs- und Betreuungsform, bei der mittels Vernetzung von einzelnen Angeboten und Institutionen ein Netzwerk geschaffen wird, in welchem die Leistungserbringer institutionalisiert und ergebnisorientiert zusammenarbeiten.

aufnimmt und umsetzt.»²³ Im Mittelpunkt stehen die Patientinnen, Patienten und ihre nahe-
stehenden Bezugspersonen mit ihren Bedürfnissen. «Neue Versorgungsmodelle zeichnen
sich durch eine am Patientennutzen orientierte, integrierte Versorgung aus und sind dem
Bedarf angepasst. Damit eine integrierte Versorgung erreicht werden kann, muss in neuen
Versorgungsmodellen die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert und die
Arbeits- und Kompetenzverteilung optimiert werden.»²⁴

4.5 Versorgungsstrukturen der Palliative Care in der Schweiz

In der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012» und den «Nationalen Leitlinien Pal-
liative Care» wird von einer Mehrheit von Patientinnen und Patienten (80%) ausgegangen,
die in der allgemeinen Palliative Care versorgt werden können. Nur 20% benötigen eine
spezialisierte Palliativversorgung. Die Zahl der Betroffenen nimmt bei steigender Komplexi-
tät ab (Abbildung 1).

Versorgungspyramide Palliative Care gemäss den «Nationalen Leitlinien Palliative Care»

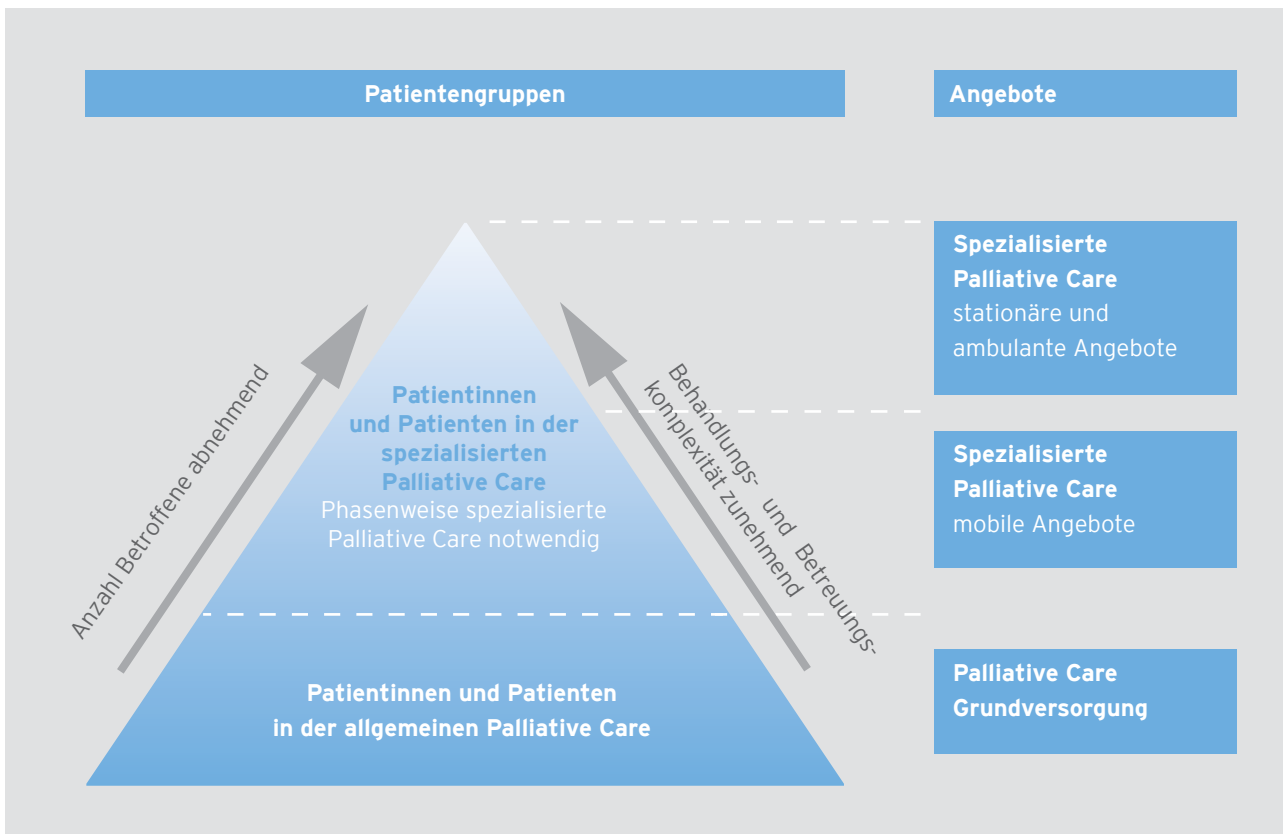


Abbildung 1: Übersicht über die Angebote nach Patientengruppen (vgl. Nationale Leitlinien Palliative Care, 4. Leitlinien: Zielgruppen)²⁵

²³ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, Seite 3

²⁴ BAG und GDK (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung, Seite 4

²⁵ BAG, palliative.ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte palliative Care in der Schweiz, Seite 11

Grundversorgung

«Die allgemeine Palliative Care umfasst Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. Diese Patientengruppe kann grösstenteils im Rahmen der Grundversorgung (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Organisationen zur Pflege zu Hause, Alters- und Pflegeheime sowie Institutionen für Menschen mit Behinderungen, Akutspitäler) betreut werden - immer unter der Voraussetzung, dass genügend Fachpersonen mit den entsprechenden Kompetenzen zur Verfügung stehen.»²⁶

Spezialisierte Versorgung

«Die zahlenmässig kleinere Gruppe «Patientinnen und Patienten in der spezialisierten Palliative Care» umfasst Patientinnen und Patienten, die auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative Care Team angewiesen sind. Dies, weil sie eine instabile Krankheitssituation aufweisen, eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen oder bei deren nahestehenden Bezugspersonen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Dazu gehören auch 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.»²⁷

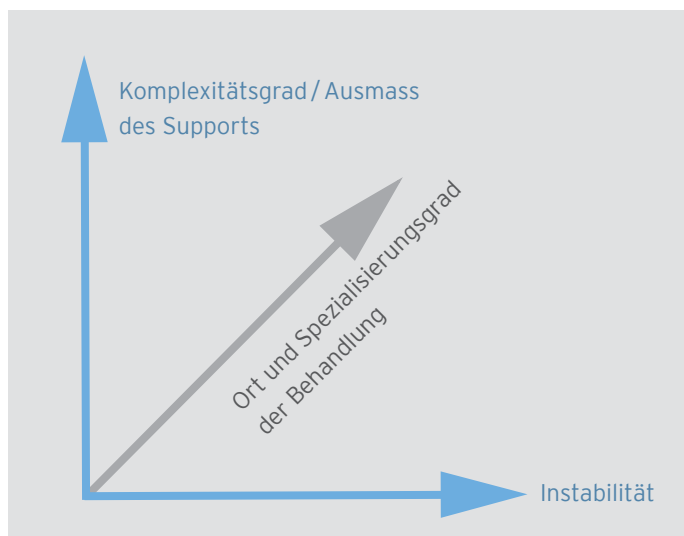


Abbildung 2: Die beiden Achsen Komplexität und Instabilität als Bezugsrahmen²⁸

Die Grundversorgung und die spezialisierte Versorgung lassen sich nicht aufgrund von unterschiedlichen Diagnosen und Leistungskatalogen voneinander abgrenzen. Vielmehr sind der Grad der Komplexität und der Instabilität einer Patientensituation sowie die strukturellen Gegebenheiten, die quantitativen und qualitativen (Fachkompetenz) Ressourcen, das

²⁶ BAG, palliative.ch und GDK (2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seite 8

²⁷ BAG, palliative.ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seiten 8 und 9

²⁸ BAG, palliative.ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seite 10

Funktionieren der Netzwerke und der Grad der Unterstützung durch nahestehende Bezugspersonen und Freiwillige ausschlaggebend dafür, ob spezialisierte Palliative Care nötig ist bzw. in Anspruch genommen werden muss. Die Unterscheidung orientiert sich deshalb an den spezifischen Patientenbedürfnissen in somatischer, psychischer, sozialer, organisatorischer und spiritueller Hinsicht.²⁹

Der Übergang zwischen den beiden Versorgungsbereichen ist fließend. Phasen der Instabilität und Komplexität können sich mit Phasen der Stabilität abwechseln. Eine Patientin, ein Patient kann im Verlauf der Krankheit zu beiden Versorgungsbereichen gehören.³⁰

²⁹ BAG und GDK (2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care, Seiten 4 und 5

³⁰ BAG, palliative.ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seite 9

Modell Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz³¹

Die Versorgungsstrukturen für Palliative Care gehen von den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in der allgemeinen wie auch in der spezialisierten Palliative Care aus (vgl. Abbildung 1). Um eine optimale Betreuung und Behandlung von unheilbar kranken Patientinnen und Patienten in beiden Versorgungsbereichen zu gewährleisten, sind Angebote aller beteiligten Leistungserbringer notwendig.

Ausgehend von diesen Anforderungen wurden die Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz festgelegt:

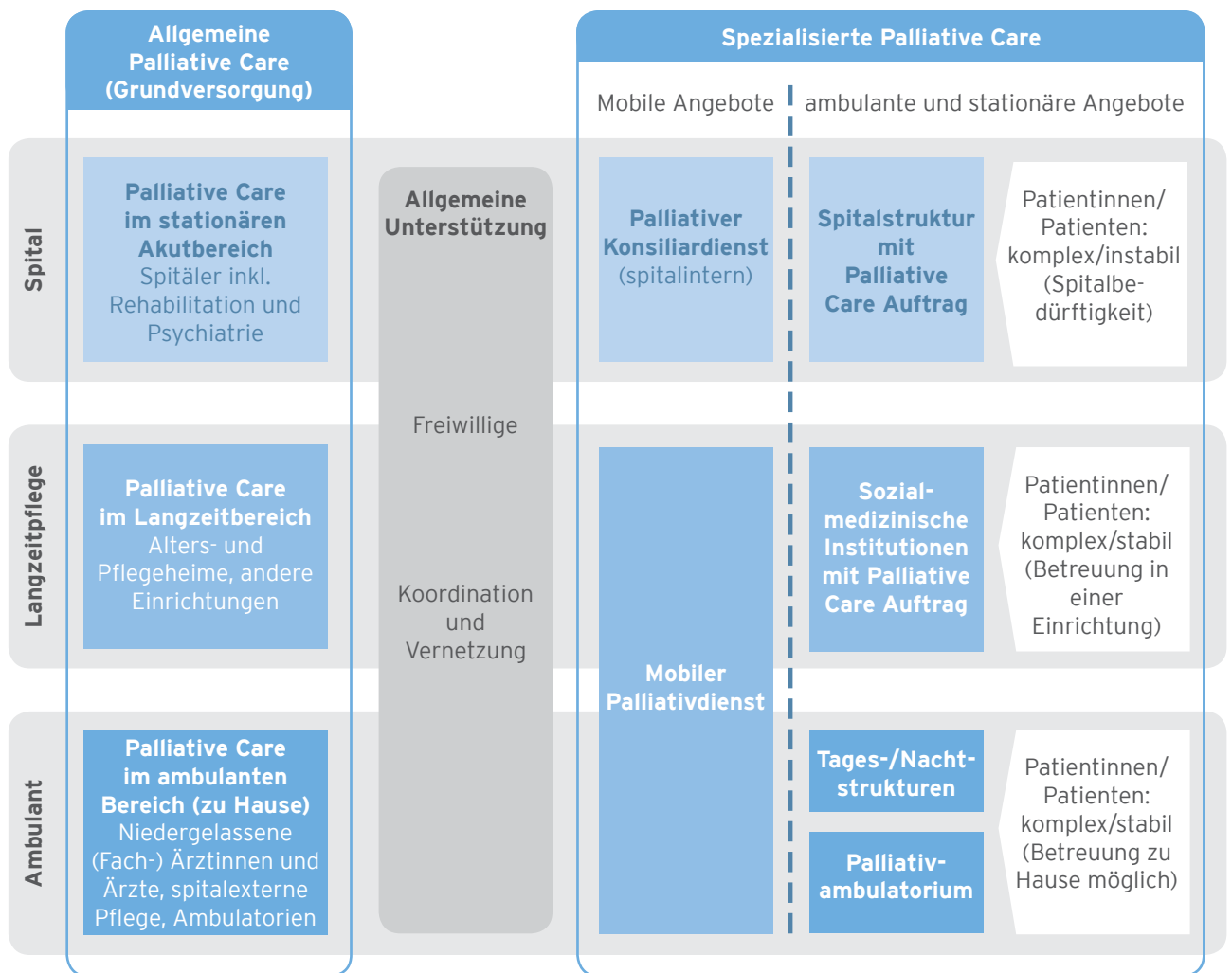


Abbildung 3: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz, ausgehend vom Bedarf³²

31 BAG, palliative.ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seiten 14 bis 16

32 BAG, palliative.ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seiten 12 und 13

Das Modell der Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz zeigt auf der linken Seite der Abbildung 3 die Situation für Patientinnen und Patienten in stabilen Krankheitssituationen, die keine komplexe Behandlung und Betreuung benötigen. Sie können von den Leistungserbringern der Grundversorgung behandelt und betreut werden. Voraussetzung ist, dass diese Leistungserbringer über die entsprechenden Grundkenntnisse im Bereich Palliative Care verfügen.

Auf der rechten Seite zeigt Abbildung 3 die Situation für Patientinnen und Patienten, die spezialisierte Palliative Care benötigen. Auch spezialisierte Palliative Care kann im Spital sowie im stationären und ambulanten Langzeitbereich angeboten werden. Es wird unterschieden zwischen mobilen sowie ambulanten und stationären Angeboten.

Die mobilen Angebote (Palliativ-Konsiliardienste und mobile Palliativdienste) unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung mit spezialisiertem Palliative Care Fachwissen. Patientinnen und Patienten in einer instabilen Krankheitssituation, die eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen, erhalten somit an ihrem Aufenthaltsort in der Grundversorgung (ambulant zu Hause, in der stationären Langzeitpflege oder im stationären Akutbereich) Zugang zu spezialisierter Palliative Care. Damit soll eine Verlegung bzw. kostenintensive Hospitalisierung, die zudem insbesondere für den unheilbar kranken Menschen sehr belastend sein kann, so weit möglich vermieden werden.

Die stationären Angebote (Spitalstrukturen und sozialmedizinische Institutionen je mit Palliative Care Auftrag) richten sich an Patientinnen und Patienten, die permanent auf Unterstützung durch spezialisierte Palliative Care angewiesen sind.

Tages- und Nachtstrukturen und Palliativ-Ambulatorien bieten zeitlich limitierte Behandlung sowie Entlastung für alle Betroffenen und deren nahestehenden Bezugspersonen. Dies ermöglicht den Betroffenen den Verbleib im privaten Umfeld.

Zur allgemeinen Unterstützung der Betroffenen und nahestehenden Bezugspersonen benötigt Palliative Care neben dem medizinischen und pflegerischen Wissen auch Kompetenzen weiterer Leistungserbringer (Sozialarbeit, Psychologie, Rehabilitation, Seelsorge, Freiwilligen-Arbeit etc.). Um die nationalen und internationalen Qualitätsstandards zu erfüllen, sollten die Angebote der Palliative Care immer innerhalb von regionalen Strukturen organisiert und vernetzt sein.

4.6 Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz³³

Die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care» betrifft unterschiedliche Bereiche: Versorgungskonzepte, Versorgungsstrukturen, Finanzierungssysteme, Sensibilisierung, Freiwilligenarbeit und spezifische Kompetenzen von Fachpersonen. Zusätzlich sind verschiedene Ebenen in Bezug auf den Spezialisierungsgrad der Angebote, Leistungen und Kompetenzen zu unterscheiden.

Um die vielfältigen Arbeiten auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen und in einen Gesamtkontext einzuordnen, haben das BAG, die GDK und palliative.ch gemeinsam das «Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz» entwickelt.

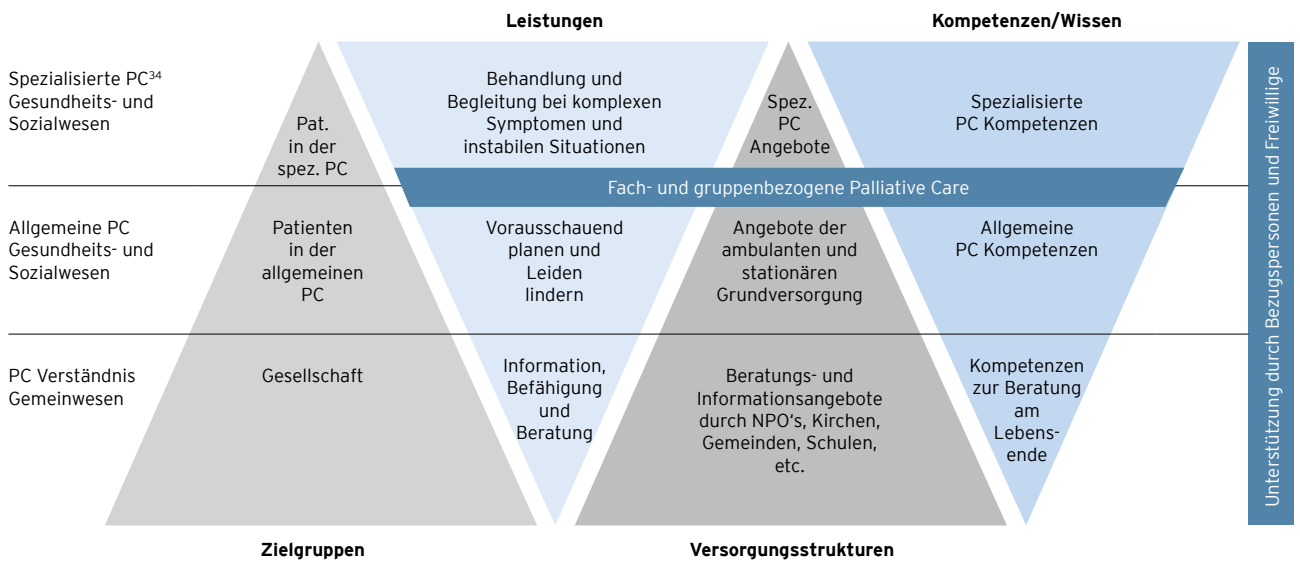


Abbildung 4: Modell Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz

Ausgehend vom personenbezogenen Ansatz³⁵ werden in diesem Rahmenkonzept drei Ebenen unterschieden: «Palliative Care Verständnis», «Allgemeine Palliative Care» (Grundversorgung), «Spezialisierte Palliative Care» (spezialisierte Versorgung). Diese beschreiben den Spezialisierungsgrad von Palliative Care Kompetenzen, Angeboten und Leistungen, der nötig ist, um den Bedürfnissen der betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen optimal zu entsprechen. Dazu kommen der Querschnittsbereich «fach- und gruppenbezogene Palliative Care» und der Bereich «Unterstützung durch Bezugspersonen und Freiwillige».

³³ BAG, GDK und palliative.ch (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz

³⁴ Palliative Care

³⁵ Beim personenbezogenen Ansatz ist nicht die medizinische Diagnose ausschlaggebend für die Erstellung eines Behandlungsplans, sondern die Bedürfnisse und Sorgen des betroffenen Menschen und seiner Bezugspersonen.

Nachfolgend werden die verschiedenen Ebenen und Bereiche des Rahmenkonzeptes Palliative Care Schweiz, Abbildung 4, kurz erläutert:

- Die **Ebene «Palliative Care Verständnis»** bezieht sich auf die Gesellschaft als Ganzes und auf das Bedürfnis der Menschen nach Information, Befähigung und Beratung zu den Themen unheilbare Krankheit, Sterben und Tod. Auf dieser Ebene geht es darum, dass Menschen sich - unabhängig davon, ob sie konkret betroffen sind oder nicht - grundsätzlich und vorausschauend mit der Situation einer unheilbaren Krankheit und dem Lebensende befassen und darin unterstützt werden.³⁶
- Die **Ebene «Allgemeine Palliative Care»** umfasst die allgemeine Palliative Care bzw. die Grundversorgung (vgl. Kapitel 4.5).
- Die **Ebene «Spezialisierte Palliative Care»** umfasst die spezialisierte Palliative Care bzw. die spezialisierte Versorgung (vgl. Kapitel 4.5).
- Der **Bereich Zielgruppen** auf der Ebene «Palliative Care Verständnis» umfasst die Bedürfnisse der Gesellschaft nach Information, Beratung und Befähigung im Hinblick auf das Lebensende. Auf den Ebenen «Allgemeine Palliative Care» und «Spezialisierte Palliative Care» geht es um die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten innerhalb dieser beiden Ebenen (vgl. Kapitel 4.5).
- Im **Bereich Leistungen** werden die Leistungen beschrieben, die nötig sind, um die genannten Bedürfnisse der Zielgruppen auf den drei Ebenen zu erfüllen. Von der untersten Ebene «Palliative Care Verständnis» zur obersten Ebene «Spezialisierte Palliative Care» nimmt der zeitliche, personelle und materielle Umfang der Palliative Care Leistungen zu. Die Bedürfnisse der Zielgruppen werden komplexer und die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten wird intensiver.
- Der **Bereich Versorgungsstrukturen** beschreibt, welche Angebotsstrukturen bereitstellen sollten, damit die notwendigen Palliative Care Leistungen erbracht werden können. Für die Ebene «Palliative Care Verständnis» sind dies gut zugängliche Beratungs- und Informationsangebote. Auf der Ebene «Allgemeine Palliative Care» ist eine gut ausgebaute palliative Grundversorgung im ambulanten und stationären Bereich notwendig. Dafür braucht es insbesondere eine breite Verankerung der bestehenden Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens und der Seelsorge oder bei Bedarf ein Ausbau dieser Angebote. Für die zahlenmässig kleinere Patientengruppe in der spezialisierten Palliative Care braucht es weniger, dafür jedoch spezialisierte Angebote. (vgl. Kapitel 4.5, Abbildung 3)
- Im **Bereich Kompetenzen** auf der Ebene «Palliative Care Verständnis» geht es darum, dass die Leistungserbringer auf dieser Stufe (Non-Profit-Organisationen, Kirchen, Gemeinden, Schulen, etc.) über ausreichende Kompetenzen verfügen, um Menschen im Bezug auf das Lebensende zu beraten und sie zu befähigen, den letzten Lebensabschnitt selbstbestimmt zu gestalten. Jede Fachperson, die Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Palliative Care behandelt und betreut, sollte über allgemeine Palliative Care Kompetenzen verfügen. Diese sind für die jeweiligen Aus- und Weiterbildungen der verschiedenen Berufe (Medizin, Pflege, Therapie, Seelsorge, Soziale Arbeit, Psychologie etc.)

³⁶ Die Ebene «Palliative Care Verständnis» fokussiert nicht ausschliesslich die letzten Lebenstage vor dem Tod, sondern den gesamten Verlauf einer unheilbaren Krankheit. Denn gerade zu Beginn einer unheilbaren Krankheit besteht oft das grösste Informationsbedürfnis.

stufengerecht anzupassen. Für die Leistungserbringung der spezialisierten Palliative Care sind seitens der Betreuungs- und Behandlungsteams, über die allgemeinen Palliative Care Kompetenzen hinaus, erweiterte Kompetenzen und spezifisches Fachwissen erforderlich. Diese spezifischen Palliative Care Kompetenzen sollten auf den genannten allgemeinen Palliative Care Kompetenzen aufbauen. Die Verankerung von Bildungsstandards - in allen für die Palliative Care wesentlichen Bildungsangeboten sowie der Weiter- bzw. Fortbildung - ist eine zentrale Voraussetzung für adäquate Palliative Care Leistungen.

- Der **Querschnittsbereich Fach- und gruppenbezogene Palliative Care** trägt dem Umstand Rechnung, dass Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen bei bestimmten Erkrankungen fachbezogene Probleme bzw. Bedürfnisse aufweisen (z.B. bei onkologischen, psychiatrischen oder neuro-degenerativen Erkrankungen, Nierenkrankheiten oder Suchterkrankungen). Zudem gibt es Bevölkerungsgruppen wie besonders junge oder alte Menschen (Pädiatrie, Geriatrie), Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung oder in einer besonderen Lebenssituation (z.B. Migrantinnen und Migranten, niedriger sozioökonomischer Status), die besondere Bedürfnisse aufweisen, die es zu berücksichtigen gilt. Die Betreuung und Behandlung dieser Palliativpatientinnen und -patienten wird durch die Fachpersonen der jeweiligen Fachbereiche wahrgenommen, die über die notwendigen Kompetenzen im Bereich der Palliative Care verfügen. Für Patientinnen und Patienten mit Bedürfnissen der spezialisierten Palliative Care können zusätzlich die mobilen Angebote der spezialisierten Palliative Care (mobile Palliativdienste und Konsiliardienste) begezogen werden.
- Der **Querschnittsbereich Unterstützung durch Bezugspersonen und Freiwillige** bezieht sich auf Bezugspersonen und Freiwillige als Mitglieder der Gesellschaft. Bezugspersonen und Freiwillige können auf allen drei Ebenen der Palliative Care aktiv sein. Einerseits erbringen diese beiden Personengruppen oft zentrale Unterstützungsleistungen für Menschen in palliativen Situationen. Freiwillige können zusätzlich die Bezugspersonen begleiten und Fachpersonen entlasten. Andererseits sind Bezugspersonen und Freiwillige selber auch auf Unterstützung und Begleitung durch Fachpersonen angewiesen.

4.7 Bedarf an Palliative Care Leistungen im schweizerischen Gesundheitswesen

«In der Schweiz stehen keine Zahlen zur Verfügung, aus denen ersichtlich werden könnte, wie viele Menschen in der letzten Lebensphase Palliative Care benötigen.»³⁷ Die Anzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten kann aufgrund der ungenügenden Datenlage lediglich geschätzt werden.

BAG und GDK gingen im Jahr 2012 von zirka 40 000 und im Jahr 2032 von 53 000 Personen, die Palliative Care Leistungen benötigen, aus. Die Anzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung (80%) wird gemäss dieser Schätzung von 32 000 (2012) auf 42 000 (2032) und in der spezialisierten Versorgung (20%) von 8 000 (2012) auf 11 000 Personen (2032) steigen. Da die Zahl der Todesfälle von über 80-jährigen und älteren Menschen zunimmt, dürfte sich die geschätzte Zahl der Palliativpatientinnen und -patienten eher erhöhen, da ältere Menschen häufiger an gesundheitlichen Einschränkungen und Multimorbidität leiden als jüngere Menschen. Diese Zunahme wird sich vor allem im Bereich der palliativen Grundversorgung auswirken.³⁸

Der quantitative Bedarf an spezialisierten Palliative Care Angeboten kann aufgrund der ungenügenden Datenlage ebenfalls lediglich geschätzt werden. BAG, palliative ch und GDK empfehlen, die Richtgrössen der «European Association for Palliative Care (EAPC)», die europaweiten Qualitätsstandards entsprechen, als konzeptuellen und inhaltlichen Bezugsrahmen für die Entwicklung von lokalen, regionalen und kantonalen Versorgungsstrukturen in der Palliative Care zu berücksichtigen. Die EAPC geht von 80 bis 100 Palliativbetten je einer Million Einwohnerinnen und Einwohner und von einem ambulanten Palliativteam je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner aus.³⁹ Die stationären und mobilen Palliative Care Teams müssen an 7 Tagen während 24 Stunden je Tag zur Verfügung stehen. Zur Abdeckung eines 24-Stundenbetriebs sind in der Regel mindestens 4 bis 5 vollzeitbeschäftigte Fachpersonen erforderlich.⁴⁰

4.8 Finanzierung von Palliative Care Leistungen

Das Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern⁴¹ gibt einen differenzierten Überblick über die Situation und die Lücken der Finanzierung von Palliative Care Leistungen gemäss Obligatorischer Krankenpflegeversicherung (OKP) und Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Da sich diese Finanzierungslücken in den einzelnen Kantonen nicht unterscheiden, wurden die Aussagen zur Finanzierung der Palliative Care Leistungen aus dem Konzept des Kantons Bern überprüft und, wo nötig, auf die aktuelle Situation angepasst.

37 BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, Seite 10

38 BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, Seite 11

39 BAG, palliative ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seite 19

40 BAG, palliative ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seite 29

41 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2013/2014): Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern, Seiten 15 und 16

Die Kostenübernahme von Palliative Care Leistungen wird heute entsprechend der Regelfinanzierung und den Tarifstrukturen des schweizerischen Gesundheitswesens gemäss den unterschiedlichen Versorgungsbereichen, der Fallpauschale im stationären Bereich der Spitalversorgung, dem TARMED-Tarif im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen sowie der Pflegefinanzierung im stationären und ambulanten Bereich der Langzeitpflege geregelt.

In allen Tarifstrukturen wurden Lücken zur angemessenen Finanzierung von Palliative Care Leistungen gemäss KVG identifiziert. Die Schliessung dieser Lücken erfolgte teilweise im Rahmen der Teilprojekte «Versorgung» und «Finanzierung» der Nationalen Strategie Palliative Care.

Um den Zugang zu Palliative Care Leistungen für alle Menschen - unabhängig von ihrem sozio-ökonomischen Status - gewährleisten zu können, müssen noch weitere Versorgungs- und Finanzierungslücken geschlossen werden. Eine ungenügende und fehlende Finanzierung behindert den Ausbau von Palliative Care Angeboten und beeinflusst damit den Zugang zu Palliative Care in der Grund- und der spezialisierten Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie deren Bezugspersonen.

Besonders im Langzeitpflegebereich wurden die verschiedenen Instrumente zur Einstufung des Pflegebedarfs nicht spezifisch für Palliative Care Situationen entwickelt. Deshalb bilden die Pflegestufen die erbrachten Leistungen in palliativen Situationen nur ungenügend ab. In gewissen Krankheitsphasen und Krisensituationen erlauben die Vorgaben für eine Neueinstufung zudem keine direkte Anpassung der Verrechnung.

Eine positive Entwicklung ist bei der Entschädigung von palliativmedizinischen Komplexbehandlungen in Spitälern zu beobachten. In der SwissDRG-Version 5.0 werden diese Behandlungen seit dem 1. Januar 2016 mit hohen Kostengewichten berücksichtigt. Ärztlich verordnete Leistungen werden grundsätzlich nach dem Vertrauensprinzip durch die OKP vergütet. Wegen dem offenen Leistungskatalog sind dabei Lücken ausgeschlossen.⁴² Hingegen werden Leistungen in palliativen Situationen, die zeit- und personalintensiv sind, besonders in komplexen und instabilen Situationen ungenügend abgegolten.⁴³

Bestimmte erforderliche Leistungen wie Kommunikations- und Betreuungsleistungen, Koordinations- und Vernetzungsleistungen zur vorausschauenden Planung und sogenannt patientinnen- und patientenferne Leistungen wie Schulungsleistungen sind nicht genügend in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen. Da diese Leistungen nicht notwendigerweise die Anwesenheit der Patientin respektive des Patienten erfordern und nicht gemäss Art. 25

42 BAG und GDK (2013): Finanzierung der Palliative Care Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care, Seite 13

43 BAG und GDK (2013): Finanzierung der Palliative Care Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care, Seite 15

KVG dazu dienen, eine Krankheit zu diagnostizieren oder zu behandeln, können diese Leistungen der OKP nicht in Rechnung gestellt werden.⁴⁴

Im Zeitraum der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 trat per 1. Januar 2012 eine Anpassung des Artikels 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)⁴⁵ zur Verbesserung der Abgeltung von pflegerischen Leistungen in Kraft: In komplexen und instabilen Pflegesituationen werden Koordinationsleistungen, die von spezialisierten Pflegefachpersonen erbracht werden, vergütet.⁴⁶ Diese Anpassung, die nicht nur für palliative Pflegesituationen gilt, erleichtert die patientinnen- und patientenzentrierte Koordination von Leistungen in komplexen und die vorausschauende Planung in instabilen Pflegesituationen.

Obschon die Pflegekontinuität und die Anpassung der Behandlung an die schnellen Veränderungen der Patientenbedürfnisse Voraussetzungen für eine verantwortungsvolle und kostengünstige Betreuung darstellen, bestehen übergreifende Finanzierungslücken, wenn Palliativpatientinnen und -patienten von einem Versorgungsbereich in einen anderen übertreten, sich gleichzeitig in mehreren Versorgungsbereichen bewegen oder wenn sie in einem Alters- und Pflegeheim aufgenommen sind und zusätzlich Leistungen von spezialisierten mobilen Leistungserbringern benötigen. Im Wesentlichen sind Fragen bei der Doppelfakturierung von ambulanten und stationären Leistungen ungelöst.⁴⁷

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass nach wie vor grundlegende Lücken in der Finanzierung bestehen, um den Zugang zu Palliative Care Leistungen in allen Versorgungsbereichen sicherzustellen und um eine kontinuierliche Behandlung, Pflege und Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten sowie die Anpassung an die schnellen Veränderungen der Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten genügend zu gewährleisten. Die Finanzierungslücken können zur Folge haben, dass Leistungen, die nicht abgegolten werden, nicht angeboten bzw. nicht in Anspruch genommen werden können. Als Konsequenz kann es zu vermeidbaren Spitaleintritten kommen. Insbesondere erschweren Finanzierungslücken den Aufbau von spezialisierten Angeboten, welche in allen Versorgungsbereichen sowohl komplexere und zeitaufwändigere patientinnen- und patientenbezogene als auch patientinnen- und patientenferne Leistungen erbringen.

44 BAG und GDK (2013): Finanzierung der Palliative Care Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care, Seite 26

45 Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; 832.112.31).

46 BAG und GDK (2013): Finanzierung der Palliative Care Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care, Seite 20

47 BAG und GDK (2013): Finanzierung der Palliative Care Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care, Seite 20

Die unterschiedlichen Tarif- und Anreizsysteme sind für die Zusammenarbeit bzw. einen effizienten Mitteleinsatz über die verschiedenen Versorgungsbereiche hinweg hinderlich. Trotzdem versuchen die beteiligten Leistungserbringer bereits heute, die Zusammenarbeit sicherzustellen. Eine Verbesserung der Abgeltung von Palliative Care Leistungen entspricht in diesem Sinn auch den Zielsetzungen von GDK und BAG zur integrierten Versorgung.

Die kirchlichen Institutionen und die Freiwilligen-Organisationen bieten im Bereich der Palliative Care Betreuungsleistungen an, welche nicht über die OKP finanziert werden.

Die Finanzierung von Palliative Care Leistungen der römisch-katholischen Kirchgemeinden Appenzell Ausserrhoden und der evangelisch-reformierten Landeskirche beider Appenzell ist wie folgt geregelt: Die Seelsorge in der ambulanten Palliative Care sowie in einem Alters- und Pflegeheim wird ausschliesslich über die Kirchensteuern finanziert. Bis anhin unterstützt der Kanton die Seelsorge des Spitalverbunds Appenzell Ausserrhoden durch Beiträge an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Die Freiwilligen-Organisationen finanzieren sich durch Beiträge, z. B. des Schweizerischen Roten Kreuzes (Hospiz-Dienst St. Gallen), des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) und Kostenanteilen der Angehörigen/Familienbeiträge (Entlastungsdienst beider Appenzell) sowie durch Mitgliederbeiträge und Spenden.

5

Ist-Situation der palliativen Versorgung in Appenzell Ausserrhoden

5.1 Aktuelle palliative Versorgungsstrukturen in Appenzell Ausserrhoden

Die folgenden Leistungserbringer spielen bereits heute eine tragende Rolle in der Palliative Care Grundversorgung:

- (Fach-) Ärztinnen und Ärzte
- Spitäler
- Spitex-Organisationen, zugelassene Fachpersonen der Medizin, Pflege und Therapie
- Alters- und Pflegeheime
- Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung
- Kirchliche Institutionen
- *palliative ostschweiz*
- Forum Palliative Care Appenzeller Vorderland⁴⁸
- Forum Palliative Care Teufen
- Freiwilligen-Organisationen (z. B. Entlastungs- und Hospizdienste)

Für die spezialisierte Palliativversorgung kooperieren (Fach-) Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Spitex-Organisationen, zugelassene Fachpersonen der Medizin, Pflege und Therapie, Alters- und Pflegeheime und Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung mit bereits dafür eingerichteten Institutionen aus den Kantonen St. Gallen und Zürich:

- Kantonsspital St. Gallen
- Palliative Hotline Ostschweiz 24h
- Ostschweizer Kinderspital St. Gallen
- Kinderspital Zürich
- Palliativer Brückendienst der Krebsliga Sektion Ostschweiz

Die koordinierte Zusammenarbeit unter diesen Akteuren ist ein zentraler Erfolgsfaktor für eine umfassende Palliative Care. Das Engagement der verschiedenen Leistungserbringer und die bisher geleistete Arbeit sind deshalb Grundlage für eine weitere konstruktive Zusammenarbeit und die erfolgreiche Umsetzung der nötigen Massnahmen zur besseren Vernetzung.

⁴⁸ Ein Palliative Care Forum umfasst alle wichtigen Partner der palliativen Grundversorgung und arbeitet mit Anbietern der spezialisierten Palliative Care verbindlich zusammen.

5.2 IST-Analyse der Leistungs- und Versorgungsbereiche

Im Auftrag des Departements Gesundheit und Soziales führte die Fachhochschule St.Gallen⁴⁹ 2015 eine IST-Analyse durch. Ziel der Umfrage war eine Selbstdeklaration und Selbsteinschätzung der Leistungserbringer.

In die Umfrage eingeschlossen waren Spitäler (befragt 4, Rücklauf 4), Alters- und Pflegeheime (befragt 30, Rücklauf 28, wobei 2 Trägerschaften mehrere Häuser betreiben), Spitex-Organisationen mit kommunalem Versorgungsauftrag (befragt 3, Rücklauf 3), Hausärztinnen/Hausärzte (befragt 35, Rücklauf 31), Kirchliche Institutionen (befragt 20, Rücklauf 19), Freiwilligen-Organisationen (befragt 4, Rücklauf 3). Bei den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung wurden 21 Einrichtungen angeschrieben. Der Rücklauf betrug 7. Diese geringe Rücklaufquote kann darauf zurück geführt werden, dass auch Einrichtungen ohne stationäre Wohnmöglichkeiten (Tagesstrukturen oder Entlastungsangebote) angeschrieben wurden.

Eine Erhebung der Patientensicht liegt nicht vor, obwohl die Sichtweise der betroffenen Patientinnen und Patienten wünschenswert wäre. Auf eine Umfrage bei den Patientinnen und Patienten wurde aus finanziellen, rechtlichen und ethischen Gründen verzichtet.

Methodisches Vorgehen

In einem ersten Schritt wurde für die zu befragenden Leistungserbringer je ein webbasierter Fragebogen entwickelt, welcher die Besonderheiten der einzelnen Leistungserbringer berücksichtigte. Nach Abschluss der Datenerhebung wurde die Datenanalyse für alle sieben Fragebogen separat durchgeführt. Die Daten wurden extrahiert und eine «Urliste» als Ausgangspunkt für die Berechnungen erstellt. Anschliessend wurde die deskriptive Datenanalyse der Befragung durchgeführt.

Anhand der statistischen Auswertung sowie Zusammenfassungen der Freitextanteile wurde ein Ergebnisteil entworfen und in Konzeptmeetings besprochen. Im Anschluss daran wurden die abgeleiteten Ziele und Massnahmen bis zur Konsensbildung überarbeitet.

5.2.1 Ergebnisse IST-Analyse

Ausser bei den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung liegt die Rücklaufquote bei den befragten Leistungserbringern bei 75-100 % und ist somit repräsentativ. Bei den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung beträgt der Rücklauf 33 %. Es kann angenommen werden, dass sich ausschliesslich die grösseren Anbieter mit Leistungsauftrag und stationären Wohnangeboten an der Umfrage beteiligt haben. Die Ergebnisse der Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung werden in einem separaten Kapitel dargestellt, damit das Ergebnis der massgeblichen Leistungserbringer nicht beeinflusst wird.

Nachfolgend werden ausgewählte Aussagen der verschiedenen Leistungserbringer zu den Ergebnissen der IST-Analyse dargestellt. Die Auswahl beschränkt sich auf die Bereiche, in welchen aufgrund der Selbstdeklaration ein ausgewiesener Handlungsbedarf abgeleitet wurde.

⁴⁹ Fringer, André; Müller-Hutter, Monika (2016): Ergebnis Ist-Analyse. Palliative Care im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Hg. v. Departement Gesundheit, Kanton Appenzell Ausserrhoden. Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, FHS St.Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Herisau.

Aussagen zur Qualität der Versorgung

Um Aussagen über die Qualität der Versorgung machen zu können, werden in einem ersten Schritt die Selbsteinschätzungen der verschiedenen Leistungserbringer zur Fachlichkeit und Expertise dargelegt.

Spitäler

Von den vier befragten Spitälern beurteilen zwei Einrichtungen die Fachlichkeit und Expertise in Palliative Care als gut, eine Einrichtung als weniger gut und eine Einrichtung als mangelhaft.

Alters- und Pflegeheime

Von den befragten Alters- und Pflegeheimen bewerten lediglich 3.7 % ihre Fachlichkeit und Expertise als sehr gut. Immerhin schätzen 66.7 % der Befragten diese als gut ein. Ein Drittel der Einrichtungen, nämlich 29.6 % beurteilt ihre Fachlichkeit und Expertise als weniger gut bis mangelhaft.

Spitex

Von den drei befragten Spitex-Organisationen beurteilt eine Einrichtung die Fachlichkeit und Expertise als sehr gut und zwei als gut.

Hausärztinnen/Hausärzte

Von den 31 Hausärztinnen/Hausärzten, die an der Befragung teilnahmen, schätzen 25.8 % ihr Fachlichkeit und Expertise als sehr gut und 54.8 % als gut ein. 19.4 % beurteilen diese jedoch als weniger gut.

Die Qualität der Versorgung ist auch von den absolvierten Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abhängig. Deshalb werden in einem weiteren Schritt die Angaben der verschiedenen Leistungserbringer bezüglich den vorhandenen Kompetenzlevels in Palliative Care bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dargelegt. Die Kompetenzlevels orientieren sich an den Ausbildungsniveaus in Palliative Care von Swiss Educ und palliative.ch. Die Ausbildungslevels A - C wurden mit Stundenangaben (Minimalzeiten in Anlehnung an die Bologna Bildungssystem Reform) definiert.⁵⁰

⁵⁰ *palliative ostschweiz* (2015): Palliative Care, Kompetenzen Level A-C, Auf den Grundlagen des Modells «SENS», Seite 41

	A1	A2	B1	B2	C
Definition	Personen, die gelegentlich in ihrem Berufsalltag mit chronisch kranken Menschen oder mit akuten Situationen am Lebensende konfrontiert sind. Diese Personen sind entweder in der Grundversorgung oder im Gemeinwesen tätig.	Berufsfachleute im Gesundheitswesen, die gelegentlich palliative Patienten und deren Familien begleiten. Diese Fachleute sind in der Grundversorgung tätig. Sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben oder diese zum Arbeitsalltag gehören. Diese Fachleute bieten Palliative Care an.	Sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben oder diese zum Arbeitsalltag gehören. Diese Fachleute bieten palliative Grundversorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, deren Berufsalltag vor allem Palliative Care Situationen umfasst (Palliative Care Einrichtungen, Palliative Care Teams [Spitalintern/-extern]) oder als Resourcepersonen für Fachleute aus anderen Gebieten. Diese Fachleute bieten eine spezialisierte palliative Versorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Experten, die hochspezialisierte Palliative Care anbieten.
Versorgungsstufen	Grundversorgung	Grundversorgung	Grundversorgung	Spezialisierte Versorgung	Hochspezialisierte Versorgung
Kursdauer	24 Stunden 3 Tage	40 Stunden 5 Tage	80 Stunden 10 Tage	280 Stunden	min. 1800 Stunden max. 3600 Stunden

Tabelle 1: Ausbildungsniveaus in Palliative Care⁵¹

Die befragten Institutionen weisen in Bezug auf den Kompetenzlevel unterschiedliche Zahlen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus.

Kompetenzlevel	Ärztinnen bzw. Ärzte	Pflegende	Andere
A1 Grundversorgung (ca. 24 Stunden)	0	0	0
A2 Grundversorgung (ca. 40 Stunden)	2	1	2
B1 Grundversorgung (ca. 80 Stunden)	0	2	6
B2 spezialisierte Versorgung (ca. 280 Stunden)	1	1	0
C hochspezialisierte Versorgung (>1800 Stunden)	0	0	0

Tabelle 2: Verteilung der Kompetenzlevel der Mitarbeiter/-innen in den Spitälern in Appenzell Ausserrhoden

Leider wurde bei den Spitälern keine Gesamtzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhoben.

⁵¹ *palliative ostschweiz* (2015): Palliative Care, Kompetenzen Level A-C, Auf den Grundlagen des Modells «SENS», Seite 39

Von den antwortenden Hausärztinnen/Hausärzten haben 29 % einen Basiskurs für Palliative Care besucht. 42 % haben keinen Kurs besucht und von 29 % wurden andere Kurse angegeben. In den kirchlichen Institutionen ist die Bereitschaft für Weiterbildungen vorhanden, insbesondere bei Mitarbeiter/-innen und Freiwilligen, die eher Menschen in palliativen Situationen betreuen. Alle Mitarbeiter/-innen der Freiwilligen-Organisationen verfügen über eine Weiterbildung auf Level A1.

Die Alters- und Pflegeheime geben an, dass in den Einrichtungen insgesamt 35 055 Stellenprozent in der Pflege mit Fachpersonen der Tertiär- und Sekundarstufe II besetzt sind. Davon weisen 874 Stellenprozent eine Weiterbildung im Kompetenzlevel A1 (mindestens 24 Stunden) und 160 Stellenprozent im Kompetenzlevel A2 (mindestens 40 Stunden) aus.

Nach Angaben der Spitex-Organisationen sind durchschnittlich 2 380 Stellenprozent an Mitarbeiter/-innen in der Pflege angestellt. Davon sind durchschnittlich 1782 Stellenprozent Fachpersonen mit einem Abschluss auf der Tertiär- oder Sekundarstufe II. Bei den Spitex-Organisationen wurden die Angaben zu den Kompetenzlevels nicht in Stellenprozent erhoben. Es wurde angegeben, welche Anzahl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eine Weiterbildung in Palliative Care verfügen.

Kompetenzlevel	Anzahl Mitarbeiter/-innen in der Pflege
A1 Grundversorgung (24 Stunden)	8
A2 Grundversorgung (40 Stunden)	15
B1 Grundversorgung (80 Stunden)	8
B2 spezialisierte Versorgung (280 Stunden)	2
C hochspezialisierte Versorgung (>1800 Stunden)	0

Tabelle 3: Verteilung der Kompetenzlevels der Mitarbeiter/-innen in den Spitex-Organisationen Appenzell Ausserrhoden

Ein weiterer Indikator für die Qualität der Versorgung ist das Symptommanagement und die Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle.

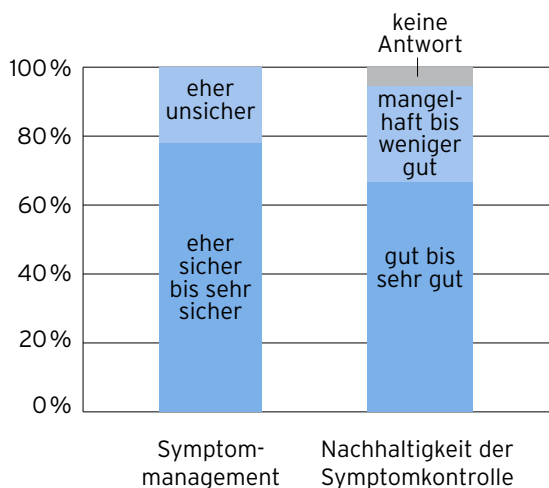


Abbildung 5: Symptommanagement und Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle aus Sicht der Mitarbeiter/-innen in Alters- und Pflegeheimen in Appenzell Ausserrhoden

Bezüglich des Symptommanagements in palliativen Situationen fühlen sich die Mitarbeiter/-innen nach Ansicht der Spitäler eher unsicher bis eher sicher, ein Spital konnte dazu keine Aussagen machen. In den Spitex-Organisationen fühlen sich die Mitarbeiter/-innen eher sicher im Symptommanagement und die Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle wird als gut eingeschätzt. Die Hausärztinnen/Hausärzte geben zu 60% an, standardisierte Symptomkontrollen durchzuführen.

Das Fachwissen im Bereich Palliative Care ist nicht homogen, da ein beträchtlicher Prozentsatz der Spitäler, Alters- und Pflegeheime und Ärzteschaft die Fachlichkeit als weniger gut bis mangelhaft einschätzt. Das Ausbildungsniveau ist eher tief.

Fazit zu den Aussagen zur Qualität der Versorgung

Die Sicherheit bezüglich Fachlichkeit, Symptommanagement und Nachhaltigkeit der Symptomkontrolle ist durch gezielte Fort- und Weiterbildung auszubauen und entsprechende Kompetenzen sind zu entwickeln.

Handlungsbedarf

Aussagen zur Finanzierung der Palliative Care Leistungen

Bei den Aussagen zur Finanzierung werden die allgemeine Beurteilung der Finanzierung der erbrachten Leistungen als auch bereits genannte Lücken in der Finanzierung aufgezeigt. Die Akutspitäler beurteilen die Vergütung der palliativen Leistungen als gut bis mangelhaft, während 67% der Alters- und Pflegeheime die Vergütung als weniger gut bis mangelhaft einschätzen. Die Zufriedenheit mit der Finanzierung palliativer Leistungen wird von den Spitex-Organisationen als gut bezeichnet. Allerdings gibt es Finanzierungslücken bei Übertritten vom Akutspital in den Bereich der ambulanten Langzeitpflege. Die Vergütung hausärztlicher Leistungen für palliative Versorgungsbedürfnisse durch die Krankenkassen wird nach Ansicht der befragten Hausärztinnen/Hausärzte zu 59% als sehr gut bis gut und zu 35% als weniger gut bis mangelhaft bewertet. 6% konnten auf diese Frage keine Einschätzung geben.

Fazit zur Finanzierung der Palliative Care Leistungen

Seit dem 1. Januar 2016 werden die palliativen Behandlungen in den Akutspitälern mit der SwissDRG-Version 5.0 mit hohen Kostengewichten berücksichtigt. Somit hat sich die Kostendeckung im Akutbereich verbessert. Mit der Anpassung von Art. 7 KLV werden bei der Pflege zu Hause und in den Alters- und Pflegeheimen auch Koordinationsleistungen vergütet, wenn sie durch diplomiertes Pflegefachpersonal erbracht werden. Trotzdem bestehen nach Einschätzung der Befragten sowohl in den stationären Bereichen der Spital- und Langzeitpflege als auch im Bereich der ambulanten Langzeitpflege noch weitere Finanzierungslücken.

Handlungsbedarf

Die Finanzierungslücken sind aufzuzeigen und je nach Versorgungsbereich entsprechende Massnahmen abzuleiten.

Aussagen zur Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern

Aus der Selbstdeklaration der Leistungserbringer werden nachfolgend die Zusammenarbeit und der Informationsfluss unter den verschiedenen Leistungserbringern sowie die Koordination der Versorgung und Entscheidungsfindung näher ausgeführt.

Die Zusammenarbeit bzw. der Informationsfluss zwischen den involvierten Akteuren wird von allen Spitälern als gut bis sehr gut bezeichnet. Die Spitex-Organisationen beurteilen die Zusammenarbeit mit den freiwilligen Organisationen als gut. Hingegen wird das Schnittstellenmanagement während dem Wechsel von Behandlungsteams und in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/Hausärzten als gut bis weniger gut beschrieben.

	sehr gut	gut	weniger gut	mangelhaft	weiss nicht
Ambulante Langzeitpflege (n=28)	32.1%	50%	7.1%	3.6%	7.1%
Stationäre Langzeitpflege (n=28)	17.9%	64.3%	3.6%	3.6%	10.7%
Spitalversorgung (n=29)	13.8%	51.7%	20.7%	3.4%	10.3%
Ärztinnen und Ärzte andere Fachdisziplinen (n=27)	-	55.6%	33.3%	-	11.1%

Tabelle 4: Bewertung der Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsbereiche aus Sicht der Hausärztinnen/Hausärzte.

Die Hausärztinnen und Hausärzte geben zu 86.2 % an, dass sie mit interprofessionellen und interdisziplinären Teams vernetzt arbeiten und diese Gruppen in die Behandlung einbeziehen.

	sehr gut	gut	weniger gut	mangelhaft	weiss nicht
Palliativzentrum im KSSG (n=29)	51.7 %	34.5 %	6.9 %		6.9 %
Seelsorge (n=27)	11.1 %	51.9 %	11.1 %	7.4 %	18.5 %
Sozialdienste (n=25)	16 %	36 %	20 %	8 %	20 %
Brückendienst (n=28)	60.7 %	25 %	3.6 %		10.7 %
Andere (n=12)	25 %	25 %			50 %

Tabelle 5: Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit

In den Alters- und Pflegeheimen wird die Koordination der Versorgung und Entscheidungsfindung bezüglich Palliative Care zu 54 % als gut bis sehr gut und zu 11 % als weniger gut beurteilt. 35 % der Institutionen haben nicht auf diese Frage geantwortet. In akuten palliativen Situationen steht den Einrichtungen nur zu 53.6 % eine Ärztin oder ein Arzt als Ansprechpartner zur Verfügung. Bei den kirchlichen Institutionen war die Fragestellung bezüglich Zusammenarbeit nur auf den interdisziplinären Austausch begrenzt. Keine der befragten Institutionen nimmt regelmässig an einem interdisziplinären Austausch teil. Gemäss 35 % der Befragten findet hin und wieder ein Austausch statt.

Je nach Leistungserbringer wird die Zusammenarbeit unterschiedlich beurteilt.

Fazit zur Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern

Das Schnittstellenmanagement ist zu analysieren. Die Zusammenarbeit und Vernetzung unter den verschiedenen Leistungserbringern ist zu optimieren.

Handlungsbedarf

Aussagen zum Einbezug von nahestehenden Bezugspersonen

Der Einbezug und die Unterstützung der nahestehenden Bezugspersonen kommt bereits in der Definition von Palliative Care deutlich zum Ausdruck. Die nahestehenden Bezugspersonen bilden, bei konsequentem Einbezug, ein nicht zu unterschätzendes Unterstützungspotential in der Palliativen Versorgung.

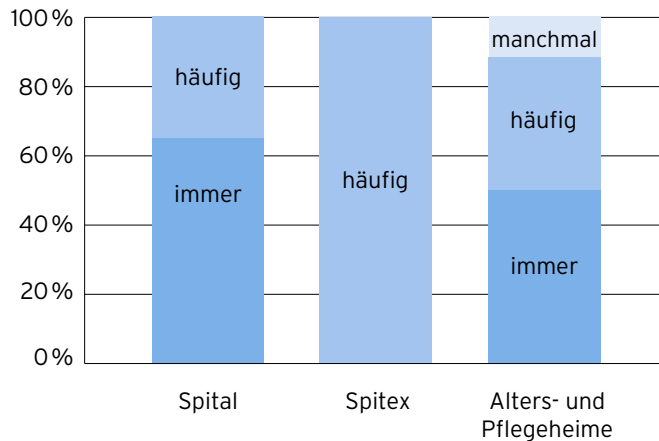


Abbildung 6: Einbezug der nahestehenden Bezugspersonen

Die Hausärztinnen/Hausärzte betrachten es zu 97 % als ihre Aufgabe, auch die Angehörigen in palliativen Situationen zu betreuen. Der zeitliche Aufwand für die Arbeit in palliativen Situationen beträgt nach ihrer Einschätzung durchschnittlich 33 %.

Fazit zum Einbezug von nahestehenden Bezugspersonen

Die Unterstützung und Begleitung der nahestehenden Bezugspersonen erfordert gemäss den Aussagen der Hausärztinnen/Hausärzte einen beträchtlichen Zeitaufwand. Dies könnte mit ein Grund sein, weshalb der Einbezug nahestehender Bezugspersonen auch bei anderen Leistungserbringern nicht immer erfolgt.

Handlungsbedarf

Die nahestehenden Bezugspersonen sind von allen Leistungserbringern gezielter zu unterstützen und zu begleiten. Diesbezügliche Lösungsansätze sind zu definieren.

Übergeordnete Aussagen

- Aufgrund des Antwortverhaltens und Nichtbeantwortens von Fragen kann davon ausgegangen werden, dass das Verständnis von Palliative Care sehr unterschiedlich ist.
- Die kirchlichen Institutionen und Freiwilligenorganisationen schätzen ihren Bekanntheitsgrad nur als befriedigend ein. Das liegt zum Teil daran, dass diese Institutionen - anders als medizinische Leistungserbringer - zu wenig in den Informationsfluss eingebunden sind. Entsprechend ist die Auslastung bzw. der Einbezug dieser Leistungserbringer noch eher gering.

Handlungsbedarf

Das Verständnis von Palliative Care ist zu vereinheitlichen und der Einbezug von kirchlichen Institutionen und Freiwilligen-Organisationen ist mit gezielten Massnahmen zu fördern.

5.2.2 Ergebnisse IST-Analyse in den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung

Die Betreuung am Lebensende wird von 71.4% der Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung als sehr gut bis gut beurteilt. Die Fachlichkeit und Expertise, z.B. im Zusammenhang mit Schmerzmanagement sowie die Strukturen und Ressourcen werden hingegen von 57.2% als weniger gut bis mangelhaft bewertet. Eine Vernetzung mit den anderen Leistungserbringern in der Grundversorgung ist bisher geringfügig vorhanden. Anhand der Aussagen der Befragten wird jedoch deutlich, dass Palliative Care in den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung überwiegend mit dem unmittelbaren Lebensende oder dem Sterbeprozess verbunden und weniger in Bezug gesetzt wird mit entwickelten chronischen oder onkologischen Erkrankungen.

Zu den Aspekten herausfordernder Umgang mit Klienten sowie Notwendigkeit von Palliative Care wurden viele Freitextaussagen formuliert. Nach Ansicht der Befragten wird die Bedeutung der Palliative Care als wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt und Palliative Care sollte in den Einrichtungen mit stationären Wohnmöglichkeiten verankert sein. Im Hinblick darauf sowie aufgrund der komplexen Betreuungssituationen der erwachsenen Menschen mit Behinderung (u.a. erschwerte oder fehlende Kommunikation) ist die Erweiterung der pflegerischen Kompetenzen zu fördern. Der Ausbau der Vernetzung mit den anderen Leistungsanbietern in der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung ist anzustreben.

Das Verständnis von Palliative Care entspricht eher dem von Terminal Care. Die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern in Palliative Care ist wenig ausgeprägt.

Fazit

Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sind in den Palliative Foren vertreten. Das Verständnis für Palliative Care wird in den Einrichtungen gefördert.

Handlungsbedarf

6

Bedarf an Palliative Care Leistungen in Appenzell Ausserrhoden

Da keine statistischen Zahlen zur Verfügung stehen aus denen ersichtlich werden könnte wie viele Menschen Palliative Care benötigen, kann derzeit auch keine leistungsbezogene Bedarfsprognose für Appenzell Ausserrhoden erstellt werden (vgl. Kapitel 4.7).

Analog zur geschätzten demografischen Entwicklung der gesamten schweizerischen Bevölkerung sowie der Zunahme an Krankheiten mit langen und komplexen Krankheitsverläufen wird auch in Appenzell Ausserrhoden ein zunehmender Bedarf an Palliative Care Leistungen erwartet.

Der grössere Anteil an Patientinnen und Patienten mit Bedarf an palliativen Leistungen (ca. 80%) kann im Rahmen der Grundversorgung betreut werden. In Appenzell Ausserrhoden soll deshalb der Schwerpunkt auf die palliative Grundversorgung gelegt werden.

Aufgrund der empfohlenen Richtgrössen der «European Association for Palliative Care (EAPC)» (vgl. Kapitel 4.7, Bedarf an Palliative Care Leistungen im schweizerischen Gesundheitswesen) und der geringen Gesamtbevölkerungszahl von Appenzell Ausserrhoden wird ein kleiner Anteil an Patientinnen und Patienten spezialisierte Palliative Care Leistungen beanspruchen (ca. 20%). Deshalb ist es sinnvoll, die spezialisierte Palliative Care weiterhin an überregionale Leistungserbringer zu delegieren. Der Kanton hat bereits heute mit verschiedenen Anbietern der spezialisierten Versorgung Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Diese sollen bei Bedarf ausgebaut werden. Es gilt sicherzustellen, dass die effiziente Vernetzung zwischen den kantonsinternen und -externen Leistungserbringern von Grund- und spezialisierter Versorgung gewährleistet ist.

7

Kantonale Strategie Palliative Care

In Appenzell Ausserrhoden soll in den nächsten Jahren die flächendeckende Versorgung mit Dienstleistungen der Palliative Care im Gesundheits- und Sozialwesen aufgebaut und die Finanzierung sichergestellt werden.⁵²

Die Handlungsfelder der Nationalen Strategie Palliative Care werden im Rahmen der Resultate der kantonalen Umfrage und der weiteren Einschätzung der Versorgungslage in Appenzell Ausserrhoden aufgenommen. In den Handlungsfeldern Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung und Bildung werden Ziele definiert und Massnahmen abgeleitet.

Es gelten dieselben Grundsätze wie für die gesamte Gesundheitsversorgung. Die Palliativversorgung ist:

zugänglich: Palliative Care Leistungen werden erreichbar und niederschwellig angeboten. Wo kantonsinterne Strukturen nicht ausreichen, müssen überregionale Lösungen gefunden werden.

- Es werden verschiedene Massnahmen für ein homogenes Angebot von Palliative Care in der Gesundheitsversorgung definiert.
- Leistungserbringer und Öffentlichkeit erhalten Zugang zu den Informationen über die verschiedenen Angebote in Palliative Care.
- Für spezialisierte Einrichtungen wie Palliativstationen, mobile Palliativdienste und Hospize werden überregionale Angebote geprüft.

wirtschaftlich: Palliative Care wird dort eingesetzt, wo sie notwendig ist. Die Leistungen werden nach dem Subsidiaritätsprinzip erbracht: Ambulante Angebotsformen werden - sofern wirksam und effizient - stationären Leistungen vorgezogen.

- Bei der Umsetzung der Massnahmen werden die finanziellen Möglichkeiten von Appenzell Ausserrhoden berücksichtigt.
- Es wird von einer mittel- bis langfristigen Entwicklungsarbeit ausgegangen, bis der Bedarf gedeckt werden kann.

⁵² Departement Gesundheit, Appenzell Ausserrhoden: Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, Kap. 7.3.1, Seite 118

von guter Qualität: Palliative Care Leistungen werden in hoher Qualität erbracht. Eine einheitliche Wissensbasis ist vorhanden.

- Der Kanton setzt Rahmenbedingungen, um die Qualität und Finanzierung der Leistungen und Angebote sowie deren Vernetzung zu gewährleisten.
- Die Leistungserbringer verfügen über die notwendigen und stufengerechten fachlichen Kompetenzen.

vernetzt und koordiniert: Das Versorgungssystem ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Leistungserbringern, die mit unterschiedlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten den Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen ermöglichen.

- Der Ausbau der palliativen Versorgung erfolgt koordiniert. Die Vernetzung unter den Leistungserbringern erfolgt parallel und wird, sofern erforderlich, unterstützt.
- In den Prozess zur Entwicklung und Verbesserung der Versorgungssituation werden neben dem Departement Gesundheit und Soziales die massgeblichen Akteure in die Verantwortung eingebunden.

7.1 Versorgungsmo~~del~~l Appenzell Ausserrhoden

Das nachfolgende Versorgungsmodell stellt skizzenhaft den SOLL-Zustand der Palliative Care in Appenzell Ausserrhoden dar und zeigt auf, wie die flächendeckende Versorgung mit Dienstleistungen der Palliative Care im Gesundheits- und Sozialwesen aussehen soll.

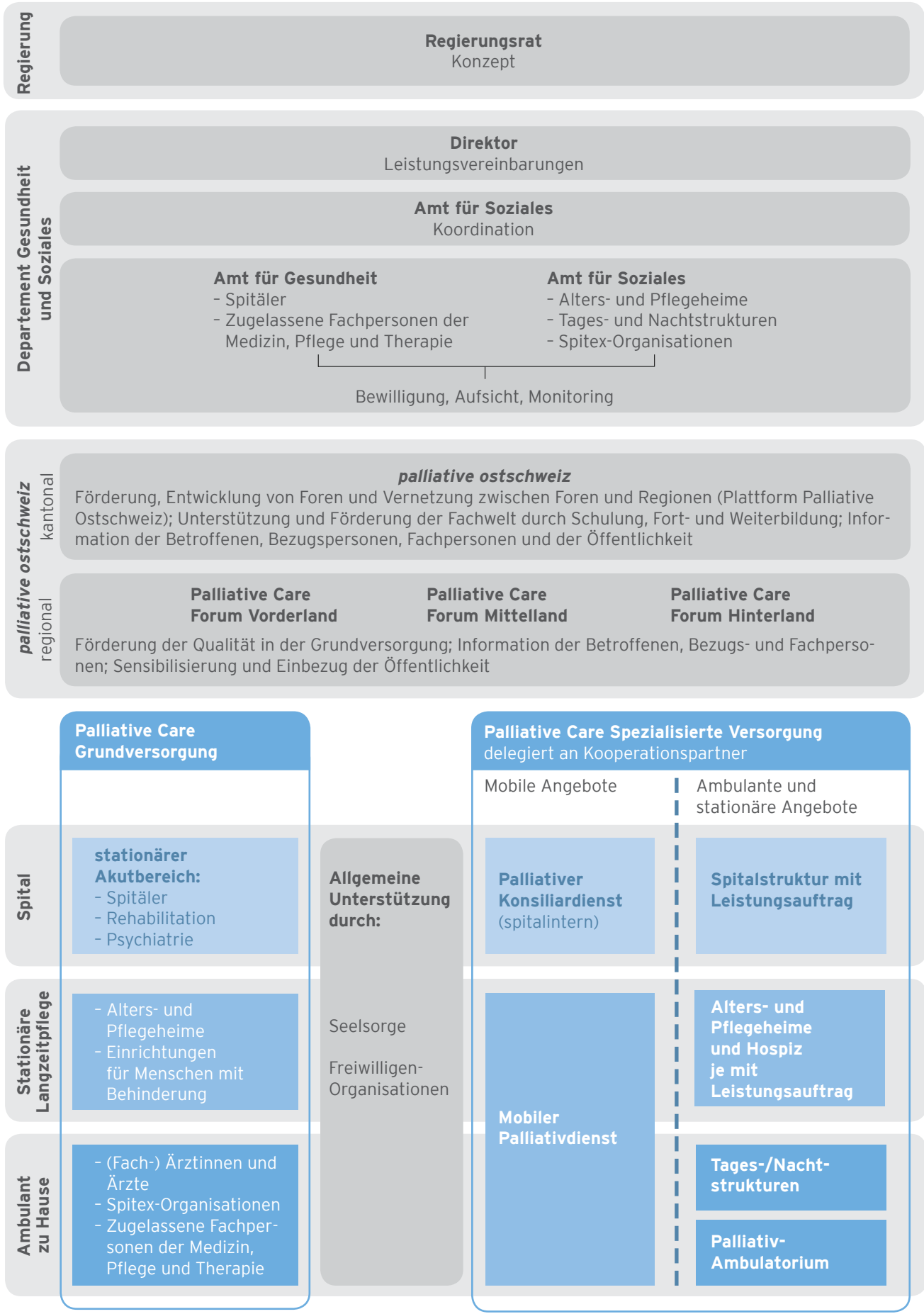


Abbildung 7: Versorgungsmodell Appenzell Ausserrhoden

8

Ziele und Massnahmen

Die Ziele und Massnahmen sind aus dem formulierten Handlungsbedarf der IST-Analyse (vgl. Kapitel 5) abgeleitet und berücksichtigen die Grundsätze der Gesundheitsversorgung.

Da sich der Handlungsbedarf in Appenzell Ausserrhoden ausschliesslich den vier Handlungsfeldern «Versorgung», «Finanzierung», «Sensibilisierung» und «Bildung» (vgl. Kapitel 4.3) zuordnen lässt, sind die Ziele und Massnahmen auf diese Handlungsfelder bezogen.

Für die Handlungsfelder «Finanzierung» und «Bildung» sind Ziele und Massnahmen auf die spezifischen Leistungsbereiche abzustimmen und in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zu definieren.

8.1 Handlungsfeld Versorgung

Um in Appenzell Ausserrhoden eine homogene, qualitativ angemessene Palliativversorgung anzubieten und die Vernetzung unter den verschiedenen Leistungsbereichen zu sichern, werden folgende Ziele gesetzt:

Ziele Die Versorgungsstrukturen sind miteinander vernetzt, Rollenbeschreibungen liegen vor und Zuständigkeiten sind definiert. Durch die klaren Verantwortungsbereiche werden Doppelspurigkeiten vermieden und die Koordination der Versorgung ist sichergestellt. Die erfolgreiche Implementierung von Konzepten ist dokumentiert. Die Versorgungsqualität ist homogen. Allen Menschen mit ausgewiesenem Bedarf an Palliative Care steht eine gleichartige Versorgung zur Verfügung.

Massnahmen Phase 1

- Versorgungslücken werden identifiziert.
- Die Vernetzung aller Akteure wird zielgerichtet gefördert.
- Zentrale Ansprechpersonen und Anlaufstellen in den Versorgungsbereichen werden definiert.
- Den beteiligten Akteuren ist bekannt, wer die entsprechende Fallführung übernimmt.
- Die Strukturen für spezialisierte Palliative Care werden definiert.
- Die Institutionen werden aufgefordert Palliative Care Konzepte zu entwickeln und zu implementieren.

Massnahmen Phase 2

- Versorgungslücken werden durch geeignete Massnahmen geschlossen.
- Die Unterstützungsmassnahmen werden abgeleitet und umgesetzt.
- Für die spezialisierte Palliativversorgung werden Leistungsvereinbarungen abgeschlossen.
- Die verschiedenen Versorgungsbereiche werden in die regionalen Foren eingebunden.
- Die Vernetzung der Akteure wird ausgebaut und nachhaltig gesichert.
- Das Vorliegen von Palliative Care Konzepten wird geprüft.

8.2 Handlungsfeld Finanzierung

Damit die Zielsetzungen des Regierungsrates für eine flächendeckende Versorgung mit Dienstleistungen der Palliative Care erreicht und die Finanzierung sichergestellt werden können, sind die Ziele der Finanzierung von Bedeutung.

Teilweise sind diese Ziele auch mit den Handlungsfeldern Sensibilisierung und Bildung verknüpft.

Die Finanzierung von bisher ungedeckten Leistungen wird gezielt angegangen. Der Kanton fördert die Fort- und Weiterbildung und die Netzwerkentwicklung auf kantonaler Ebene. Die Bedarfsplanung erfolgt zentral. **Ziele**

Massnahmen Phase 1

- Finanzierungslücken werden identifiziert.
- Durch finanzielle Anreize werden Weiterbildungsmassnahmen initiiert.
- Der Aufbau von Palliative Care Strukturen wird gefördert.
- Die Netzwerkarbeit wird durch den Kanton finanziell gesichert.

Massnahmen Phase 2

- Finanzierungslücken werden durch geeignete Massnahmen geschlossen.

8.3 Handlungsfeld Sensibilisierung

Eine wichtige Grundvoraussetzung für die Verankerung von Palliative Care ist die Sensibilisierung der Leistungserbringer und der Gesellschaft.

Neben der Sensibilisierung auf Seiten der Leistungserbringer ist durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit auch der Bekanntheitsgrad und das Wissen bezüglich der Dienstleistungen der Palliative Care in der Bevölkerung zu fördern. **Ziele**

Massnahmen Phase 1

- Ein einheitliches Verständnis wird durch die regionalen Palliative Care Foren gefördert und eingeführt.
- Die Öffentlichkeitsarbeit wird durch den Kanton finanziell unterstützt.
- Die nahestehenden Bezugspersonen sowie die kirchlichen Institutionen und freiwilligen Organisationen sind von allen Leistungserbringern gezielter mit einzubeziehen.

Massnahmen Phase 2

- Das Verständnis wird überprüft und gegebenenfalls weitergefördert.

8.4 Handlungsfeld Bildung

Damit die in der Palliative Care tätigen Personen über die erforderlichen stufengerechten, fachlichen und allgemeinen Kompetenzen verfügen, um die Qualität in der Palliativversorgung gewährleisten zu können (vgl. Kapitel 4.6 und 5.2.1), sind die Bildungsziele wesentlich.

Ziele Bei allen Leistungserbringern ist eine einheitliche Wissens- und Verständnisbasis vorhanden. Sämtliche Mitarbeiter/-innen aller Berufsgruppen mit direktem Patientenkontakt (inkl. freiwillige Mitarbeiter/-innen) sind stufengerecht in der Grundversorgung fort- und/oder weitergebildet. Für die Hausärztinnen und Hausärzte sind geeignete Fortbildungsangebote vorhanden.

Massnahmen Phase 1

- Eine einheitliche Wissensbasis und stufengerechte Palliative Care Kompetenzen für sämtliche Mitarbeiter/-innen (inkl. freiwillige Mitarbeiter/-innen) aller Berufsgruppen mit direktem Patientenkontakt werden durch Fort- und/oder Weiterbildungen gefördert.
- Der Kanton definiert zusammen mit *palliative ostschweiz*, welche Mitarbeiter/-innen auf welchen Ausbildungsniveaus zu schulen sind.
- Die Leistungserbringer erheben den Bedarf an Fort- und Weiterbildung bei den Mitarbeiter/-innen.
- Die Planung und Sicherstellung der Kursbesuche erfolgt durch die Leistungserbringer.
- Aktuelle Themen in der Palliative Care werden durch die regionalen Foren kommuniziert.
- Für die Hausärztinnen und Hausärzte werden geeignete Fortbildungen identifiziert und empfohlen.

Massnahmen Phase 2

- Der Stand der Fort- und Weiterbildungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen wird regelmässig erhoben.
- Gegebenenfalls werden die Institutionen seitens des Kantons aufgefordert, Mitarbeiter/-innen stufengerecht zu schulen.

8.4.1 Erhebung des Fort- und Weiterbildungsbedarfs

Als Orientierungshilfe zur Einschätzung der vorhandenen Wissensbasis kann das Modell «SENS»⁵³ genutzt werden. Es bietet eine erprobte und gute Möglichkeit, sich in den vielschichtigen Patientensituationen zu orientieren und den Überblick zu behalten.

Die in der Palliative Care zu erbringenden Kernleistungen werden im «SENS-Modell» vollumfänglich abgebildet. Die Leistungen in der spezialisierten Palliative Care sind im Vergleich zu der allgemeinen Palliative Care bezüglich der Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patienten komplexer und intensiver. Das Modell «SENS» dient als wegweisender Pfad in der Palliative Care Versorgung. Es zeigt auf, dass das Symptom-Management, die Entscheidungsfindung der Betroffenen, die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer und die Unterstützung des Patientensystems ineinander verwoben sind.

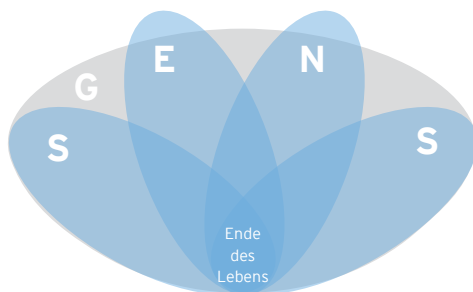


Abbildung 8: Modell SENS

- G Grundlagen**
Transversale Kompetenzen, die sowohl für das Symptom-Management, die Entscheidungsfindung, das Netzwerk und den Support als Grundvoraussetzungen gelten damit Palliative Care / die Palliativversorgung erfolgreich umgesetzt werden kann.
- S Symptom-Management**
Beste Möglichkeiten der Symptombehandlung und Empowerment zur Selbsthilfe in der Symptombehandlung.
- E Entscheidungsfindung**
Definition der eigenen Ziele und Prioritäten, schrittweise, selbstgesteuerte Entscheidungsfindung und präventive Planung für mögliche Komplikationen.

Ende des Lebens
Hat seine eigenen Herausforderungen, die sowohl das Symptom-Management, die Entscheidungsfindung, das Netzwerk und den Support betreffen. Die Entscheidungsfindung wird jedoch meist als am schwerwiegendsten empfunden.
- N Netzwerk**
Aufbau eines Betreuungsnetzes unter Zusammenführung von ambulanten (Betreuung zuhause) und stationären Strukturen.
- S Support**
Aufbau von Unterstützungssystemen für die Bezugspersonen, auch über den Tod hinaus; Unterstützungsmöglichkeit auch für die beteiligten Fachpersonen.

53 SENS - eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care, Dr. Steffen Eychmüller, Leitender Arzt Palliativzentrum Inselspital Bern, Dezember 2014

9

Priorisierte Massnahmen

Das vorliegende Konzept soll den vom Regierungsrat gewünschten Aufbau flächendeckender Versorgung mit Dienstleistungen der Palliative Care und die Finanzierung sicherstellen.

Da die im Kapitel 8 formulierten Ziele und Massnahmen nicht alle gleichzeitig realisiert und finanziert werden können, wird eine Auswahl an priorisierten Massnahmen getroffen.

Die Umsetzung der priorisierten Massnahmen soll gestaffelt erfolgen: 2017 vorbereitende Massnahmen, 2018 Budget relevante Massnahmen.

9.1 Integrierte Palliative Care Grundversorgung

Palliative Care als Querschnittsbereich setzt die Koordination bzw. Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit voraus. Im Mittelpunkt stehen immer die Patientinnen und Patienten mit ihren Bedürfnissen.

«Integrierte Versorgung» beschreibt eine Behandlungs- und Betreuungsform, bei der mittels Vernetzung von einzelnen Angeboten und Institutionen ein Netzwerk geschaffen wird, in welchem die Leistungserbringer institutionalisiert und ergebnisorientiert zusammen arbeiten.

Vernetzung und Sensibilisierung

Zukünftig sichern drei regionale Palliative Care Foren im Vorderland, Mittelland und Hinterland die Vernetzung der Leistungserbringer in der palliativen Grundversorgung und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit in Appenzell Ausserrhoden. Ihrer Aufgabe, die in der jeweiligen Region tätigen Institutionen und Einzelpersonen zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu koordinieren und zu fördern, kommt eine hohe Bedeutung zu.

Umsetzung
ab 2017

Leistungsvereinbarung mit palliative ostschweiz

palliative ostschweiz sieht die Initiierung und Entwicklung von gemeindenahe Palliative Care Foren flächendeckend in der Ostschweiz als eine ihrer zentralen Aufgaben, um für die Zukunft eine gute Basis zu schaffen und die Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen in palliativer Situation zu gewährleisten. Der Verein setzt sich auf kantonaler und nationaler Ebene für die Anliegen von Palliative Care ein, stellt Arbeitsinstrumente zur Umsetzung von Palliative Care zur Verfügung und unterstützt Palliative Care Foren beim Aufbau und bei der Vernetzung mit bestehenden Partnern.

Umsetzung
ab 2017/18

palliative ostschweiz bietet unter anderen folgende Leistungen an:

- Palliative Hotline Ostschweiz 24h: Beratung für Fachpersonal, Patientinnen/Patienten und Bezugspersonen
- Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit
- Koordination und Organisation einer flächendeckenden Versorgung in der Ostschweiz
- Begleitung und Ausarbeitung kantonaler Konzepte und Lehrgänge

Die bestehende Leistungsvereinbarung von Appenzell Ausserrhoden mit *palliative ostschweiz* wird erweitert. Für die Steuerung und fachliche Unterstützung und Entwicklung der Foren wird *palliative ostschweiz* beauftragt.

Kantonale Rahmenbedingungen

Der Kanton setzt in Zusammenarbeit mit *palliative ostschweiz* die Rahmenbedingungen, um die Qualität der Leistungen und Angebote sowie deren Vernetzung zu gewährleisten. Er ist Bewilligungs- und Aufsichtsorgan, erteilt Leistungsaufträge und stellt das Monitoring⁵⁴ sicher.

Umsetzung
ab 2017

Der Kanton übernimmt die Kosten für Vernetzung und Sensibilisierung gemäss der Leistungsvereinbarung mit *palliative ostschweiz*.

ab 2018

⁵⁴ Monitoring ist ein Überbegriff für alle Arten der unmittelbaren systematischen Erfassung, Beobachtung oder Überwachung eines Vorgangs oder Prozesses mittels technischer Hilfsmittel oder anderer Beobachtungssysteme. Dabei ist die wiederholte regelmässige Durchführung ein zentrales Element der jeweiligen Untersuchungsprogramme, um anhand von Ergebnisvergleichen Schlussfolgerungen ziehen zu können. Eine Funktion des Monitorings besteht darin, bei einem beobachteten Ablauf bzw. Prozess steuernd einzugreifen, sofern dieser nicht den gewünschten Verlauf nimmt bzw. bestimmte Schwellwerte unter- bzw. überschritten sind.

9.2 Spezialisierte Palliative Care Versorgung

Für die spezialisierte Palliative Care kooperieren die Spitäler, die Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Organisationen wie bis anhin mit bereits dafür eingerichteten Institutionen aus den Kantonen St. Gallen und Zürich. Dies hat sich in der Vergangenheit bewährt.

Die spezialisierte Palliativversorgung soll bei entsprechendem Bedarf der verschiedenen Leistungsbereiche durch Palliativdienste angeboten werden.

Für spezialisierte Angebote erteilt der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden vertreten durch das Departement Gesundheit und Soziales Leistungsaufträge. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Palliative Care Foren ist Voraussetzung für die Berücksichtigung von Anträgen.

Priorisierte Massnahmen

Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit:

Umsetzung ab 2019

Spitälern

Das Departement Gesundheit und Soziales erteilt Leistungsaufträge gemäss Bedarf. Mit den Palliative Care Kompetenzzentren des Kantonsspitals St. Gallen, des Ostschweizer Kinderspitals und des Kinderspitals Zürich bestehen bereits Leistungsaufträge.

Alters- und Pflegeheimen

Auf Antrag kann das Departement Gesundheit und Soziales mit einzelnen Alters- und Pflegeheimen Leistungsvereinbarungen im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten abschliessen. Dabei werden der Bedarf und die eingereichten Konzepte berücksichtigt. Für die Schaffung von spezialisierten Pflegeplätzen sollen bestehende, bereits bewilligte Plätze in den Alters- und Pflegeheimen in spezialisierte Organisationseinheiten umgewandelt werden. Eine Erhöhung von Pflegeplätzen ist im Bereich der stationären Langzeitpflege nicht vorgesehen. Eckwerte für die qualitativen Anforderungen sind u. a. die Strukturqualitätskriterien für sozialmedizinische Institutionen mit Palliative Care Auftrag gemäss den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz».⁵⁵

Mobilen Palliativdiensten

Auf Antrag kann das Departement Gesundheit und Soziales Leistungen von mobilen Palliativdiensten im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten unterstützen. Dabei werden der Bedarf und die eingereichten Konzepte berücksichtigt. Eckwerte für die qualitativen Anforderungen sind u. a. die Strukturqualitätskriterien für mobile Palliativdienste gemäss den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz».⁵⁶

Bereits heute erbringt der Palliative Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz direkte Leistungen bei palliativen Patientinnen und Patienten in Appenzell Ausserrhoden. Er verfügt über eine Betriebsbewilligung als Spitex-Organisation auf dem Gebiet des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Mit einem Leistungsauftrag soll die Beratung, die Vermittlung von Fachwissen und die Unterstützung in komplexen Fällen bei den Leistungserbringern

⁵⁵ BAG, palliative.ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seite 36

⁵⁶ BAG, palliative.ch und GDK (2012, aktualisiert 2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Seite 39

der Grundversorgung gewährleistet werden. Der Palliative Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz verfügt über einen grossen Bekanntheitsgrad, eine breite Akzeptanz und umfangreiches Fachwissen in der spezialisierten Palliative Care Versorgung. Der Abschluss eines Leistungsauftrags mit dem Palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz wird deshalb priorisiert.

Hospiz⁵⁷

Die palliativ erkrankten Menschen von Appenzell Ausserrhoden sollten im Bedarfsfall und auf Wunsch Zugang zu einem Hospiz haben. Im Kanton St.Gallen hat sich der Verein «Freunde stationäres Hospiz St.Gallen» zum Ziel gesetzt, bis im Herbst 2017 ein Hospiz für unheilbar kranke und sterbende Menschen in Form einer palliativen Kompetenzeinrichtung aufzubauen. Der Abschluss einer Leistungsvereinbarung mit dem Hospiz St.Gallen ist anzustreben.

Der Kanton übernimmt die Kosten für Leistungen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gemäss den Leistungsvereinbarungen.⁵⁸

ab 2019

Finanzierung

Der Regierungsrat legt für spezialisierte Leistungsangebote in Palliative Care Zuschläge zu den Höchst- und Normansätzen für die anrechenbaren Pflegekosten fest.⁵⁹

Die Gemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person trägt die Pflegekosten, soweit diese nicht von Sozialversicherungen und dem Beitrag der versicherten Person gedeckt sind (Restfinanzierung).⁶⁰

9.3 Fort- und Weiterbildung

Die Leistungserbringer erheben den Ausbildungsstand ihrer Mitarbeiter/-innen und leiten daraus den Bedarf an Fort- und Weiterbildung ab.

**Umsetzung
ab 2017**

**Priorisierte
Massnahmen**

Um eine homogene Versorgung und bei sämtlichen Leistungserbringern eine einheitliche Wissens- und Verständnisbasis und die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen zu gewährleisten, sind die Mitarbeiter/-innen aller Berufsgruppen mit direktem Patientenkontakt (inklusive freiwillige Mitarbeiter/-innen) stufengerecht in der Grundversorgung fort- und weiterzubilden.

**Umsetzung
ab 2018**

Der Kanton beteiligt sich im Sinn einer Initialisierung an den Fort- und Weiterbildungskosten.

2018/2019

Finanzierung

⁵⁷ Ein Hospiz ist eine spezialisierte stationäre Palliative Care Einrichtung für Menschen in der letzten Lebensphase, deren Behandlung in einem Spital nicht mehr notwendig und deren Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht mehr möglich ist.

⁵⁸ Art. 4 lit. b und Art. 8 Abs. 4 GG

⁵⁹ Art. 4 Verordnung über die Pflegefinanzierung (bGS 833.151)

⁶⁰ Art. 4 Gesetz über die Pflegefinanzierung (bGS 833.15)

Literaturverzeichnis

Bundesamt für Statistik (BFS): **Sterblichkeit, Todesursachen-Daten, Indikatoren, Todesfälle und Sterbeziffer**. Auf <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> (10. Mai 2016)

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2011, aktualisierte Version 2014): **Nationale Leitlinien Palliative Care**

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): **Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015**

Bundesamt für Gesundheit (BAG): **Strategie Palliative Care**. Auf <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang.de> (5. September 2016)

Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden: **Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012**

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Direktionsbereich Gesundheitspolitik: **Informationsschreiben** vom 4. Juli 2016

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): **Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung**

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

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2011): **Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care**

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2014) und palliative.ch: **Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz**

European Association for Palliative Care (EAPC) (2010): **White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care**. In: European Journal of Palliative Care

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2013/2014): **Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern**

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2013): **Finanzierung der Palliative Care Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care**

Fringer, André; Müller-Hutter, Monika (2016): **Ergebnis Ist-Analyse. Palliative Care im Kanton Appenzell Ausserrhoden.** Hg. v. Departement Gesundheit, Kanton Appenzell Ausserrhoden. Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPWFHS, FHS St.Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Herisau

palliative ostschweiz (2015): **Palliative Care, Kompetenzen Level A-C,** Auf den Grundlagen des Modells «SENS»®

SENS - eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care, Dr. Steffen Eychmüller, Leitender Arzt Palliativezentrum Inselspital Bern, Dezember 2014

Glossar

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
EAPC	European Association for Palliative Care
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Hospiz	Spezialisierte stationäre Palliative Care Einrichtung für Menschen in der letzten Lebensphase, deren Behandlung in einem Spital nicht mehr notwendig und deren Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht möglich ist.
Integrierte Versorgung	Behandlungs- und Betreuungsform, bei der mittels Vernetzung von einzelnen Angeboten und Institutionen ein Netzwerk geschaffen wird, in welchem die Leistungserbringer institutionalisiert und ergebnisorientiert zusammenarbeiten.
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
Nahestehende Bezugspersonen	Zu den nahestehenden Bezugspersonen werden diejenigen Personen gezählt, die der kranke Mensch als solche bezeichnet. Es können dies nächste Verwandte wie Eltern, Kinder und Geschwister sein, Ehe- und Lebenspartner/-partnerin und weitere Personen, mit der die kranke Person in einem Vertrauensverhältnis steht (auch ausserhalb der Verwandtschaft).
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Palliative Care	Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.
Palliative Care Forum	Palliative Care Foren sind in der Regel regional geführt und vernetzten die verschiedenen Leistungserbringer (Institutionen und Einzelpersonen) von Palliative Care.
palliative ch	Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.
<i>palliative ostschweiz</i>	Der Verein <i>palliative ostschweiz</i> ist eine Sektion der nationalen Gesellschaft palliative ch.

Kanton Appenzell Ausserrhoden
Departement Gesundheit und Soziales
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

www.ar.ch